

Politiche sulle droghe: cambiare si puòsi deve !!!

Le tendenze e le prospettive in Italia ed Europa come stanno cambiando i fenomeni, le domande ed il sistema dei servizi ”

Riccardo De Facci

Vice presidente Responsabile nazionale del Cnca

Presidente coop Lotta contro l'Emarginazione

Roma 23 Maggio 2013

RECUPERARE IL SENSO DI UNA RESPONSABILITA' COLLETTIVA

“Sono forse io il custode di mio fratello....” che lo ammetta o no io sonoho scelto di essere....il custode di mio fratello in quanto il benessere di mio fratello dipende da quello che io faccio o mi astengo dal fare.

Il bisogno dell'altro e la responsabilità di soddisfare tale bisogno, fanno nell'uomo moderno, la pietra angolare della moralità sociale e nell'accettazione di tale responsabilità l'atto di nascita dell'individuo adulto...

Z. Bauman

Ancor di più.... per chi ha scelto una responsabilità pubblica

DA DOVE PARTIRE ????

UNA TRASFORMAZIONE IMPORTANTE DEI FENOMENI

RISPETTO A COME LE LEGGI E L'ORGANIZZAZIONE DEI SERVIZI SONO STATE COSTRUITE:

- ✦ - Diffusione e normalizzazione di alcuni consumi e stili di vita tesi alla sperimentazione di effetti diversi, alterazioni di se e/o di addiction sociali (gambling, internet addiction, sex addiction ecc)...
- ✦ - Sistema dei servizi pubblico e privato molto diversificato sui territori e schiacciato su mandati di contenimento e obiettivi di cura quasi impossibili
- ✦ Politiche ideologiche degli ultimi 13 anni che non colgono la necessità del cambiamento strutturale degli approcci (carcere, approcci generalisti, rivisitazione della riduzione del danno ecc).
- ✦ Genova 2000 ultima conferenza nazionale di confronto e indirizzo

Italia ed Europa a confronto

- ✦ Italia è il 2/3 paese in Europa per consumo di cocaina dopo la Spagna e Milano è la città con un consumo di cocaina tra i più significativi nel mondo “occidentale”
- ✦ E' uno dei paesi in Europa con il più alto consumo di eroina dopo l'Inghilterra (esclusa la Russia)
- ✦ E' tra i primi 3 paesi nell'Europa occidentali per consumo di cannabinoidi
- ✦ Ma qualcuno afferma che i consumi sono diminuiti incredibilmente

DATI GENERALI DEL CONSUMO

relazione annuale e dati territoriali

CANNABINOIDI CIRCA 1/3 GIOVANI STUDENTI

ALMENO 1/2 SOTTO I 24 ANNI

COCAINA 1 / 1.300.000 CONSUMATORI NEL 2011

800.000 NELL'ULTIMO MESE

METANFETAMINE 4/500.000 consumo non solo di contesto

EROINA 200/300.000 CON UNA STABILIZZAZIONE E

PARTICOLARITA' DELLA MARGINALITA'

POLICONSUMI COME EMBLEMA DI NORMALITA'/NOVITA'

UTENTI IN CARICO AI SERVIZI 200.000 DI CUI IL 10 /15%

COCAINOMANI 70/80% EROINOMANI

NELLE COMUNITA' 15.000 CON 40% CON FARMACI

SOSTITUTIVI E 80 % CON PSICOFARMACI..... 10% COCA

Il sistema di intervento in Italia

- ✦ Sono 550 i sert (servizio pubblici specifici gratuiti) del sistema sanitario nazionale(Medici, psicologi, educadori, infermieri ecc) circa 7000 operatori e circa 220mila utenti
- ✦ Circa 700 comunità terapeutiche accreditate nel sistema sanitario (15 mila accolti) con indirizzo principalmente psico/educativo e altre specializzazioni con circa 15 tipologie diverse e almeno 6/7000 operatori
- ✦ Sono circa 100/120 i servizi di prossimità e rdd o rdr (centri diurni e unità di strada u tossicodipendenti da eroina)
- ✦ Sono circa 50 le unità mobili attive sulle tematiche e sui rischi connessi al consumo e abuso giovanile di sostanze legali ed illegali

I servizi delle dipendenze nel 2012

- ✦ **Ha ancora senso parlare di Comunità terapeutica e Sert** intendendo in maniera esplicita una sola tipologia di servizi e con un unico corpo di concetti e metodologie ?
- ✦ Oppure **le differenze creatasi su vari possibili parametri interpretativi sono talmente tante** da definire offerte ormai totalmente diverse tra loro (tempi, selezione, obiettivi, pratiche? Quale valutazione ????)
- ✦ Quali i parametri di possibile **nuova classificazione dell'offerta terapeutica delle strutture** (tipologia di utenze, modello di accoglienza, obiettivi di cura)?
- ✦ **Superamento delle ideologie fondative** come elemento caratterizzanteverso l'obiettivo di cura ? Evoluzione come necessità oltre la scelta ideale.....

I dati generali in Italia

Un processo di “normalizzazione dei consumi” con un rapporto con le sostanze psicoattive legali (alcool e psicofarmaci) e illegali (cannabinoidi foglie e pasta, metanfetamine compresse e liquide, la Ketamina, le cocaine soprattutto polvere o basata, eroina soprattutto polvere), sempre più connesso agli stili di vita e di consumo delle persone coinvolte con 2 tendenze prioritarie anche se antagoniste:

- **Un consumo “socialmente compatibile “** soprattutto di alcool, cannabinoidi e cocaina con una stima di circa 10/15 milioni di persone che hanno consumato sostanze illegali
- **Una tossicodipendenza** (soprattutto da eroina e marginalmente da cocaina) sempre più connessa a fasce di marginalità sociale “estrema” tra cui 1/3 delle persone incarcerate ... 2/3 servizi

Oltre il giardinodel 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 ad alta integrazione territoriale, 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 "sommese" *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*

Consumi e servizi per domande diverse il cambiamento come necessità

- Consumi abusivi e dipendenze sostanze, stili di vita e bisogni a partire da un diverso significato e percorso nonché problematicità del consumo di sostanze e forme diverse di addiction Consumi basati su elementi:
 - - di contesto in cui sono decisive le influenze sociali, i segnali culturali le appartenenze ... le identità collettive
 - - di scopo con finalità di consumo estremamente diverse e quindi la richiesta di aiuto o i bisogni connessi
 - - di fase età, autonomia, dipendenza sociale ed interdipendenza

Ricomprendere.... de-emergenziale

- In questo contesto il consumo di sostanze psicoattive, anzi - riprendendo un punto focale del discorso - il consumo di sostanze additive, già da tempo chiede di essere ri-compreso, ovvero de-compreso. Alcool di strada
- Il pensiero sulla “alterazione” è, così, costantemente in ritardo sul reale: è, ad esempio, pensiero dell'emergenza, laddove il fenomeno non è più tale, da tempo o parzialità dei problemi (emergenza exstasy, emergenza cocaina ecc).
- Pensiero dei servizi ha bisogno di ripensamenti strutturali oltre il tempo, il grado di legame terapeutico o contenimento...Presa in carico precoce.....

