



Università
Ca' Foscari
Venezia

Corso di Laurea magistrale (ordinamento ex D.M. 270/2004)
in Lavoro, cittadinanza sociale, interculturalità

-
Ca' Foscari
Dorsoduro 3246

30123 Venezia

Tesi di Laurea

Il tossicodipendente cronico tra marginalità e rischio di assistenzialismo

Esperienze di riduzione del danno e promozione
dell'autonomia in Italia e in Europa

Relatore

Prof.ssa Mirella Zambello

Laureando

Martina Salvia

Matricola 855529

Anno Accademico

2015 / 2016

Indice

INTRODUZIONE	1
Capitolo I	
I lungo-assistiti tra esclusione e marginalità grave: sfide attuali del sociale	
1.1. Caratteristiche e tendenze d'abuso del tossicodipendente europeo	4
1.2. Nuovi rischi e vulnerabilità per i tossicodipendenti in trattamento	5
1.3 La cronicità: dalla marginalità al bisogno assistenziale integrato	7
1.3.1 <i>La disabilità cronica e persistente del soggetto</i>	9
1.3.2 <i>La cronicizzazione dei bisogni assistenziali e la necessità di integrare</i>	10
1.4. I livelli ingravescenti dell'esclusione sociale dei lungo-assistiti	11
1.4.1 <i>La perdita o precarizzazione della condizione lavorativa</i>	13
1.4.2 <i>Le malattie e/o l'invalidità fisica</i>	13
1.4.3 <i>L'istituzionalizzazione e la privazione di rete di sostegno all'uscita</i>	14
1.4.4 <i>La difficoltà di accesso all'assistenza</i>	14
1.4.5 <i>La perdita e la precarizzazione della condizione abitativa</i>	14
1.4.6 <i>La precarizzazione della condizione economica</i>	15
1.4.7 <i>L'abbandono scolastico</i>	15
1.4.8 <i>La comorbilità psichiatrica</i>	15
1.4.9 <i>Lo stigma relazionale e sociale</i>	16
1.4.10 <i>L'incapacità di rappresentarsi come cittadino con diritti e doveri</i>	16
1.4.11 <i>La perdita del sostegno familiare</i>	16
Capitolo II	
Lo scenario europeo dei servizi e degli interventi di cura e riabilitazione	
2.1. Un piano comunitario, diverse strategie nazionali sulla droga	18
2.2. Leggi nazionali e approcci: tra criminalizzazione e cura	23
2.3. Il sistema dei servizi per le dipendenze	25
2.3.1 <i>Servizi di cura</i>	26
2.3.2 <i>I Servizi di reinserimento</i>	28
2.4. L'educazione	29

2.5L'occupazione	33
2.5.1 Sistemi di supporto rivolti a tutti i soggetti svantaggiati	35
2.5.2Sistemi di supporto esclusivi per i tossicodipendenti	41
2.6 L'alloggio	44
2.7 Programmi di reinserimento per i tossicodipendenti anziani	47
2.8 Riorganizzare e ristrutturare i servizi?	48

Capitolo III

Le politiche di riduzione del danno verso un miglioramento della qualità di vita

3.1. I programmi di distribuzione e/o scambio di siringhe e aghi	53
3.2. "Le consumption rooms"	55
3.3. La terapia sostitutiva	59
3.4 Alcune esperienze in Europa	61

Capitolo IV

Il welfare generativo: dall'assistenzialismo alla responsabilizzazione del tossicodipendente

4.1 Programmi di reinserimento sociale del tossicodipendenze cronico	67
4.2Tre approcci nel recupero del tossicodipendente cronico	68
4.2.1 Il Peer Support	68
4.2.2 Il Recovery	70
4.2.3 L'Arte-terapia	71
4.3 Un nuovo tipo di comunità?	72

Capitolo V

Un viaggio nelle città europee: alcune esperienze nel campo della dipendenza cronica

5.1 Una comunità aperta a Londra	78
5.2 Il movimento di un gruppo di tossicodipendenti in Scozia	79
5.3 Repubblica ceca: un ponte per il lavoro	80
5.4 L'osservatorio dei bisogni: il diritto di reagire in Francia	80
5.5. L'advocacy dei cronici in Grecia	81
5.6 Lituania: un ristorante per la riabilitazione	82
5.7 Il manuale del reinserimento lavorativo in Spagna	83
5.8 La riabilitazione in Irlanda: tra programmi di inclusione e arte- terapia ..	83

5.9 I cronici in Belgio: vicino bisogno d'aiuto?	84
5.10 Portogallo: come reinserire?	85

Capitolo VI

Il centro-nord dello stivale: esperienze di recovery dalla cronicità

6.1 Bergamo: un'esperienza residenziale per i cronici in Lombardia	87
6.2 Colli del Tronto: la prima comunità-alloggio nelle Marche	91
6.3 I centri diurni e i gruppi : luoghi e strumenti di recovery in Veneto	
6.3.1 <i>IL Co.Ri: il recovery nelle dipendenze patologiche</i>	94
6.3.2 <i>Pronti...via: il gruppo per ripartire del Ser.D di Venezia</i>	101
6.3.3 <i>Alcune riflessioni sulla figura dell'assistente sociale nel Ser.D</i>	104

CONCLUSIONI	109
-------------------	-----

TRACCIA DELLE INTERVISTE AI TESTIMONI PRIVILEGIATI	112
--	-----

INDICE GRAFICI E TABELLE	113
--------------------------------	-----

BIBLIOGRAFIA	114
--------------------	-----

SITOGRAFIA	116
------------------	-----

DIZIONARI	119
-----------------	-----

Introduzione

L'oggetto di studio della mia tesi è rappresentato dalle prassi d'intervento in materia di inclusione e di miglioramento di vita dei tossicodipendenti da lungo tempo in trattamento.

Il lavoro è stato condotto attraverso ricerche e analisi svolte su tre livelli: europeo, nazionale e locale.

I motivi ispiratori della scelta dell'argomento sono essenzialmente due: il tirocinio professionalizzante svolto presso il servizio per le dipendenze di Venezia e il percorso di studi intrapreso a Ca' Foscari.

Durante l'esperienza al Ser.D ho avuto modo di confrontarmi con una realtà difficile, ma al tempo stesso ricca di spunti e stimolante.

In particolare, a suscitare il mio interesse, nonché la voglia di documentarmi e approfondire, è stato il tema della lunga assistenza.

Questo è un argomento cardine e molto dibattuto negli ultimi anni, sul quale però aleggia ancora luci e ombre, soprattutto riguardo alle modalità e alle prassi d'intervento per farvi fronte.

Quanto invece al percorso di studi, è stato fondamentale l'aver appreso, durante la frequenza dei corsi e dei laboratori professionalizzanti, un approccio interdisciplinare e internazionale nello studio dei fenomeni sociali e delle nuove vulnerabilità, nonché nella conoscenza di metodi innovativi volti alla programmazione e alla realizzazione di interventi sociali.

Pertanto le finalità e gli obiettivi del mio lavoro di ricerca sono stati:

- La conoscenza dello scenario italiano ed europeo in materia di interventi rivolti ai lungo-assistiti, con particolare riferimento al contesto provinciale veneziano.
- L'analisi dei punti di forza e di debolezza di tali prassi operative, alla luce delle pratiche di intervento come la riduzione del danno e il welfare generativo, basate rispettivamente sulla limitazione dei danni e l'investimento sulle persone come risorsa.

Il lavoro di ricerca è stato suddiviso in sei capitoli:

Nel primo è stato fatto un quadro teorico di riferimento e una raccolta dati.

Si è tracciato il profilo del tossicodipendente europeo, sono stati chiariti i concetti di cronicità ed esclusione sociale, che caratterizzano gli utenti da lungo tempo in trattamento, definendone le principali problematiche di status.

Nel secondo capitolo è stata svolta un'analisi sia dei servizi di cura e riabilitazione presenti in Europa, sia delle politiche e degli approcci adoperati in materia di recupero e di cura della tossicodipendenza.

Nei capitoli terzo e quarto sono stati affrontati rispettivamente i concetti di riduzione del danno e di welfare generativo.

Dopo aver chiarito idee, obiettivi e finalità alla base di tali pratiche, ho cercato di utilizzarli come punti cardine della riabilitazione del soggetto tossicodipendente cronico.

Nel quinto capitolo ho fatto un excursus tra alcune città europee, dove ho indicato le modalità d'intervento più esemplificative dell'argomento qui trattato e ne ho fatto un bilancio critico.

Con il sesto capitolo si è svolto, infine, un viaggio in Italia, dove sono state analizzate iniziative e progetti di alcune realtà regionali.

Ho riservato una trattazione particolareggiata al Veneto e alla provincia di Venezia, raccontando di alcune esperienze nel recupero del tossicodipendente cronico.

La scelta di rivolgere un'analisi più dettagliata al contesto provinciale veneziano è da ricondurre alla possibilità che il tirocinio mi ha fornito di conoscere e sperimentare sul campo.