Il pensiero statico di intervento rispetto ad un consumo che evolve con le dinamiche sociali

- Il pensiero sull'alcool e le droghe nel sistema dei servizi attuale rischia di rimanere piuttosto statico perché incentrato sulla sostanza vista principalmente come generatrice di patologia e tossicodipendenza a fronte di bisogni e domande molto diversificate, la cocaina ed alcool emblematici in questo senso sociosanitario**
- In mancanza di una evoluzione strategica e di una conseguente strategia di azione, il sistema di intervento preventivo, rdd e rdr, terapeutico e riabilitativo, assieme al corpus legislativo, rischiano di diventare anacronistici**
- Il fenomeno droga sta rapidamente cambiando perché il mondo si evolve rapidamente ed il mondo dell'alterazione del sé e dell'addiction ne è componente strutturale (rimessa in discussione dei presupposti).**

Il rischio di "addiction"

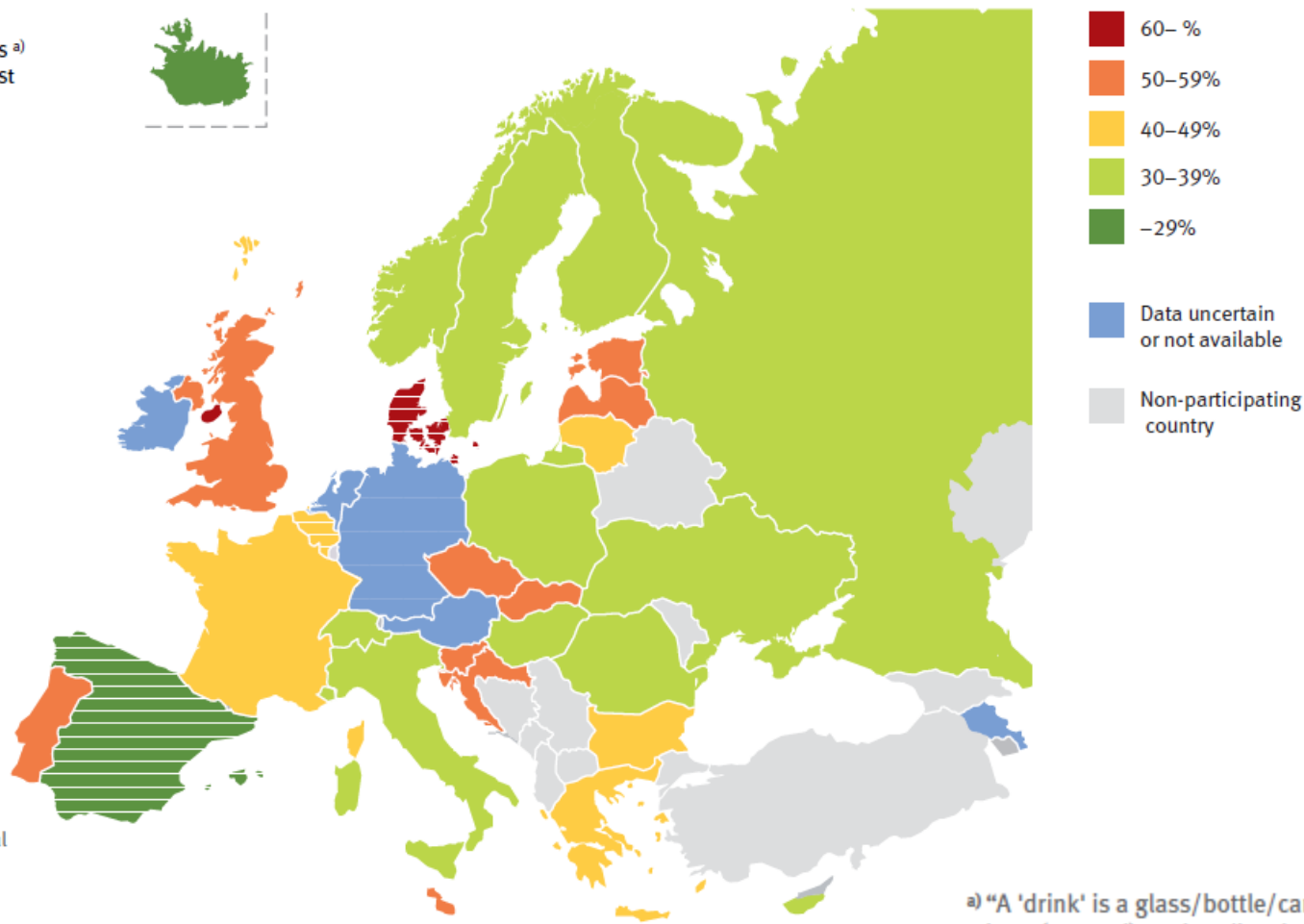
| | % uso | % addiction | % rischio |
|---------------------|-------|-------------|-----------|
| Tabacco | 75,6 | 24,1 | 31,9 |
| Alcol | 91,5 | 14,1 | 15,4 |
| Illecite | 51,0 | 7,5 | 14,7 |
| <i>Cannabis</i> | 46,3 | 4,2 | 9,1 |
| <i>Cocaina</i> | 16,2 | 2,7 | 16,7 |
| <i>Stimolanti</i> | 15,3 | 1,7 | 11,2 |
| <i>Ansiolitici</i> | 12,7 | 1,2 | 9,2 |
| <i>Eroina</i> | 1,5 | 0,4 | 23,1 |
| <i>Psichedelici</i> | 6,8 | 0,3 | 3,7 |

Il Binge Drinking ECAS

% del bere: bere "binge"

| Paese | Uomini |
|-------------|--------|
| Regno Unito | 40 |
| Svezia | 33 |
| Finlandia | 29 |
| Italia | 13 |
| Francia | 9 |

Figure 9a
Having had five or more drinks ^{a)}
on one occasion during the last
30 days. All students. 2007.
Percentages.



¹⁾ **Belgium:** Limited geographical coverage.

²⁾ **Denmark and Spain:** Limited comparability.

^{a)} "A 'drink' is a glass/bottle/can of beer (ca 50 cl), a glass/bottle/can of cider (ca 50 cl), 2 glasses/bottles of alcopops (ca 50 cl), a glass of wine (ca 15 cl), a glass of spirits (ca 5 cl) or a mixed drink."

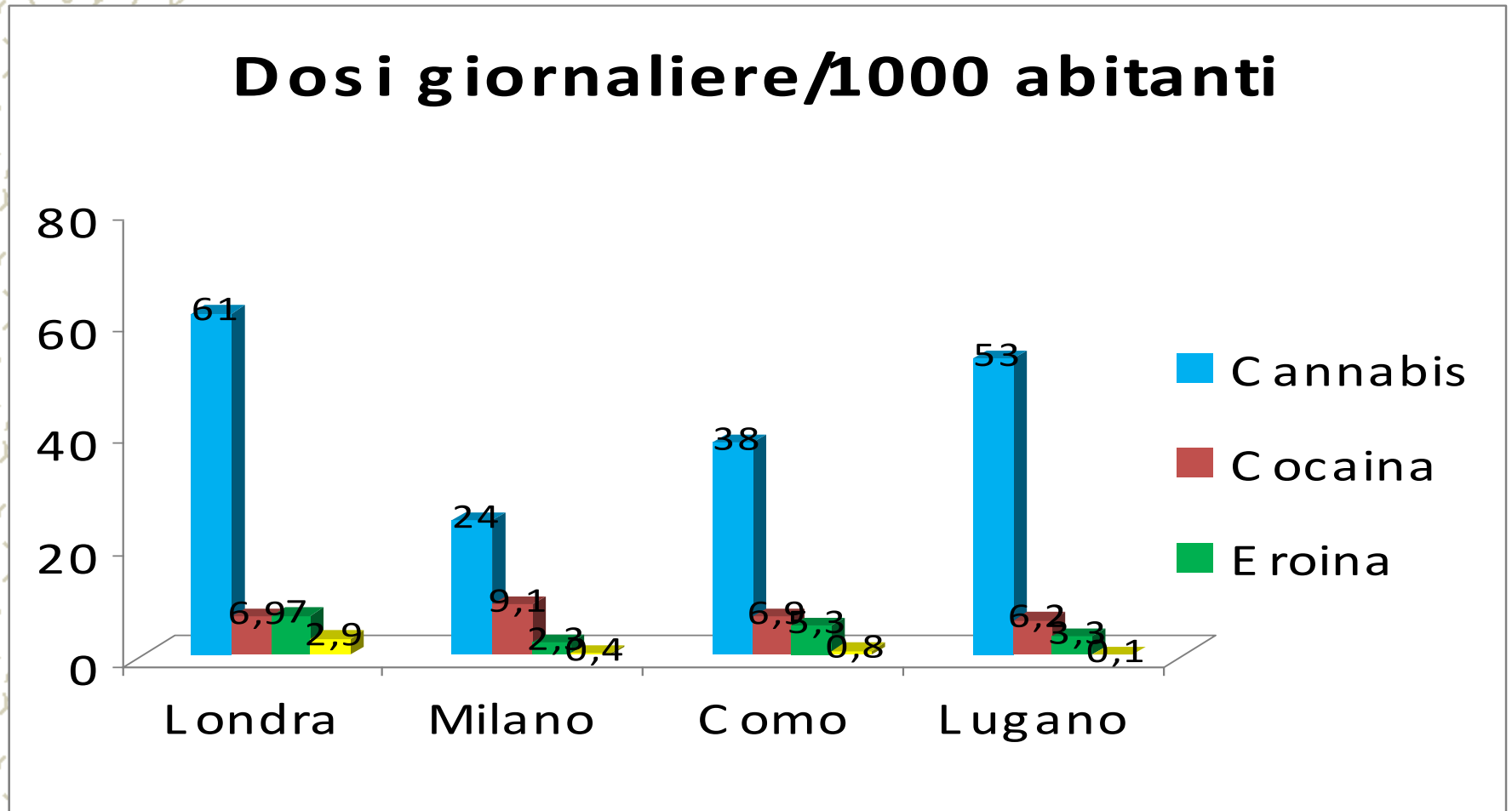
Bere per essere ? Quale cultura ?

Ci sono le foto i nomi ed i cognomi , nessuno si nasconde, sono ragazzini “normali” belli puliti spesso minorenni. Eppure ognuno di loro si vanta ed ha la sua storia di sbronze, di birra, cocktail e liquori. Ci sono migliaia di fan in una gara a raccontarsi “di aver sboccato abbracciando la tazza del water, nel letto o dove capita” La provincia

- “Si vantano della pipì impellente fatta ovunque, dei tagli rimediati con i cocci delle bottiglie, ci sono video con ubriachi a scuola a casa nel pomeriggio

- Una mappa dei siti più diffusi tra i giovani sull'alcol parla di 36 mila “ubriachi “, e di 112, 114, o 102 mila partecipanti ai gruppi di Facebook a questi temi prioritariamente dedicati..... Tutti malati potenziali ?