Da un lato infatti è stato fondamentale il contatto con tale utenza, attraverso colloqui e gruppi di sostegno, che mi hanno indirizzato nella rilevazione di bisogni e problematiche. Dall'altro la partecipazione ai gruppi di lavoro, in modo congiunto con le interviste mirate ai professionisti del servizio, mi hanno permesso di riflettere sui punti di forza e di debolezza delle prassi operative in progettazione o già in uso.

Capitolo I

I lungo-assistiti tra esclusione e marginalità grave: sfide attuali del sociale

[...] una malattia a decorso cronico-ricidivante, consistente nell'assunzione compulsiva di sostanze nocive, caratterizzata da un definito stile di vita, sostenuta da cause e portatrice di conseguenze sul piano biologico, psicologico e sociale¹ [...]

Questa la definizione che l'Organizzazione Mondiale della Sanità(OMS) dà della tossicodipendenza, classificandola quindi come malattia, derivante e agente sul piano fisico, psicologico e sociale. Le sue caratteristiche essenziali sono dunque la cronicità e la recidività: il termine cronico², dal latino *chronicus*, si riferisce semanticamente al concetto di tempo, e in senso lato all'idea dell'incurabilità e dell'irreversibilità. Per estensione, in ambito medico, indica tutte quelle patologie persistenti a lungo nell'organismo; recidivo³, dal latino *recidivus*, esprime invece il concetto del ripetersi e del ricadere, e in ambito medico, il ricadere in una malattia dalla quale apparentemente si è guariti, e definisce quindi uno stato di salute caratterizzato dall'alternarsi di ricadute e remissioni.

E' pur vero però che parlare di malattia cronico-ricidivante non implica necessariamente dare per scontato il decorso degenerativo della stessa, ma la sfida dei servizi che si occupano di dipendenza e del servizio sociale sito all'interno del Ser.D⁴, è proprio quella di tentare di migliorare la qualità di vita dei pazienti e di contenere al massimo la loro cronicizzazione.

La definizione però parla anche di un altro aspetto essenziale che caratterizza la tossicodipendenza, cioè la determinazione di uno specifico stile di vita.

“Essere tossicodipendente”, infatti, non vuol dire solo decidere di assumere sostanze nocive, generatrici di meccanismi di dipendenza, ma comporta il lasciarsi dietro “una normalità”, caratterizzata da comportamenti e atteggiamenti usuali e da routine quotidiane, che una volta intrapreso il tunnel della dipendenza sono destinate a scomparire.

¹ www.salute.gov.it

² Cfr. M.Nuzzo, *Dizionario della lingua italiana*, Marotta editore, p.489

³ *Ibid.*, p.1298

⁴ E' un servizio pubblico che fa parte del Dipartimento Funzionale delle Dipendenze, ha il compito di fornire interventi di prevenzione, diagnosi, cura e reinserimento di persone con disturbi legati alla dipendenza patologica e ai loro familiari. All'interno del servizio opera un'équipe di operatori esperti nell'ambito delle dipendenze: medici, psicologi, sociologi, assistenti sociali, educatori, infermieri e assistenti sanitari, che possono fornire risposte specialistiche adeguate alle diverse necessità, www.ulss12.ve.it

Quindi la dipendenza muta radicalmente la persona, alterandone i meccanismi fisici e psicologici e rendendola vittima di un circolo vizioso e di esclusione grave dalla società in cui essa vive.

Alla luce di questa breve introduzione, ho voluto iniziare il mio lavoro di ricerca con l'esplorazione della condizione attuale del tossicodipendente in Europa, analizzandone caratteristiche e bisogni, per permettere l'ideazione di programmi, strategie e interventi idonei alla sua cura e riabilitazione.

1.1 Caratteristiche e tendenze d'abuso del tossicodipendente europeo

In Europa il consumo di droga interessa circa 89,1 milioni di persone tra i 15 e i 64 anni, con una netta prevalenza degli uomini(54,3 milioni) rispetto alle donne (34,8 milioni).⁵

Negli ultimi decenni il fenomeno della droga è mutato, sia rispetto alle sostanze e alle tendenze d'abuso, sia rispetto alle caratteristiche anagrafiche(età) dei tossicodipendenti.

All'ampia gamma di sostanze già diffuse(come cannabis, cocaina, metanfetamina, oppiacei), si è aggiunto il crescente uso di nuove sostanze psicoattive⁶, soprattutto tra le fasce più giovani della popolazione(15-34 anni di età).

Il consumo tra i 15 e i 34 anni è aumentato però anche rispetto alle vecchie sostanze d'abuso.

Anche l'età media della prima assunzione si è notevolmente abbassata.

I più giovani sono sicuramente i consumatori di cannabis, che iniziano a fare uso già a 16 anni e quelli di anfetamine a 19. Poi i cocainomani e i consumatori di oppiacei, il cui primo abuso avviene mediamente intorno ai 22 anni⁷.

Contemporaneamente all'abbassamento dell'età del primo uso, si è assistito, specie per gli utenti in trattamento, all'innalzamento dell'età.

Nel 2008, su un totale di 450.000 mila utenti circa 82.000 mila aveva più di 40 anni. Il più alto tasso di pazienti anziani compresi tra i 40 e i 60 anni, si hanno in cinque Stati: Germania, Francia, Spagna, Italia e Regno Unito, i cui numeri sommati rappresentano l'81% dei pazienti più anziani e di più lunga assistenza in Europa.⁸

⁵ Cfr. Osservatorio europeo delle droghe e delle tossicodipendenze, *Relazione europea sulla droga 2016 : Tendenze e sviluppi* , Ufficio delle pubblicazioni ufficiali dell'Unione europea, Lussemburgo, www.emcdda.europa.eu, p.37

⁶ Con questo termine si intendono: i cannabinoidi sintetici, e gli oppiacei sintetici non controllati(es. fentanil, benzodiazepine). *ibid.*,p.14

⁷ *ibid.*, p.p. 39,41,46,48

⁸ Cfr. European monitoring Centre for drugs and drug addiction, *Treatment and care for older drug users*, 2010, www.emcdda.europa.eu, p.12

I tossicodipendenti più anziani consumano nel 65% dei casi oppiacei, cocaina nel 17% e cannabis nell'8%.⁹

Accanto alla diffusione di nuove sostanze e alle diverse caratteristiche anagrafiche del tossicodipendente, si è assistito anche ad un mutamento nelle tendenze d'abuso.

Infatti il tossicodipendente oggi è sempre più un poliassuntore, in quanto è frequente il consumo simultaneo o sequenziale di più droghe, accompagnato spesso anche dall'uso di alcool.¹⁰

1.2 Nuovi rischi e vulnerabilità per i tossicodipendenti in trattamento

La sostanza d'abuso primaria, per la quale un soggetto sceglie di sottoporsi ad un trattamento ambulatoriale e/o comunitario, determina delle variazioni sia rispetto al numero degli utenti che si rivolgono al servizio sia rispetto al rapporto tra vecchi e nuovi pazienti in carico.

Secondo la relazione europea sulla droga del 2016, nel 2014 gli utenti in carico ai servizi erano circa 406.000 mila, ed erano così distribuiti¹¹:

- I consumatori di cannabis erano 138.783 mila. Di questi, i nuovi utenti erano circa 75.133 (59%), quelli già in carico 53.133 (41%). I Paesi europei con la più alta frequenza nei propri ambulatori e servizi di consumatori di cannabis erano la Germania(32.225 mila) e la Spagna(16.914 mila);
- Il numero dei cocainomani in carico era di circa 59.470 mila, di cui il 74% solo in Italia(12.165), Spagna(19.848) e Regno Unito(12.236). Nel 46% dei casi (28.040) si trattava di nuovi utenti, mentre nel 54%(31.430) di pazienti già in carico;
- Gli abusatori di metamfetamine in trattamento erano circa 31.168, di cui 13.664 solo in Germania. Nel 43% (13.305) si trattava di pazienti che per la prima volta si rivolgevano ai servizi, mentre il restante 57%(17.411) era già in carico.
- I consumatori di oppiacei in trattamento erano circa 175. 586, di questi solo nel 18%(30.396) si trattava di nuovi utenti, mentre nell'82% (139.628) era già in carico ai servizi. I Paesi con il più alto tasso di consumatori dell'oppio e dei suoi derivati sono: Regno Unito(50.592), Germania(29.655) e Italia(28.671).

⁹ *Ibid.*, p.17

¹⁰ Cfr. Osservatorio europeo delle droghe e delle tossicodipendenze, *Relazione annuale sull'evoluzione del fenomeno della droga nell'Unione Europea e in Norvegia 2002*, www.emcdda.europa.eu, p.14

¹¹ Relazione europea 2016, *op.cit.*, pp. 39,41,46,48

Per i pazienti in trattamento, le condizioni sociali(istruzione, occupazione e alloggio) sono in genere molto precarie, anche rispetto alla situazione della popolazione generale.