Consumo di sostanze in quattro città

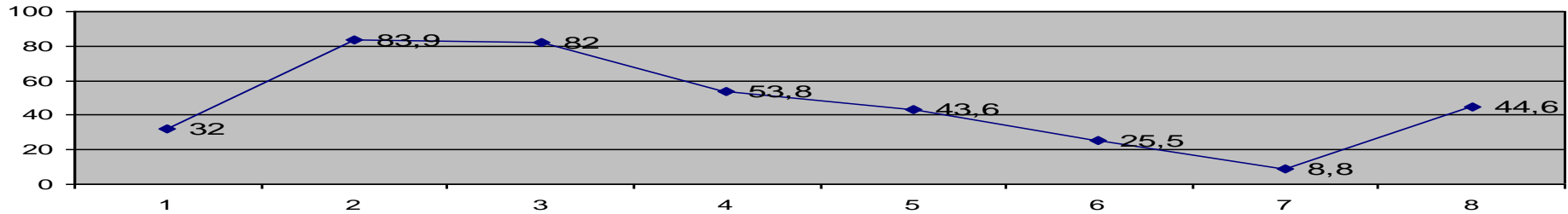


ANALISI SUI CAMPIONI DI SOSTANZE STUPEFACENTI SEQUESTRATE MAGGIO 2008

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

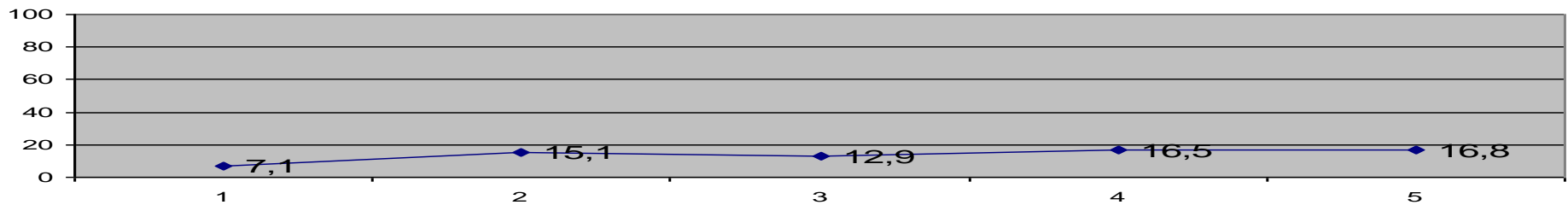


MDMA (ecstasy) percentuali di principio attivo presente negli 8 campioni esaminati



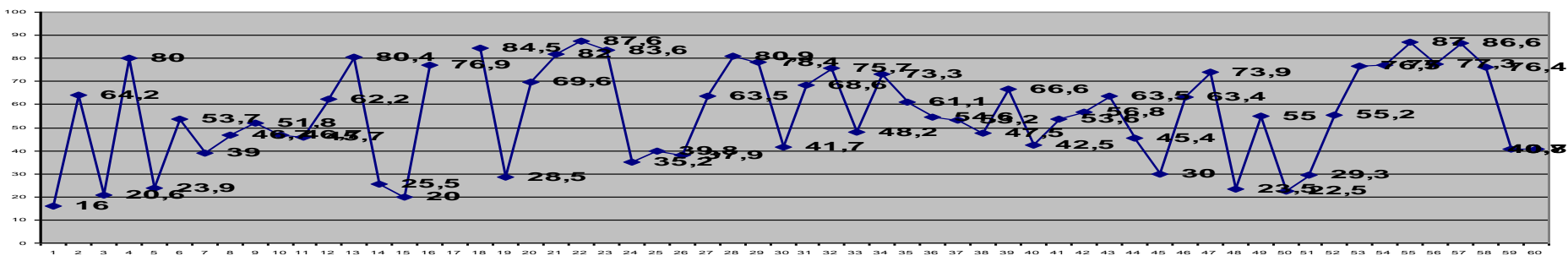
nota: alta variabilità di concentrazione con rischio elevato di sovraesposizione involontaria

EROINA percentuali di principio attivo presente nei 5 campioni esaminati

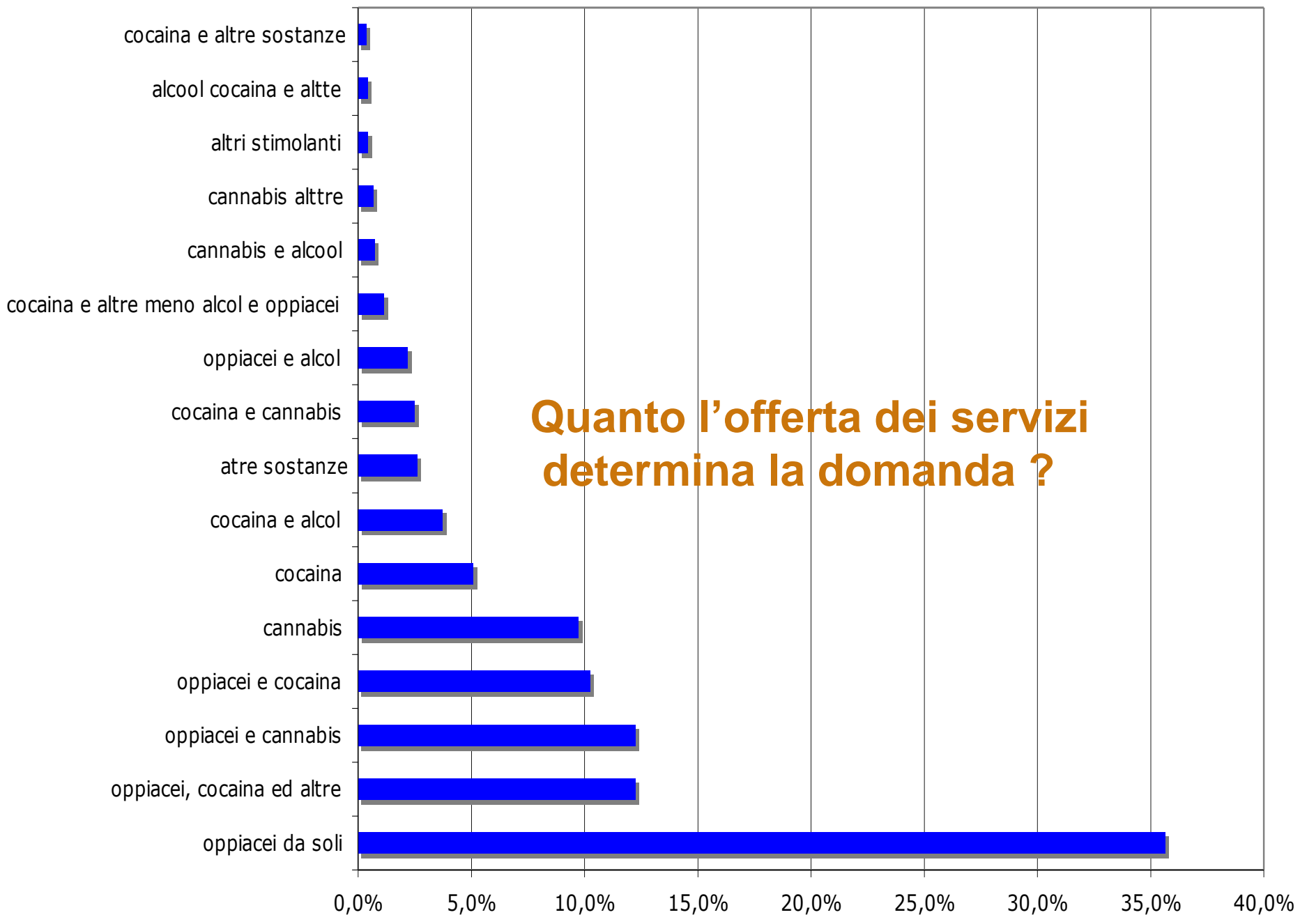


nota: bassa variabilità di concentrazione con basso rischio di sovraesposizione involontaria

COCAINA percentuali di principio attivo presente nei 60 campioni esaminati



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



Quanto l'offerta dei servizi determina la domanda ?

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 nella logica della funzione pubblica)
- Evoluzione dei servizi ambulatoriali misti (pub./priv.)
- Crescita significativa del ruolo del privato sociale sia come elementi di professionalità, specializzazione, differenziazione delle proposte 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

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 consumopercorso inclusivo
 - cronicizzazione/ stabilizzazione delle dipendenze più storiche
 - necessità di costruire un vero approccio di sistema a fenomeni complessi (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?)

I dati 2011 dello studio **ESPAD** riportano che, fra gli oltre 28.000 studenti considerati, più del **36%** dei giovani in età 15-19 anni ha fatto uso di sostanze illegali nell'arco della vita ed il **20%** negli ultimi 30 giorni

CIOE'

1 ragazzo su 5 è un consumatore e non più solo uno sperimentatore.

È stato inoltre rilevato un incremento tra il 2001 ed il 2011 della quota che ha usato nell'ultimo mese non solo nella popolazione scolastica, ma anche nella popolazione generale nella fascia 15-24 anni.

Indicazione dell'Europa:

Punto di partenza per una riflessione complessiva

- Soltanto una minoranza dei giovani che consumano e sperimentano le droghe e di quelli esposti a fattori (e situazioni) di rischio, svilupperanno successivamente dipendenza o problemi gravi
- Dunque non dipende solo dalla sostanza in sé madalla ricerca di una alterazione ...al contesto Al gruppo alla fase vitale

Proposte di modelli per spiegare questo fenomeno:

- Fattori di auto ed etero protezione e concetto di resilienza
- Concetto della vulnerabilità:
 - A livello individuale (piuttosto biogenetico e valoriale)
 - A livello sociale

Indirizzi nazionali e regionali

- ✦ Legge (punisco per curare, innalzamento dei parametri punitivi, più del 50% delle persone in carcere con circa 10.000 persone aventi titolo non accoglibili, più di un milione di persone passate in Prefettura)
- ✦ Dipartimento nazionale come luogo delle linee guida senza confronto con i fenomeni e i sistemi regionali. Consulta non convocata da anni e quindi nessun luogo di confronto e sintesi
- ✦ 20 modelli regionali diversi di intervento, con servizi e finanziamenti diversi e culture di lavoro non confrontabili.

Analisi degli stili di consumo/abuso..perché no ?

- Li preoccupa/spaventa molto l'idea di una vita priva di queste abitudini e piaceri, perché ai loro occhi potrebbe perdere di significati piacevoli... "vitali"
- La loro routine, i loro piaceri, alcune delle relazioni su cui fanno più affidamento sono collegati alle loro abitudini anche d'uso, non gli è affatto chiaro a cosa andrebbero incontro smettendo

L'idea iniziale del contatto di cura è solo ridurre le conseguenze del consumo pesante e di partire da lì.....

Nuovo paradigma generale dell'aggancio e del trattamento di tale consumo/abuso ?

Trattando l'abitudine al consumo e/o l'abuso semplicemente come tale e non prioritariamente come una malattia o un allarme grave socialesi possono intanto ridurre le conseguenze... con obiettivi di cura parziali e con un'a forte integrazione tra **servizi specialistici, sistema sociale di intervento,diverso ruolo del consumatore e dei suoi familiari e del territorio?**

POLICONSUMO COME APPROCCIO EMBLEMATICO

Alcool e cocaina soprattutto diventano sostanze emblematiche di un approccio al consumo problematico o poli consumo e delle possibili diverse domande di “cura” o presa in carico da parte del sistema dei servizi (ripetute, brevi, socio-sanitarie)

- Ci sembra necessaria una risposta che sappia rileggere mandati, approcci e le possibili forme di collaborazioni delle varie parti del sistema di intervento (il prima, durante, dopo, la ricaduta)
- L'aumento del consumo/abuso generalizzato e la sua diversificazione non possono che farci riflettere sui processi di cura, i possibili obiettivi di fase della cura, o obiettivi specifici di cura (la variabilità del target, quali i fattori di problematicità primaria, chi e per quale cura, per chi e quando la residenzialità ‘)

I termini di una criticità

dell'aggiornamento 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, doppia diagnosi.....
- ✦ Lo stesso termine di “ritenzione” in trattamento, guarigione o tempo standard della cura è quanto meno parziale rispetto a:
- ✦ Differenziazioni dei servizi e trattamenti (almeno 15 possibili tipologie diverse di comunità) di accreditamento e finalità diversificate del lavoro terapeutico ambulatoriale
- ✦ Tempi e tipologie di programma diversificati (1 mese, 3 mesi, 18 mesi, 36 mesi, ad persona) solo 10 regioni applicano Atto d'int.
- ✦ Approccio di sistema per moduli di trattamento. bisogni e tempi diversificati di cura
- ✦ Distanza inconciliabile ? Tra servizi diversi e bisogni in evoluzione

Parametri del cambiamento

- ✚ Diversificazione delle domande, per tempi, modelli di approccio e risultati attesi e delle offerte ...responsabilità della cura ????
- ✚ Individualizzazione dei percorsi nel rapporto con una tensione alla standardizzazione del sistema delle offerte
- ✚ Rapporto con la analisi complessiva ..esempio i farmaci sostitutivi e gli psicofarmaci, l'educativo, la psicoterapia.....
- ✚ Tempistiche diverse di cura connesse ad obiettivi di cura diversificati all'interno di processi di cura complessi
- ✚ Rapporto della comunità/sert con il sistema sanitario e/o sociale
- ✚ Inserimento di professionalità diverse subite, delegate o integrate
- ✚ Specializzazione delle offerte ma forte integrazione in un progetto complessivo Per obiettivi e bisogni di cura.