Dai dati del 2009¹²(vedi tabella 1)si rivela che: - per l'istruzione(il 36,8% ha la licenza media e solo il 54,3% dei pazienti ha conseguito la maturità); - per l'occupazione(il 45.2% sono disoccupati e solo il 29.9% hanno un'occupazione regolare; -per l'alloggio(nell'83,9% dei casi hanno una sistemazione stabile)

ISTRUZIONE su un campione di 221.345	Non hanno la licenza media	1.6%
	Hanno conseguito la licenza media	36.8%
	Hanno conseguito la maturità	54.3%
	Hanno la laurea	7.2%
OCCUPAZIONE Su un campione di 319.733	Hanno un lavoro regolare	29.9%
	Sono studenti	7.6%
	Non sono in grado di lavorare	10.7%
	Sono disoccupati	45.2%
	Altro	6.5%
ALLOGGIO Su un campione di 224.978	Sistemazione stabile	83.9%
	Sistemazione instabile	8.4%
	Nelle istituzioni(carcere, cliniche, comunità terapeutiche)	7.7%

Tabella 1 Condizione sociale dei pazienti in trattamento

Le condizioni di maggiore precarietà riguardano senza dubbio la situazione lavorativa e dell'istruzione.

Di fronte a questo scenario di grave marginalità e vulnerabilità sociale, i consumatori di oppiacei rappresentano la categoria dei tossicodipendenti più problematica e a rischio.

Infatti nell'82% dei casi si tratta di pazienti a rischio di overdose mortale, sono i tossicodipendenti più anziani e con le peggiori condizioni sociali, lavorative, abitative e d'istruzione:¹³

*[...] folder drug users are often unemployed or economically inactive, particularly those who enter treatment for primary heroin use, up to 86% of whom fall in this category[...] many older treatment client live in unstable accomdation[...] And older opioid clients in particular are likely to report living in precarious conditions[...]*¹⁴

Tali percentuali dimostrano come: da un lato il consumo di oppiacei continua a essere responsabile della maggior parte delle morti per droga e del contagio delle malattie infetti-

¹² Cfr. European monitoring Centre for drugs and drug addiction ,Harry Sumnall and Angelina Brotherhood, *Social reintegration and employment: evidence and interventions for drug users in treatment*,2012, www.emcdda.europa.eu, p.40,

¹³ Cfr. "Social exclusion and reintegration", in EMCDA 2003 Annual report on the state of the drugs problem in the European Union and Norway, www.emcdda.europa.eu, p.67

¹⁴ "I consumatori più anziani sono spesso disoccupati e inattivi economicamente, specialmente quelli che entrano in trattamento primariamente per l'uso di eroina(sono circa l'86% dei casi)[..], molti di loro hanno una situazione abitativa precaria[...] specialmente gli anziani consumatori di oppiacei riportano le peggior condizioni[...]", Cfr. European monitoring Centre , *Treatment and care for older*, op.cit, p.18

ve(come l'epatite o l'HIV), in quanto la modalità più diffusa di assunzione della sostanza è per via parenterale; dall'altro lato essi più di altri hanno sviluppato una dipendenza dai servizi, sia per la storia del fenomeno dell'eroina sia per la terapia sostitutiva.

Da un lato infatti la diffusione degli oppiacei è iniziata a partire dagli anni '70 e per ondate, si è diffusa quasi uniformemente in tutta Europa, determinando il crescere del consumo e della richiesta di trattamenti.

Dall'altro lato negli anni 90' si è introdotto il farmaco sostitutivo, che ad oggi esiste solo per i derivati dell'oppio, e il suo massiccio utilizzo ha determinato l'allungamento di vita dei soggetti in terapia.

In questo modo i consumatori di oppiacei si sono maggiormente diffusi in tutta Europa, rappresentando ad oggi la percentuale di consumatori più anziana rispetto agli altri assuntori di sostanze, e quella infine che maggiormente si è rivolta ai servizi, fruendo dei più lunghi interventi di trattamento.

Pertanto è quella che maggiormente grava su ambulatori e enti ausiliari, che presenta una complessità elevata di bisogni, problematiche e richieste d'aiuto, ai quali gli operatori devono prepararsi a rispondere. Ciò li impegna in lunghi e complessi interventi per ridurre i danni e promuoverne, il più possibile, l'autonomia, attraverso la rigenerazione delle risorse esistenti, seppur in molti casi esigue.

1.3 La cronicità: dalla marginalità al bisogno assistenziale integrato

Come dimostrato dall'analisi fatta nei paragrafi precedenti, nell'ambito della dipendenza da sostanze stupefacenti, è diventato fondamentale, specie negli ultimi vent'anni, parlare di cronicità, intesa come "accompagnamento nel tempo di situazioni particolarmente difficili".¹⁵

A seguito dell'introduzione della pratica dell'MMT¹⁶, negli anni '90, in molti Paesi europei, tra cui l'Italia, si è assistito alla nascita di un fenomeno nuovo quello dei lungo-assistiti o cronici.

Infatti il trattamento terapeutico sostitutivo da oppiacei ha inaugurato un capitolo nuovo e ambivalente nel campo delle dipendenze, con cui gli operatori dei servizi si trovano a fare i

¹⁵ Cfr. "Avvicendamento degli interventi ed accompagnamenti a lungo termine, tra normalizzazione della dipendenza e rischi di cronicizzazione", a cura di Leopoldo grosso, in Itaca *Costruzione di un ruolo terapeutico nel campo delle dipendenze*, Gennaio-Aprile 2010, anno XIII numero 30, Alpes Italia S.r.l., p.25

¹⁶ Metadone a mantenimento protratto, consistente nell'assunzione del farmaco sostitutivo per il quale il paziente sviluppa dipendenza e tolleranza crociata. Oltre al metadone sono farmaci sostitutivi da oppiacei la buprenorfina per il trattamento della dipendenza da eroina e quelle che utilizzano le gomme da masticare a base di nicotina per la sostituzione del fumo di tabacco. Attualmente non esistono terapie sostitutive per la cocaina", www.salute.gov.it.

conti nel loro lavoro quotidiano e per il quale cercano di progettare e adoperare nuove e più idonee modalità d'intervento per farvi fronte.

Se da un lato infatti l'assunzione di metadone ha ridotto le morti per overdose e prodotto un crescente aumento dell'età media dei pazienti, da un altro punto di vista ha determinato la riduzione del numero dei soggetti astinenti e ha prolungato la presa in carico ai servizi.

In aggiunta i pazienti in trattamento, con queste caratteristiche, non mostrano evoluzioni significative nei loro stili di vita e nel percorso di cura, trattandosi di soggetti fragili e instabili, che rischiano di non promuovere la propria autonomia e di diventare utenti primi nella cornice dell'assistenzialismo.

Pertanto, prolungare la loro condizione di vita e di salute con la terapia sostitutiva ha significato avere in carico ai servizi utenti con gravose condizioni fisico-sanitarie, psicologico-affettive, relazionali, ma anche lavorative, abitative, economiche e giuridiche.

Ma la cronicità non è una, non è uniforme e non è omogenea, ma va considerata sia caso per caso, a seconda del paziente in carico e della sua storia, sia per tipologia, adoperando una classificazione dei bisogni espressi dagli utenti.

Per questo si possono distinguere tre tipologie di cronicizzazione:¹⁷

- **La cronicizzazione della dipendenza:** si intende la persistenza dello stato di dipendenza, in cui non si rintracciano disabilità psico-sociali che richiedono interventi non solo squisitamente clinici.
- **La cronicizzazione di condizioni psicopatologiche associate a condizioni di dipendenza:** si definisce tale la condizione in cui il soggetto presenta entrambe le problematiche psichiche e di dipendenza.
In questo caso, risulta problematica la definizione del prevalere dell'una o dell'altra patologia, anche e soprattutto rispetto alla presa in carico del Servizio dipendenze o del centro di salute mentale o della presa in carico integrata per i soggetti definiti come "doppia diagnosi".¹⁸
- **La cronicizzazione di disabilità psicosociali significative associate a condizioni di dipendenza:** si intende la condizione in cui i pazienti tossicodipendenti hanno anche gravi problematiche sociali tali da richiedere interventi non solo in termini di cura e riabilitazione, ma anche di assistenza e accompagnamento nella risoluzione delle disabilità sociali.

¹⁷ Cfr. Saccon,D.,Banon, D., Boatto, E., *Evoluzione nelle dipendenze da sostanze: Il problema delle cronicizzazioni*, CLEUP, Maggio 2013, pp. 18-21

¹⁸ *Si riferisce non tanto ad una condizione clinica, quanto ad una questione istituzionale, ovvero il paziente non trova risposte adeguate alla complessità dei propri bisogni entro i due servizi: troppo folle per i servizi per le dipendenze, troppo tossicomane per i servizi psichiatrici*, cfr., Saccon,D.,Banon, D., Boatt, *Evoluzione*, p.40

Nel corso del mio lavoro di ricerca l'attenzione è stata posta su quest'ultima tipologia di cronicizzazione per due ragioni fondamentali.

Prima di tutto per il mio interesse, in quanto futura assistente sociale, verso le problematiche sociali e di contorno che rendono il tossicodipendente un soggetto vulnerabile e vittima di esclusione.