Tendenze del consumo e Orientamenti
ANALISI PROBLEMATICHE E PRINCIPALI CAUSE

- ✦ **Coincidenza tra evoluzione dei consumi ed evoluzione del mercato.**
- ✦ **Minore differenziazione tra situazioni e consumi leciti ed illeciti.**
- ✦ **Maggiore evidenza dei disturbi psichici /psichiatrici con utilizzo di droghe non oppiacee.**
- ✦ **Evidenza di problematiche legate a comportamenti additivi quali gambling, disturbi alimentari, internet addiction, shopping addiction, sex addiction.**
- ✦ **Nuove problematiche tecniche e logistiche per quanto attiene le modalità di accesso, presa in carico precoce dei nuovi target di utenza.**
- ✦ **Carenza di un sistema di vera continuità e contiguità terapeutica ed assistenziale.**
- ✦ **Mancanza di una formazione riconosciuta nei percorsi dei professionisti del settore.**
- ✦ **Indebolimento della capacità di risposta del sistema: scollamento tra gli organi dello Stato (Stato - Regioni e Regioni - ASL)nel rispondere alle necessità innovative e nel mantenere il sistema esistente**

Tendenze del consumo e Orientamenti SOLUZIONI ATTESE

- **Coprire il gap tra vecchio e nuovo in termini di intervento adeguatezza ed efficacia .**
- **Occuparsi fattivamente ed attrezzarsi all'accoglienza di consumatori , abusatori di ogni sostanza, legale ed illegale, e di problematicità legate a comportamenti additivi.**
- **Tendere ad un approccio ordinario e non di emergenza al tema del consumo.**
- **Privilegiare le modalità di lettura ed anticipazione dei fenomeni in un dato territorio.**
- **Definire nuove modalità di accesso (in termini di luoghi, tempi, contratto) per nuove tipologie di clienti.**
- **Migliorare l'offerta del sistema esistente per quanto attiene la specializzazione dei servizi territoriali ambulatoriali e le strutture accreditate dedicate.**
- **Costruire un sistema di cura clinicizzato nel SSN: definire un sistema di continuità assistenziale con strutture dedicate ospedaliere (emergenza e ricovero), continuità tra sistema penale - tribunale, sistema prefettizio – amministrativo e territorio - sistema dei servizi tra rdd e presa in carico ambulatoriale e residenziale.**
- **Normalizzare la formazione con la istituzione di una specifica disciplina, scuole di specializzazione, corsi di perfezionamento, insegnamento della disciplina nei corsi di laurea.**

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 ?**)
- ✦ 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)

Premessa della complessità

- Rapide trasformazioni dei fenomeni sociali e sanitari connessi al consumo, abuso e dipendenza di “diverse “ sostanze psicoattive
- Nuove forme di abuso e dipendenza da sostanze e ampia diffusione di consumi “compatibili”anche nella tossicodipendenza per cui il nostro sistema è percepito o come poco appetibile, o come scontato ?
- Trasversalità delle categorie interessate dal fenomeno e cambiamento delle domande di “cura” (tempi, approcci, utile integrazione di professionalità e coinvolgimento di servizi diversi, ripetibilità della cura)
- Un esempio la difficoltà di stimare in ambito ambulatoriale classico la pervasività e pericolosità di alcune situazioni di consumi e abusi e “dipendenza” o di aggiornare alcuni approcci “storicizzati”/”cronicizzati”
- A fronte di una certa rigidità delle attuali offerte trattamentali: nei tempi (almeno 6/12 mesi), negli approcci(o educativo o psicoterapeutico o farmacologico....), nelle impostazioni, quali le possibili integrazioni, evoluzioni e “ripetibilità” dei percorsi ...Ricaduta o riuso

PARAMETRI DELL'INTEGRAZIONE

- **FUNZIONE PUBBLICA** domande e fenomeni complesse, titolarità forte, condivisione di funzioni, obiettivi di cura fase e generali, programmi e azioni ad alta collaborazione luoghi dell'integrazione (pubblico privato, socio/sanitario)
- **CONTIGUITA' E CONTINUITA'** sempre più necessario un pensiero di collaborazione programmata (presa in carico, tempi, azioni, professionalità coinvolte, rispetto e fattiva collaborazione intervento congiunto, pre, post, durante) (lavoro per progetti)
- **TERRITORIO / COMUNITA'/SERT** come fase complessiva progettuale e vitale

Ma quanto è rimasto delle grandi guerre ?

Oltre gli scontri epocali insanabili ? O no ?

- ✖ Tra comunità di vita e professionalità della cura
- ✖ Tra Metadone e comunità
- ✖ Accoglienza e/o psicoterapia e/o farmaci sostitutivi
- ✖ Tra riduzione del danno e “toccare il fondo”
- ✖ Tra servizi pubblici e privato sociale
- ✖ Tra sanità e psicosociale o educativo
- ✖ Tra comunità di vita ... alle 10 comunità specializzate
- ✖ Tra punizioni per educare e accoglienza

Tipologie diverse di “ comunità” come opportunità

- Prima accoglienza notturna semi o residenziale
- Primo filtro e diagnosi..trattamento breve
- Pedagogica/ergoterapica diurna/residenziale
- Psicoterapica diurna/residenziale
- Specialistica doppia diagnosi
 - policonsumatori/giovani abusatori/alcolisti
 - madri con figli
 - coppie
- Agenzie del re/inserimento socio / lavorativo
- Residenzialità leggera per appartamenti/ambulatoriali/