In secondo luogo l'esperienza di tirocinio presso il Ser.D di Venezia, mi ha fatto conoscere la funzione dell'assistente sociale nel servizio, che attiva risorse e progetta interventi volti a promuovere l'autonomia del tossicodipendente e a risollevarne le condizioni sociali.

Le maggiori problematiche poste dalla cronicità possono raggrupparsi, come evidenziato da una ricerca condotta nel 2010 dai Ser.D della provincia di Venezia¹⁹ e dalle comunità di competenza territoriale²⁰ nella Regione Veneto, nelle seguenti aree tematiche:

*[...] la disabilità di alcune aree di funzionamento personale e sociale dei pazienti che perdura nel tempo; lo stato di emarginazione che porta a un'invalidazione e stigmatizzazione sociale; la presenza di bisogni assistenziali che aumentano e si aggravano nel tempo[...]*²¹

1.3.1 La disabilità cronica e persistente del soggetto

I pazienti lungo-assistiti presentano delle disabilità personali e sociali che hanno maturato nel corso della loro storia di dipendenza o che sono state esse stesse concause dell'iniziazione di un percorso di abuso di sostanze.

Questi soggetti si configurano sul piano identitario, fisico e psicologico come vulnerabili, instabili, insicuri, demotivati al cambiamento, fragili, incapaci di lottare per se stessi e per l'affermazione della propria identità di cittadino e dei propri diritti.

Essi sono segnati da sensi di colpa, vissuti tragici, problematiche irrisolte e sono bisognosi di una guida e di un accompagnamento stabile e continuo nell'affermazione del sé, della propria autostima e nell'affrontare la vita e le questioni quotidiane.

Si tratta generalmente di persone in età avanzata, con bassi livelli di istruzione e di professionalizzazione che, pur impegnandosi nei percorsi di cura e riabilitazione, hanno delle difficoltà nel comprendere fino in fondo le loro problematiche e i loro bisogni, e soprattutto,

¹⁹ Comprendente i Ser.D di Venezia(terraferma e centro storico), Chioggia, Dolo-Mirano, Portogruaro, San Donà di Piave, cfr. Ministero della salute: dipartimento della prevenzione e della comunicazione, direzione generale della prevenzione sanitaria, ufficio VII " Tutela della salute dei soggetti più vulnerabili", *Elenco dei servizi pubblici per le tossicodipendenze*, Roma Gennaio 2005, www.salute.gov.it, p.16

²⁰ Associazione Solidarietà Dicembre '79, Ce.I.S di Mestre, Emmaus, Olivotti, Villa Renata, Ce.I.S. di Treviso e l'U.O.C riduzione del danno del Comune di Venezia, www.ulss12.ve.it

²¹ Cfr. Saccon,D.,Banon, D., Boatto, *Evluzione.,op.cit*,p.255

difficilmente, in autonomia o anche assistiti riescono con successo ad attivare le proprie risorse e/o a sfruttare quelle che i servizi mettono loro a disposizione.

Se sul piano personale, identitario e del sé, la fragilità è ai massimi livelli, non è da meno la labilità della realtà in cui essi vivono e dei rapporti umani e sociali che intrattengono.

La loro condizione relazionale e sociale è infatti contrassegnata dall'appartenenza a contesti ambientali, sociali e/o familiari precari, instabili, fragili, e multiproblematici.

E' arduo staccarsi, uscire e cercare di migliorarsi, perché si è nati e cresciuti in questi ambienti, è difficile non vederli e non vedersi come sani e normali, perché è quella è la "normalità", quella in cui hanno sempre vissuto.

Poi è anche vero che, pur essendo accompagnati nella presa di consapevolezza dei propri problemi, raramente i lungo-assistiti riescono pienamente a comprenderli e a trovare il modo per affrontarli.

Sono pazienti esposti alla precarietà dal punto di vista lavorativo, economico e abitativo; queste difficoltà spesso presenti contemporaneamente, rendono complicato e difficoltoso, riprendere in mano la propria vita, rubata dalla dipendenza e stigmatizzata e invalidata socialmente.

1.3.2 La cronicizzazione dei bisogni assistenziali e la necessità di integrazione

*[...]il sogno di un cambiamento/ redenzione è stato accolto da chi, con la forza della religione e della morale sperava di poter condurre alla salvezza[...] riempire "il buco" creando realtà virtuali quali le comunità[...] in fondo tutti hanno sperato che questo "incantesimo" durasse[...] che anche il dolore più distruttivo potesse essere guarito[...]*²²

Nel corso degli anni, attraverso gli studi e le esperienze sul campo, ci si è allontanati sempre di più dall'idea che la salvezza, la guarigione e l'uscita definitiva dalla tossicodipendenza fossero possibili.

Pertanto, sarebbe opportuno, che gli operatori, in particolare gli assistenti sociali nei Ser.D, si spogliassero dalla funzione di promotori di interventi salvifici, sfatando il mito dell'"Io ti salverò", radicato nell'immaginario collettivo, abbandonando la bacchetta magica della fata turchina, calando il proprio ruolo nella realtà, nel contesto territoriale nel quale si esercita la propria professione e cercando di leggere e comprendere ogni storia in modo diverso e unico.

²² Cfr. Brunello Nadia ass.sociale Ser.T Venezia " L'intervento socio-riabilitativo tra Ser.T e comunità terapeutica" in Ser.T Azienda U.L.S.S 11 Venezia, *Tossicodipendenza: complessità di un percorso verso l'indipendenza*, Venezia, 17 Maggio 1996, p.2

Oggi quindi ai servizi per le dipendenze si chiede di porsi come obiettivo il raggiungimento almeno di una “guarigione sociale” intesa come:

*[..] un funzionamento psicosociale e un livello della “qualità della loro vita” sufficientemente soddisfacenti o accettabili[.] accompagnare i pazienti a trovare un modo il meno doloroso possibile di fare i conti con i problemi del vivere quotidiano[.]*²³

Ciò può avvenire considerando due aspetti.

Prima di tutto invertendo la tendenza degli operatori ad esprimere giudizi e pregiudizi nei confronti dei pazienti cronici, spesso immobili e ostili ai trattamenti, in un atteggiamento paziente e comprensivo.

In seconda battuta rendere necessario un lavoro integrato nei Ser.D, ma anche la creazione di una rete di collaborazione con i servizi esterni sul territorio, soprattutto con le Municipalità, per facilitare il “reingresso sano” del soggetto nel suo ambiente di vita.

1.4. I livelli ingravescenti dell’esclusione sociale dei lungo-assistiti

La correlazione tra tossicodipendenza ed esclusione sociale non è sempre inquadrabile in un rapporto di causa-effetto di tipo univoco, in cui la marginalizzazione è certa e inevitabile conseguenza dell’abuso di sostanze, ma essa può essere anche una concausa dell’avvio del percorso di dipendenza.

Ma cosa si intende per esclusione sociale?

Si tratta di un concetto complesso e a lungo dibattuto, spesso confuso e sostituito con il termine povertà, che tiene insieme due interpretazioni della realtà:

*[...] da un lato i diritti sociali e il mantenimento di un’uguaglianza sostanziale nell’accesso a questi ultimi;[...] dall’altro i fenomeni di disintegrazione sociale derivanti dal venir meno dei tradizionali meccanismi di integrazione sociale[...]*²⁴

Il soggetto escluso socialmente non è solo assimilabile quindi al povero e privo di risorse economiche, ma attiene a un fenomeno molto più complesso e fa i conti con un duplice meccanismo.

²³Cfr. Saccon, D., Banon, D., Boatto, *Evoluzione.*, op.cit.,pp.258-259

²⁴ Cfr. Maria Dal Pra Ponticelli(a cura di), *Dizionario di servizio sociale*, Carocci Faber 2005,p.219

Da un lato rende la persona manchevole di accesso a tutti i diritti spettanti a qualsiasi cittadino, quali quelli giuridici, politici, economici e civili; dall'altro la decreta vittima di processi che la emarginano, inibendo la sua naturale e sana appartenenza alle reti o gruppi sociali, e imprigionandola nello stigma e nel pregiudizio, compromettendone l'identità e le relazioni.

Secondo una ricerca condotta nel 2003 da EMCDDA²⁵, tra i gruppi socialmente emarginati, configurerebbero, oltre a detenuti, immigrati, senza fissa dimora, lavoratori del sesso e giovani vulnerabili, proprio i tossicodipendenti.