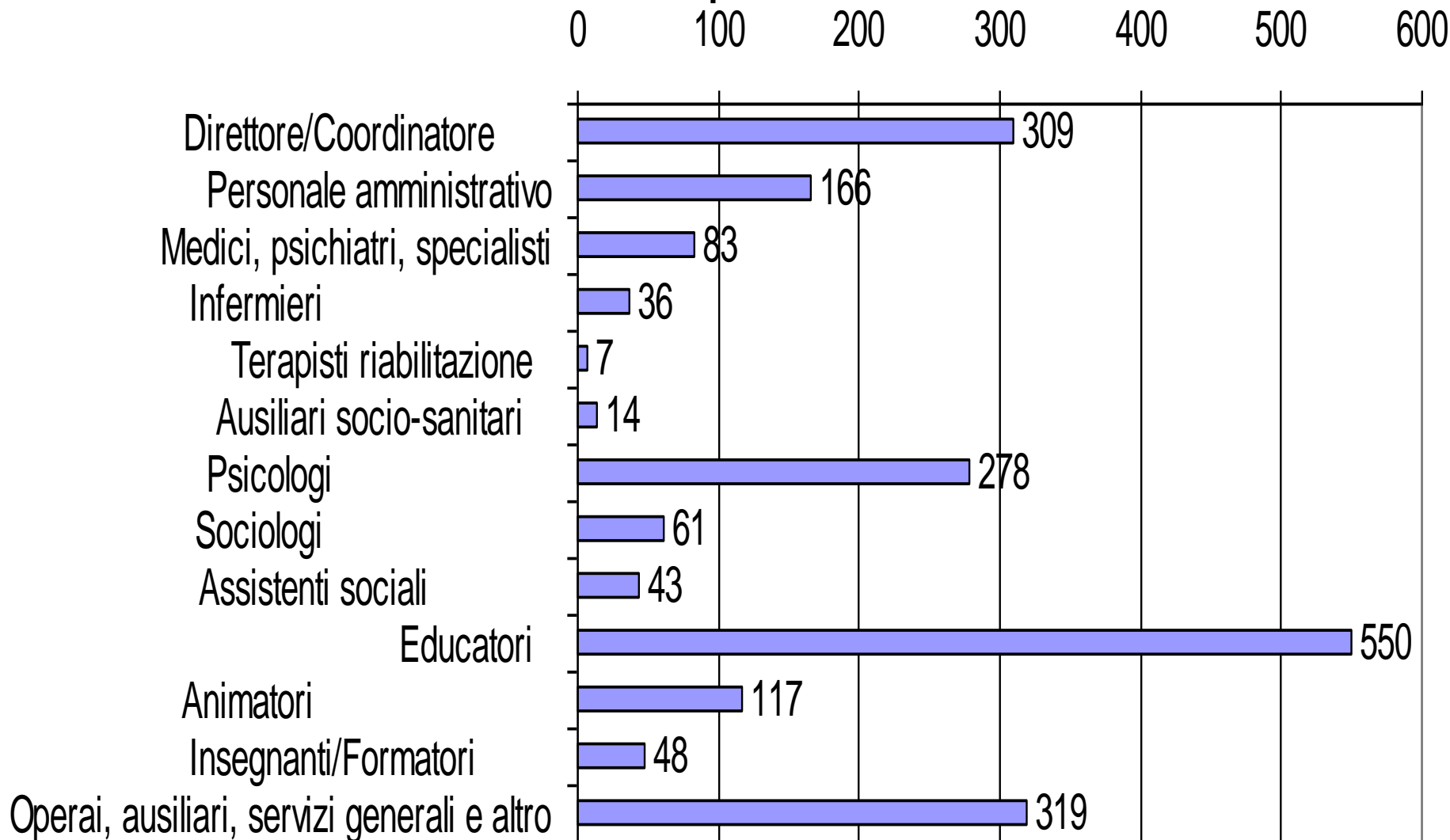
Quali gli elementi della riscrittura

- ✦ E' possibile pensare alla cura come diversità di proposte: prossimità, presa in carico precoce, specializzazione dei servizi, aumento delle professionalità di cura, sommerso dei fenomeni senza fare i conti prioritariamente con una analisi dei fenomeni e delle domande ?
- ✦ Quale è il ruolo socio sanitario del nostro sistema di intervento e il ruolo sociale rispetto agli stili di vita e di abuso e consumo possibile ?

Dati generali

Professionalità delle strutture del Cnca

Qualifiche professionali



La possibilità del sistema dei servizi di assolvere pienamente al proprio mandato istituzionale è in rapporto con tre principali fattori :

 **Mission e organizzazione strutturale**

Competenze attribuite da norme e atti di programmazione

CARICO ASSISTENZIALE COMPLESSO

 **integrazione tra sanitario e sociale,
pubblico e privato,**

Domanda di trattamento (indicatore "chiave" per l'EMCDDA)

RISORSE DISPONIBILI entità delle

 **rette, diversificazione delle offerte,
delle professionalità,**

COSTO SOCIALE IN ITALIA

6.473 Milioni di euro

**43% per attività di
repressione e controllo**

**27% per attività di cura e
riabilitazione**

**30% per perdita di
produttività**

3.980 Milioni di euro

Per l'acquisto di droghe

Fonte: Annual report 2008 EMCDDA – The state of drugs problem in Europe

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 DIVERSETROPPO 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, comorbidità, 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.)

Nuovi approcci di lavoro di sistema..