Per chi abusa di sostanze, soprattutto se in carico ai servizi da lungo tempo, il meccanismo di esclusione e marginalità sociale si esplica in un vortice di problematiche ingravescenti e di fattori socio-economici, che possono essere così rappresentati: (vedi grafico 1)

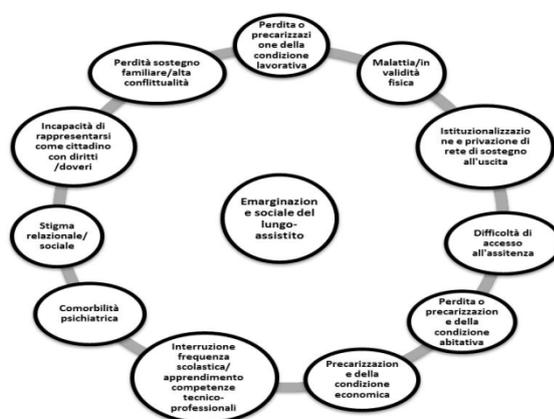


Grafico 1 Emarginazione sociale del lungo-assistito

Quindi il soggetto tossicodipendente vede l'accumularsi delle seguenti problematiche:

- La perdita o precarizzazione della condizione lavorativa
- L'insorgere di malattie e/o invalidità fisica
- L'istituzionalizzazione e la privazione di rete di sostegno all'uscita dagli istituti penitenziari
- La difficoltà di accesso all'assistenza
- La perdita o precarizzazione della condizione abitativa
- La precarizzazione della condizione economica
- L'abbandono scolastico
- La comorbilità psichiatrica
- Lo stigma relazionale e sociale

²⁵ Cfr. *Social exclusion and reintegration*, op.cit, p.65

- L'incapacità di rappresentarsi come cittadino con diritti e doveri
- La perdita del sostegno familiare

Tutto questo rende il soggetto vittima di un'esclusione e di un'emarginazione grave, soprattutto a livello sociale, lavorativo, abitativo ed economico, per la quale è molto difficile trovare delle soluzioni e promuovere prassi di intervento efficaci.

1.4.1 La perdita o precarizzazione della condizione lavorativa

La maggior parte dei consumatori di sostanze stupefacenti ha problemi nel proprio status lavorativo, è spesso disoccupata, fatica a trovare un lavoro e raramente riesce a conservarlo a lungo, a causa dell'instabilità della propria condizione fisica e sociale.

A questo si aggiunge spesso la difficoltà di un inserimento lavorativo durante il percorso di cura e/o anche al suo termine. Infatti si è vincolati dagli orari di comunità terapeutica, nella quale è prevista la partecipazione a gruppi, anche dopo la fine del percorso di cura, o del servizio ambulatoriale, che prevede orari di apertura e chiusura, dei colloqui di sostegno e accompagnamento, e l'eventuale somministrazione di terapie o di farmaci sostitutivi in giorni e orari prestabiliti.

1.4.2 Le malattie e/o l'invalidità fisica

Le sostanze stupefacenti causano pesanti danni alla salute, provocando soprattutto malattie infettive, come: l'HIV, la HBV E HCV (epatite B e C) e la TBC (tubercolosi).

Queste malattie determinano invalidità croniche e degenerative nei pazienti, che non essendo in grado di guarire, devono imparare a convivere con queste patologie, che ostacolano il normale svolgimento delle attività quotidiane e/o lavorative, richiedono una presa in carico da parte di altri servizi, come il SIL²⁶ o altri organismi per l'impiego dei soggetti svantaggiati, o in alcuni casi, l'erogazione di contributi per invalidità civile.

1.4.3 L'istituzionalizzazione e la privazione di rete di sostegno all'uscita

La relazione tra essere detenuto e far uso di sostanze è molto stretta e non si tratta semplicemente di un nesso di causa-effetto, dove la dipendenza/spaccio di stupefacenti è motivo

²⁶ Il Servizio nasce per promuovere e sostenere l'integrazione lavorativa di persone svantaggiate e/o con disabilità, realizzando interventi di orientamento, di formazione e di mediazione al lavoro, per favorire il positivo incontro tra la persona e il contesto lavorativo., www.ulss12.ve.it

di ingresso nell'istituto penitenziario, ma il carcere può rappresentare il primo luogo di avvio di un percorso di dipendenza.

In entrambi i casi la persona istituzionalizzata a qualsiasi titolo, alla dimissione dal carcere molte volte è priva di familiari e/o conoscenti, in condizione di ospitarla e/o provvedere alle sue esigenze essenziali di vita. In questo caso molte volte la persona ha infatti perso la casa, il lavoro e ogni forma di relazione.

Inoltre diventa difficile anche reinserirsi nella società, sia perché il soggetto è spesso vittima di uno stigma sociale, del pregiudizio della comunità in cui vive, sia perché, se non preso in carico dai servizi, finisce per strada, diventa senza fissa dimora, quindi una persona ad alto rischio di povertà ed emarginazione sociale.

1.4.4 La difficoltà di accesso all'assistenza

I tossicodipendenti fanno spesso fatica ad accedere ai servizi per due ragioni fondamentali una endogena e l'altra esogena.

Per quanto riguarda la prima nella maggior parte dei casi essi sono molto riluttanti nel rivolgersi ai servizi, sia perché spesso non ritengono la loro situazione problematica e meritevole di aiuto, sia perché molte volte, pur riconoscendo il problema, per vergogna, paura del giudizio, sensi di colpa, decidono e scelgono di non chiedere aiuto.

Dall'altro lato c'è anche una forte componente esogena che vede gli stessi servizi non solo specialistici(come i Ser.D in Italia e gli altri centri specialistici in Europa) ma anche i servizi di base(come gli enti locali o le aziende sanitarie) respingenti verso tali pazienti, per paura/stigma o perché costretti dall'incapacità del servizio al quale appartengono, di offrire le cure richieste e di prendersi carico di utenti multiproblematici e solitamente restii al cambiamento, connotati da fragilità e instabilità.

1.4.5 La perdita e/o la precarizzazione della condizione abitativa

Chi abusa di sostanze molto spesso è soggetto a precarietà abitativa per molteplici ragioni: ha perso l'alloggio a seguito dell'espulsione dal nucleo familiare d'origine e/o attuale; terze persone non sono disponibili a dare ospitalità; ha subito l'esecuzione del provvedimento di sfratto; è avvenuto il decadimento dell'assegnazione di un alloggio popolare; in sua assenza una terza persona ha occupato illegalmente la sua abitazione; un alloggio in realtà non l'ha mai avuto.

La sua casa per qualche tempo è la comunità, ma una volta terminato il programma spesso si ritrova senza un tetto sulla testa e ricorre nel migliore dei casi agli asili notturni, agli appartamenti protetti e alle case dell'ospitalità, che rappresentano però spesso dei progetti di periodo limitato nel tempo(dai 6 mesi ad un 1 anno) e non sempre sono rinnovati, costringendo spesso la persona a vivere per strada come un barbone.

1.4.6 La precarizzazione della condizione economica

La condizione dei tossicodipendenti economicamente è molto precaria, dovuta soprattutto alla disoccupazione, al percepimento di salari bassi e a situazioni di indebitamento.

Quest'ultimo è un fenomeno molto frequente in questa fascia di popolazione vulnerabile e rappresenta una conseguenza diffusa dell'abuso di sostanze o del gioco d'azzardo, dalla quale i pazienti difficilmente riescono ad uscire, o perché impigliati ancora nelle maglie della dipendenza e quindi non consapevoli della propria condizione, o perché, pur essendosi stabilizzati, hanno difficoltà nello stabilire le proprie priorità, nel mettere ordine nella propria vita e soprattutto nel ritornare alla normalità.

1.4.7 L'abbandono scolastico

Chi entra nel vortice della dipendenza nella maggior parte dei casi ha un basso livello di istruzione, solitamente la licenza elementare o media. Infatti sono frequenti gli abbandoni e le interruzioni scolastiche, ed è corrente la mancanza di acquisizione di competenze tecnico-professionali, che rendono pertanto molto difficile l'accesso al mondo del lavoro e la conquista di un'occupazione ben retribuita e stabile.

1.4.8 La comorbilità psichiatrica²⁷

Molti assuntori di sostanze hanno spesso anche dei problemi psichiatrici.

Tuttavia i disturbi mentali non rappresentano solo un grave effetto ed una conseguenza dell'abuso di sostanze, ma possono rappresentare essi stessi la causa primaria dell'avvio di tale percorso.

²⁷ “Soggetti portatori di una dipendenza da sostanze e di un disturbo psichiatrico importante, rilevante, diagnosticamente accertato. Tuttavia essa è un patologia psichiatrica da curare anche in assenza di una qualsiasi forma di dipendenza, perché altrimenti qualsiasi disturbo, anche lieve di personalità o dell'umore in soggetti tossicodipendenti rischia di essere etichettato come doppia diagnosi”. Cfr. F.C. Giannotti “Strutture residenziali per persone dipendenti da sostanze d'abuso con comorbilità psichiatrica in M.Coletti e R. Caforio, *Comorbilità psichiatrica e sistema dei servizi nella tossicodipendenza*, Quaderni di Itaca , Cedis editrice, p.27

Gestire un paziente psichiatrico-tossicodipendente richiede la presa in carico integrata dei servizi delle dipendenze con quelli della salute mentale, decretando una battaglia epica e senza fine tra i due centri specialistici.

1.4.9 Lo stigma relazionale e sociale

I tossicodipendenti hanno un'immagine sociale negativa e possono incontrare ostilità da parte della comunità in cui vivono e dalle autorità pubbliche che vi esercitano il potere.

Sono spesso vittime infatti di emarginazione, violenza e abusi da parte di forze dell'ordine o bande di cittadini, sono spinti ai margini delle città, nelle periferie, e occupano spazi che gli altri evitano, come giardini, strade, parchi che con il loro ingresso, diventano luoghi etichettati ed emarginati dalla città stessa di cui fanno parte.

1.4.10 L'incapacità di rappresentarsi come cittadino con diritti e doveri

Una delle problematiche, seppur trasversale della persona tossicodipendente, è l'incapacità di rappresentarsi come cittadino.

Infatti i lungo-assistiti sono manchevoli di un'educazione civica, sono incapaci di far valere i propri diritti, di lottare per essi e, molte volte, si alimenta in loro anche la mancanza di consapevolezza che non tutto è dovuto, che non bisogna solo pretendere senza mai dare, ma quando si chiede si deve correre il rischio del rifiuto.

Manca in loro, specie quando hanno raggiunto una stabilità terapeutica, la capacità di perdonarsi e di abbandonare quei sensi di colpa che li accompagnano quotidianamente, che li fanno sentire soli e che non alimentano in loro la pretesa di essere degni di rispetto e di far parte della società dalla quale sono stigmatizzati ed emarginati, e alla quale, però, hanno tutto il diritto e il dovere di appartenere.

1.4.11 La perdita del sostegno familiare

La famiglia è un'altra delle componenti ambigue dell'emarginazione sociale dei tossicodipendenti cronici. Da un lato la perdita del legame familiare può essere conseguenza del percorso di tossicodipendenza, ma in alcuni casi può, se connotata da alta conflittualità, essere essa stessa una delle cause dell'inizio dell'assunzione di sostanze stupefacenti.

Per molti tossicodipendenti infatti una famiglia inesistente o peggio animata da alta conflittualità, può contribuire e spingere ad intraprendere un percorso di tossicodipendenza.

D'altro canto la famiglia può cessare, ad un certo punto, la sua disponibilità a provvedere alle esigenze di vita essenziali del tossicodipendente, non garantendogli la permanenza nell'alloggio familiare e il mantenimento, abbandonandolo, per stanchezza, mancata speranza o semplicemente delinquenza e ignoranza, lasciandolo al suo triste destino di solitudine ed emarginazione.

Pertanto la famiglia nel caso del tossicodipendente cronico può essere risorsa ma anche problema. In alcuni casi infatti può fornire un valido sostegno, può essere fonte di aiuto e di rigenerazione delle proprie risorse, o in altri casi, può essere fonte di maggiore scompenso, non è utile ai fini terapeutici, aggrava la condizione di chi abusa, inasprendone crisi e ricadute.

Così la Dottoressa Bianca Costa, presidente del Centro di Solidarietà di Genova, ha dichiarato in un'intervista:

*[..] All'interno della famiglia si gioca gran parte della possibilità del nuovo individuo di adattarsi al sistema sociale perché la famiglia è il primo luogo relazionale dove le persone devono poter essere protagoniste nei diversi ruoli[.] l'universo familiare non è una realtà statica, ma un mondo in costante cambiamento[...]*²⁸

Di fronte a uno scenario così descritto, dove nuovi bisogni e vulnerabilità emergono nella persona tossicodipendente, sempre più anziana, problematica e gravante sui servizi, qual è il sistema attuale di cura e riabilitazione?

Quali servizi e quali interventi i Paesi europei e l'Italia adottano per far fronte a queste problematiche? Questi sono sufficienti?

Nei capitoli seguenti ho cercato di fare un'analisi della situazione attuale di servizi e interventi, individuandone punti di forza e di debolezza, e soprattutto l'esistenza di eventuali interventi specifici nel campo della dipendenza cronica.

²⁸ Cfr. B.Costa "La famiglia come risorsa, la famiglia come problema" in *La famiglia come problema, la famiglia come risorsa*, Itaca Settembre-Dicembre 2003, anno 7 numero 21, Cedis editrice,p.39

Capitolo II

Lo scenario europeo dei servizi e degli interventi di cura e riabilitazione

La dipendenza è un processo che si innesca quando una persona, nel contatto con un particolare oggetto, si sperimenta in maniera diversa e legge tale ristrutturazione del sé come positiva e più funzionale.

Essa è la ricerca infinita di un oggetto finito senza il quale l'esistenza diventa priva di significato, è indebolimento di altri interessi e di tutti i legami con la realtà e gli altri.

Se la dipendenza è ricerca e bisogno di piacere e benessere, desiderio di un oggetto e perdita permanente di un rapporto equilibrato con esso, è annullamento del sé autentico e in relazione con l'altro, come si può porre fine ad un meccanismo distruttivo, cronico e illusoriamente appagante?

Quali potrebbero essere le modalità d'intervento e le politiche per un tossicodipendente cronico, anziano ed emarginato?

Quale potrebbe essere il ruolo dei servizi esistenti, di enti ausiliari e di operatori? Che ruolo attribuire invece ai soggetti vittime e schiavi delle catene della dipendenza?

Prima di rispondere a questi interrogativi, ho deciso in questo capitolo di fare un'analisi dello scenario attuale, analizzando i piani europei in materia di cura e riabilitazione del tossicodipendente, i servizi esistenti, ed infine i principali approcci adoperati in questo senso.

2.1 Un piano comunitario, diverse strategie nazionali sulla droga

A partire dalla metà degli anni 80' del secolo scorso, gli Stati dell'UE, hanno iniziato a collaborare in materia di lotta alla tossicodipendenza e del traffico di droga.

A partire dal 1995 sono nati dei piani e delle strategie comunitarie.

E' però solo con la strategia del 2000-2004 che vengono istituite, in maniera specifica, le cinque aree d'intervento della strategia: l'informazione, che raccoglie dati per valutare la natura e le dimensioni del consumo di droga; la riduzione dell'offerta, ovvero la lotta al traffico illegale; le misure internazionali, che consistono nella necessità di integrare il piano d'azione con iniziative al di fuori dell'Unione; il coordinamento, svolto a livello nazionale e dell'UE; ed infine la riduzione della domanda, che si preoccupa della:

[...] Riduzione quantificabile dell'uso di droghe, della tossicodipendenza e dei rischi per la salute e la società collegati alla droga, mediante lo sviluppo e il miglioramento[...], di un

*sistema globale[.] che comprenda misure per la prevenzione, l'intervento precoce, il trattamento, la riduzione dei danni, il recupero e il reinserimento sociale [...]*²⁹

Gli obiettivi della riduzione del danno e della reintegrazione sociale, presenti già nel piano 2000-2004, sono stati poi rafforzati ed esplicitati ulteriormente nel piano 2005-2008, anche in riferimento alla marginalizzazione dei tossicodipendenti.

Il piano infatti si proponeva di:

*[.] conferire maggiore rilevanza agli aspetti della riduzione del danno, dell'informazione, della prevenzione, cura e attenzione alla tutela della vita e della salute degli individui con problemi derivanti dal consumo di sostanze illecite e di individuare misure capaci di evitare la marginalizzazione dei soggetti colpiti piuttosto che attuare strategie repressive al limite della violazione dei diritti umani fondamentali e che hanno frequentemente determinato la violazione di tali diritti[...]*³⁰

In seguito, ulteriori aggiunte e chiarimenti sono stati apportati con la strategia della droga 2009-2012, in cui alla voce riduzione della domanda si legge:

*[...] Occorre garantire una maggiore efficacia degli interventi[...] bisognerà prestare particolare attenzione ai gruppi vulnerabili e prevenire il policonsumo; [...] ottimizzare la qualità e l'efficacia degli interventi tenendo conto dei bisogni specifici dei consumatori in funzione del genere, dell'estrazione sociale, dell'età[...]*³¹

E' evidente come ci si interroghi che gli interventi debbano essere forgiati sulle caratteristiche del tossicodipendente europeo, in gran lunga un poliassuntore e con specificità di genere, estrazione sociale ed età da prendere in considerazione.

Infine l'attuale piano 2013-2020, sulla scorta di quelli precedenti, sviluppa ulteriormente le tematiche, e invita gli Stati membri a:

[...] Sviluppare ed espandere modelli integrati di assistenza che riguardino le esigenze collegate a problemi di salute mentale e/o fisica, alla riabilitazione e al sostegno sociale

²⁹ Cfr. *Strategia dell'Unione europea in materia di droga (2000/2004)*, www.politicheantidroga.gov.it

³⁰ Cfr. Raccomandazione del Parlamento europeo destinata al Consiglio e al Consiglio europeo sulla strategia europea in materia di lotta contro la droga, *Strategia dell'Unione europea in materia di droga (2005-2008)*, www.europarl.europa.eu

³¹ Cfr. *Piano d'azione dell'UE in materia di lotta contro la droga (2009-2012)*, www.politicheantidroga.gov.it

*al fine di migliorare la situazione sanitaria e sociale, il reintegro sociale ed il recupero dei tossicodipendenti più problematici, compresi quelli in situazione di comorbilità[...]*³²

Da un lato comincia ad affacciarsi il problema della doppia diagnosi, ovvero dei soggetti tossicodipendenti e psichiatrici, dall'altro la necessità di espandere i sistemi integrati di cura e riabilitazione per permettere il loro recupero e il miglioramento delle loro condizioni di salute.