- ✦ **Pianificazione integrata di territorio**, accettazione della complessità dei fenomeni, superamento dell'autoreferenzialità dei servizi tra interventi repressivi, educativi, preventivi, interventi di prossimità, servizi di cura.
- ✦ **Una rivisitazione del lavoro tra funzioni diverse**(esempio le prefetture o la psichiatria) un lavoro maggiormente condiviso tra sistema di intervento e sanzionatorio (gruppi di autoaiuto, presa in carico precoce, percorsi personalizzati)
- ✦ **Monitoraggio e pianificazione costante dell'evoluzione** dei fenomeni (diverso ruolo e contenuti del monitoraggio, della ricerca e dell'osservatorio ?)
- ✦ **Sviluppo di sistemi in continuità**di prossimità dal lavoro di strada alle unità mobili, dai drop in ai centri filtro, dai servizi ai percorsi di cura, dal trattamento alle strutture di accoglienza , dal trattamento ambulatoriale alla presa in carico territoriale

Rette Regionali Doppia Diagnosi

| | Val d'Aosta | Piemonte | Lombardia | Trentino | Veneto | Liguria | Emilia Romagna | Toscana | |
|-------------|--------------------|-----------------|------------------------------------|-----------------|----------------------------------|-----------------|-----------------------|----------------|-----------------|
| D.D. | 140,00 € | 150€ | 120,00€ policonsumatori | 149,00€ | 75,00 € specialistica | 133,05 € | 139,45€ | 99,10€ | |
| | Umbria | Marche | Lazio | Abruzzo | Campania | Puglia | Calabria | Sicilia | Sardegna |
| D.D. | 88,57 € | 63,79 € | | | | | | | 95 € |

Rette Regionali Residenziali

| | Val d'Aosta | Piemonte | Lombardia | Trentino | Veneto | Liguria | Emilia Romagna | Toscana |
|-----------|--|-------------|----------------|----------------|---------------------------------------|---------------|----------------|---------------|
| RT | 8-10 ut. 70€ 11-20 ut 60€ 125 £ | 72 € | 52,80€ | 146,00€ | 65,00€ Intensive | 61,04€ | 67,41€ | 54,97€ |
| RP | 8-10 ut. 45 € 11-20 ut 35€ | 62 € | 45,00 € | 141,84€ | 53,00€ base | 35,16 | €53,41 | 50,37€ |

| | Umbria | Marche | Lazio | Abruzzo | Campania | Puglia | Calabria | Sicilia | Sardegna |
|-----------|---|----------------|--------------|---------------|---------------|---------------|---------------|---------------|----------------|
| RT | 10 ut. 53,97€ 20-30 44,21€ | 79,93 € | 36,73 | 51,82€ | 42,58€ | 46,27€ | 57,42€ | 48,90€ | 73,67 € |
| RP | 10 ut. 46,64 € 20-30 36,77 € | 46,85 € | 32,02 | 35,95€ | 27,47€ | 27,76 | 44,73€ | 32,6€ | 41€ |

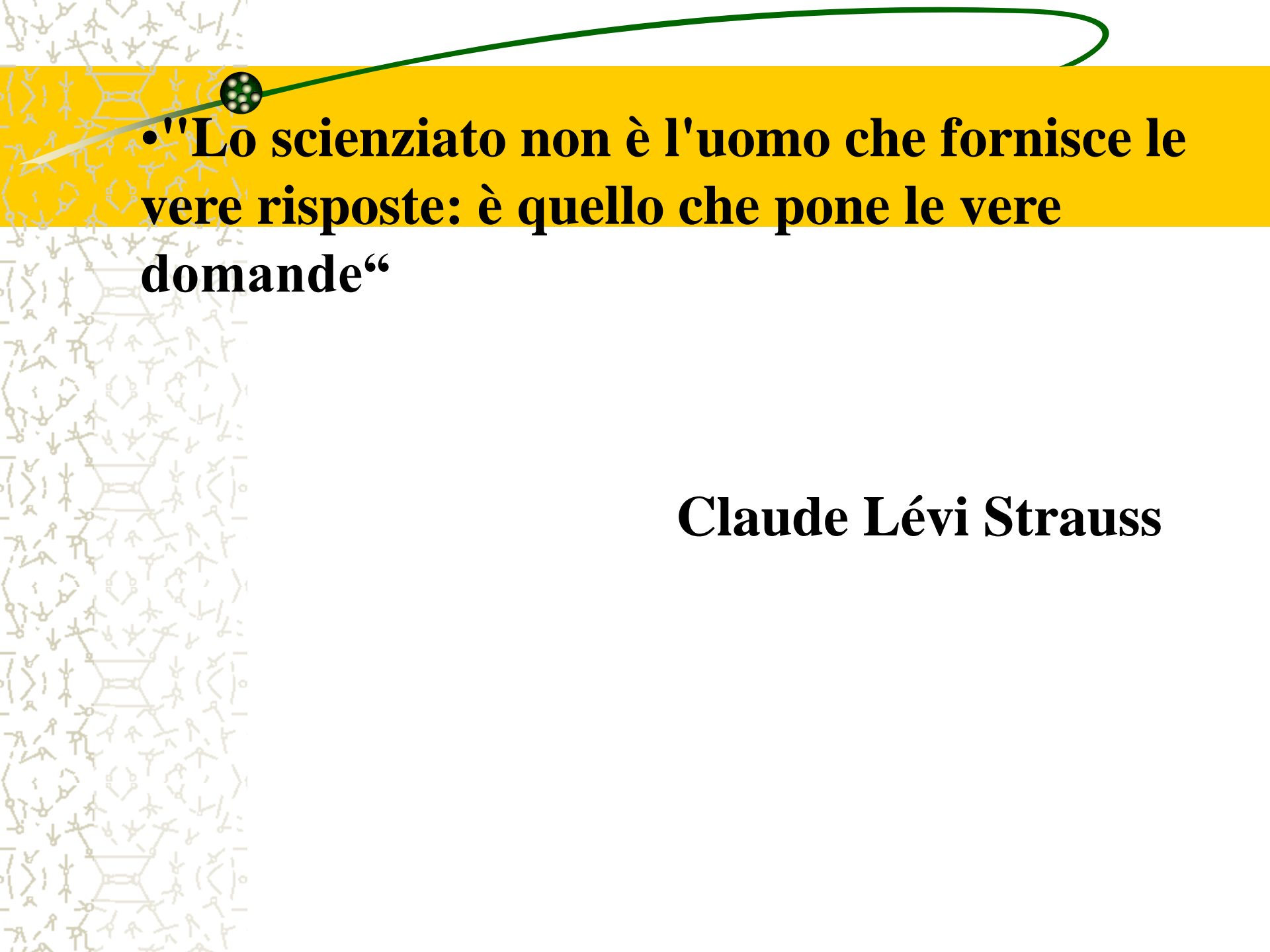
Tra copresenze e fasi diversificate

Interventi di fase contemporanei

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

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

di fasenel tempo e nella continuità terapeutica



• "Lo scienziato non è l'uomo che fornisce le vere risposte: è quello che pone le vere domande"

Claude Lévi Strauss