La Comunità Europea è impegnata anche nella promozione dell'occupazione, della protezione sociale, del miglioramento del tenore e della qualità di vita dei soggetti che vivono in condizione di estrema povertà e emarginazione sociale.

Per tutelare questi gruppi vulnerabili, il Parlamento europeo e il Consiglio, con la decisione n.50/20022, ha istituito un programma di azione comunitaria pluriennale(dal 1° gennaio 2002 al 31 dicembre 2006), inteso ad incoraggiare la cooperazione tra gli Stati membri, attraverso lo scambio di conoscenze, informazioni e la valutazione delle esperienze e delle prassi già in uso per migliorarle.

Il metodo proposto dalla comunità europea è il coordinamento aperto, che combina i piani d'azione nazionali con quello europeo, per favorirne la cooperazione.

Tale programma ha invitato gli Stati membri a predisporre strategie integrate e coordinate(PAN/ inclusione 2003-2005), attraverso l'attuazione di piani d'azione nazionali basati su uno sviluppo equilibrato di diritti, obblighi e responsabilità.

In particolare gli Stati devono: promuovere la partecipazione all'occupazione e l'accesso di tutti alle risorse, ai diritti, ai beni e ai servizi; prevenire i rischi di esclusione; intervenire a favore delle persone più vulnerabili; mobilitare l'insieme degli attori.³³

Un altro programma dell'UE in materia di crescita e inclusione è "Europa 2020".

Si tratta di una strategia, iniziata nel 2010, che si propone entro il 2020 di raggiungere 5 obiettivi, tra cui: l'occupazione; l'innovazione; i cambiamenti climatici e l'energia sostenibile; l'educazione; e la riduzione del rischio di povertà ed esclusione sociale.

In particolare si legge che:

[...]1.Employment:75% of the 20-64 year-olds to be employed;[...] 4. Education: Reducing the rates of early school leaving below 10% at least 40% of 30-34-year-olds complet-

³² Cfr. Piano d'azione dell'UE in materia di lotta contro la droga(2013-2020), www.politicheantidroga.gov.it

³³ Cfr.Virginio Aringoli, Giuseppe Bea, Vanessa Giannuzzi, *Indagine sulle Buone Prassi nell'ambito dello svantaggio socio-occupazionale, Ricerca sui Piani d'azione nazionali (PAN) contro la povertà e l'esclusione sociale di Italia, Spagna e Regno Unito (2003-2005):Un' illustrazione comparata* , p.82

*ing third level education; 5. Fighting poverty and social exclusion at least 20 million fewer people in or at risk of poverty and social exclusion[...]*³⁴

Per conseguire gli obiettivi di incremento dell'occupazione e dell'educazione, nonché della riduzione del rischio di povertà ed esclusione sociale, la strategia quali strumenti ha messo a punto?

- **La piattaforma europea contro la povertà e l'emarginazione:** si tratta di un'iniziativa, inaugurata nel 2010, che si propone di agire su alcune aree, tra cui: attuare misure nel mercato del lavoro, dell'istruzione, nell'assistenza sanitaria, negli alloggi; destinare il 20% delle risorse del Fondo sociale europeo nella lotta contro la povertà e l'emarginazione; coinvolgere la società civile, in particolare i soggetti in situazioni di difficoltà e povertà.³⁵
- **L'agenda for new skills and jobs:** si tratta di un programma che si propone di: immettere nel mercato del lavoro almeno il 75% della popolazione europea di età compresa tra i 20 e i 64 anni; di promuovere l'educazione e l'istruzione, in particolare per chi ha abbandonato la scuola in età precoce e tra chi è a rischio di povertà e di emarginazione sociale. Ciò attraverso: le riforme basate sulla flexibility and security nel mercato del lavoro; l'accrescimento delle capacità e abilità delle persone per far ingresso nel mercato del lavoro e per fronteggiarne le sfide; il miglioramento della qualità del lavoro e la creazione di nuovi posti di lavoro.³⁶

La strategia è impegnata quindi nella lotta all'emarginazione e alla povertà, nonché nello sviluppo di un approccio volto all'inclusione delle categorie più deboli, attraverso la promozione dell'istruzione e dell'occupazione.

Tuttavia non detta specifiche iniziative e programmi volti alla persona tossicodipendente.

Anche la strategia opera con un metodo di coordinamento aperto, pertanto lascia la sovranità agli Stati membri, pur nella coerenza degli obiettivi europei da raggiungere.

Ma i Paesi europei assegnano ai tossicodipendenti un posto prioritario o li includono in programmi rivolti a un target più ampio di soggetti vulnerabili, non riconoscendo la specificità dei loro bisogni?

³⁴ "1. L'Occupazione: il 74% della popolazione tra i 20 e i 64 anni dovrà essere impiegata;[...]4. L'Educazione: riducendo il tasso di abbandono scolastico precoce del 10% e in ultimo del 40% della popolazione tra i 30-34 anni nel completamento del terzo livello d'istruzione; 5. Combattere la povertà e l'esclusione sociale di 20 milioni di persone che sono in questa condizione o a rischio di povertà o esclusione sociale[...]" ,Cfr. European commission: Europe 2020, ec.europa.eu

³⁵ Cfr. Commissione europea: Occupazione, affari sociali e inclusione, ec.europa.eu

³⁶ Cfr. Commissione europea: Agenda for new skills and jobs, ec.europa.eu

La tabella seguente(*vedi tabella 2*) chiarisce la situazione³⁷:

STATI	PIANI NAZIONALI
LITUANIA	-
OLANDA	-
UNGHERIA	- BISOGNO ABITATIVO - PRIORITARIA L'OCCUPAZIONE
GRECIA	- BISOGNO EDUCATIVO E ABITATIVO - PRIORITA' NELL'OCCUPAZIONE
CIPRO	-
SLOVENIA	-
ROMANIA	-BISOGNO EDUCATIVO - PRIORITARIA L'OCCUPAZIONE
SPAGNA	-
GERMANIA	-BISOGNO EDUCATIVO, OCCUPAZIONE E ALLOGGIO
PORTOGALLO	-PRIORITA' OCCUPAZIONE E ALLOGGIO
CROAZIA	-PRIORITA' EDUCAZIONE - BISOGNO ALLOGGIO
FRANCIA	-BISOGNO DI ALLOGGIO E EDUCAZIONE
FINLANDIA	-
NORVEGIA	-BISOGNO OCCUPAZIONE -PRIORITA' ALLOGGIO
PAESI BASSI	-BISOGNO OCCUPAZIONE E EDUCAZIONE -PRIORITA' ALLOGGIO
IRLANDA	-BISOGNO EDUCATIVO, OCCUPAZIONALE E DI ALLOGGIO
REPUBBLICA CECA	-BISOGNO OCCUPAZIONE
SLOVACCHIA	-
DANIMARCA	-
ESTONIA	-
LETTONIA	-
BULGARIA	-
ITALIA	-
REGNO UNITO	-BISOGNO ALLOGGIO -PRIORITA' OCCUPAZIONE
AUSTRIA	-
BELGIO	-
POLONIA	-

Tabella 2 Piani nazionali

Dalla tabella risulta evidente che la maggior parte dei piani nazionali non rivolgono particolare attenzione ai bisogni educativi, d'alloggio e occupazionali specifici del soggetto tossicodipendente.

Infatti, sebbene prendano in considerazione i tre ambiti d'intervento(occupazione, alloggio e educazione) e di esclusione sociale, i loro piani e programmi, si rivolgono spesso a un target più ampio di soggetti vulnerabili, includendo oltre ai tossicodipendenti, anche: i disoccupati di lungo periodo, gli ex-detenuti, i migranti e i richiedenti asilo, i senza fissa dimora, le persone con disabilità fisiche e/o mentali, le famiglie, i giovani e i bambini a rischio di povertà.

³⁷ Cfr. "Annex 2: 2009 EMCDDA Survey on the availability of social reintegration measures in the European Union, Croatia, Turkey and Norway (Structured Questionnaire 28)" in *EMCDDA INSIGHTS Social reintegration and employment: evidence and interventions for drug users in treatment*, www.emcdda.europa.eu, pp.181-196

Fanno eccezione alcuni Paesi quali: il Regno Unito, l'Irlanda, la Repubblica Ceca, i Paesi Bassi, la Norvegia, la Francia, la Croazia, il Portogallo, la Germania, la Romania, la Grecia e l'Ungheria, i cui piani nazionali si rivolgono specificatamente al tossicodipendente.

Tuttavia anche in questi Paesi la situazione è variegata: non tutti gli Stati, infatti, mantengono le specificità sui tre fronti(occupazione, alloggio e educazione), né tantomeno gli attribuiscono lo stesso grado di attenzione(priorità).

In conclusione quindi, nonostante l'esistenza di piani comunitari in ambito di lotta contro la droga e il traffico illegale, e anche in ambito di occupazione, protezione sociale, alloggio e miglioramento della qualità di vita dei gruppi vulnerabili ed emarginati, il quadro delle politiche europee è molto eterogeneo e scarsamente specifico in ambito dei bisogni delle persone con dipendenza patologica.

Una delle motivazioni di questa eterogeneità è da attribuire alla metodologia utilizzata dai piani comunitari, che si basa sul metodo aperto di coordinamento.

Esso rientra nella categoria di soft law e permette agli Stati membri di mantenere la sovranità, in particolare nelle politiche riguardanti la protezione e l'inclusione sociale, nonché l'educazione e l'occupazione.

In sintesi l'Unione europea fissa degli obiettivi comuni a cui ogni Stato deve adeguarsi nell'attuazione delle proprie strategie nazionali, i quali sono poi valutati dagli Stati membri e dalle commissioni, che eventualmente richiamano i singoli con delle raccomandazioni.

Ma la gran parte di questo scenario così variegato, è da attribuire anche ad altri fattori, quali: gli approcci adoperati, la legislazione e le politiche in materia di sicurezza e di ordine pubblico, nonché i servizi esistenti e gli interventi adottati in chiave di cura e riabilitazione del soggetto tossicodipendente.

Ho affrontato singolarmente questi aspetti nel corso di questo capitolo.

2.2 Leggi nazionali e approcci: tra criminalizzazione e cura

I Paesi UE, di fronte al fenomeno di lotta alla droga da un lato e di cura del tossicodipendente dall'altro, possono adoperare due diversi approcci:³⁸

- Alcuni stati adottano un approccio integrato di prevenzione, repressione e assistenza verso la tossicodipendenza.

³⁸ Cfr. Osservatorio europeo sulle droghe e sulle tossicodipendenze, *Relazione annuale 2005: Evoluzione del fenomeno della droga in Europa*, 2005, www.emcdda.europa.eu, p.19

Esso prevede la collaborazione tra cura ambulatoriale, servizi sociali e sanitari, enti politici e organismi giudiziari.

Questi organi, infatti, progettano delle politiche che hanno come focus la tutela della sicurezza e dell'ordine pubblico.

Utilizzano questo approccio alcuni Paesi come, il Belgio, l'Irlanda, l'Olanda, il Regno Unito e il Lussemburgo;

- Ci sono poi quegli Stati che hanno invece un quadro eterogeneo di leggi e politiche, non hanno come unico obiettivo la tutela dell'ordine pubblico, sviluppano interventi ad hoc per le diverse aree di rischio in materia di tossicodipendenza(come in Germania, Francia e Grecia) oppure non hanno leggi o interventi specifici in ambito di droga(come nella maggior parte dei Paesi UE);

In base alla legislazione, i diversi Stati si sono dotati di sistemi eterogenei, formati da normative generali o specifiche, in particolare esistono Paesi che hanno³⁹:

- Leggi generali di ordine pubblico non specifiche sul problema della droga. Ad esempio Cipro, Danimarca e Ungheria.
- Leggi che si focalizzano sull'ordine pubblico relativo alla droga. Ad esempio in Regno Unito e Spagna.
- Leggi che disciplinano l'uso, il possesso, la coltivazione, il trasporto e la vendita delle sostanze stupefacenti per combattere i problemi di ordine pubblico.

Per quanto riguarda ad esempio il semplice uso delle sostanze (*vedi tabella 3 a pagina seguente*), alcuni Paesi prediligono una criminalizzazione totale dell'uso punita con multe o prigione, in altri contesti nazionali invece, l'uso di alcune sostanze o l'abuso da parte di un certo target di tossicodipendenti è decriminalizzato.

Infatti si toglie lo status di offesa criminale alle azioni a cui viene applicata, e di conseguenza, l'atto di possedere, acquistare o importare delle droghe, è sempre illecito, ma non più criminale.⁴⁰

³⁹ *Ibid.*, p.16

⁴⁰ Cfr. "Decriminalizzare in Europa?" *In Dati e studi dell'Osservatorio europeo*, Maggio-Dicembre 2004, Itaca, p.p.63-69

STATO	OFFESA	DECRIMINALIZZAZIONE ⁴¹
Francia	-Semplice consumo di qualsiasi tipo di droga(Codice della salute Pubblica art.L.3421-1- Prevede una punizione fino ad un anno di prigione e una multa fino a 3.000 euro	Solo per i tossicodipendenti che non hanno commesso reati correlati, la cura è l'alternativa, la prigione deve essere l'ultima risorsa(Ministero della GIUSTIZIA Nor Jus A 9900148 C, 17 Giugno 1999)
Finlandia	-Semplice consumo di qualsiasi tipo di droga(Codice Penale, Capitolo 50: Sezione I) -Multa o fino a due anni di prigione	
Grecia	-Semplice consumo di qualsiasi tipo di droga(Legge 1987 art.12) - Prigione da 10 giorni a 5 anni/ o multa(i non tossicodipendenti)	- Solo i tossicodipendenti sono inviati a seguire un programma terapeutico . - Dal 2001 è stata stabilita: la non punibilità per coloro che vengono incriminati per il possesso di cannabis per la prima volta; la revisione delle pene per una modica quantità per uso personale
Svezia	-Semplice consumo di qualsiasi tipo di droga(legge sui narcotici) -Multa o prigione per un massimo di 6 mesi	
Lussemburgo	-Semplice consumo di cannabis o altre droghe(Legge del 27 Aprile 2001) - Cannabis solo multa - Altre droghe tra gli 8 giorni e i sei mesi di reclusione e/ o multa	- Solo l'uso di cannabis è decriminalizzato, l'uso di altre droghe è punibile con il carcere - Solo l'uso, il possesso e il trasporto per uso personale sono decriminalizzati
Belgio	-Semplice consumo di qualsiasi tipo di droga(Legge del 24 Febbraio 1921) -Prigione da tre a 5 anni	-Solo l'uso di cannabis è decriminalizzato(decreto del Gennaio 2001)
Gran Bretagna	-Fumare o utilizzare derivati dell'oppio(Atto sull'abuso di Droghe 1971 art.9) - da 1 a 14 anni di prigione e/o multa anni per possesso e di 5 per il traffico.	
Irlanda	-Fumare l'oppio(atto sull'Abuso di droghe1977 art.16) - da uno a 14 anni di prigione con multa	- Possesso di Cannabis o resine della canna-bis(Abuso di Droghe Atto 1977, art.3, art.27) - Si è puniti con il carcere solo dalla terza condanna in poi
Spagna	-semplice consumo di qualsiasi droga in luoghi pubblici(Legge costituzionale n.1/1992 del 21 Febbraio sulla Protezione della Sicurezza Pubblica, capitolo IV) - Solo sanzioni amministrative, se non c'è vendita o traffico	- uso di qualunque tipo di droga in luoghi pubblici(legge art.25) punibili(se la persona è ritenuta colpevole) con la multa e invito a seguire un programma di recupero
Portogallo	-semplice consumo di qualsiasi tipo di droga(Legge 30/20000 del 29 Novembre 2000,art.2 - solo sanzioni amministrative	-uso, acquisto e possesso di qualsiasi tipo di droga per uso personale(sanzioni amministrative)
Italia	-semplice consumo di qualsiasi droga in luoghi pubblici(Testo unico 309/90 come modificato nel 2006) - sanzioni amministrative, se non c'è vendita o traffico	- uso, acquisto e possesso di qualsiasi tipo di droga per uso personale. Punibile(se la persona è ritenuta colpevole con la sospensione della patente da 2 a 4 mesi e invito a seguire un programma di recupero

Tabella 3 uso di sostanze e criminalizzazione

Chiaramente la criminalizzazione o la decriminalizzazione, influisce sullo stigma apposto al tossicodipendente.

Infatti l'istituzionalizzazione dei tossicodipendenti, che hanno problematiche giuridiche, compromette il loro reingresso nella società, la possibilità di recupero e di reinserimento nella comunità, e inoltre, contribuisce a plasmare, nell'immaginario collettivo, la figura di deviante e di criminale da emarginare e da evitare.

2.3 Il sistema dei servizi per le dipendenze

⁴¹ Si intende il togliere lo status di offesa criminale alle azioni a cui viene applicata. Quindi l'atto di possedere, acquistare o importare delle droghe è sempre illecito, ma non più criminale, *ibid.*, p.62

L'idea della cura della persona dipendente da sostanze, nasce a partire dall'800, e inizia a svilupparsi negli Stati Uniti, con la nascita del modello medico, che prevede la cura e la riabilitazione per la persona con problematiche di abuso di alcool.

Da quel momento in poi, infatti, ci si inizia ad interrogare su chi sia l'alcolista, considerato fino ad allora solo come minaccia sociale e un deviante senza valori morali.

Con lo sviluppo del modello medico, l'alcolista viene considerato, invece, come una persona malata da curare, ed è nei primi anni del secolo scorso, che effettivamente viene elaborato un sistema di cure mediche e psichiatriche per questi pazienti.

Negli anni '50 del '900, il problema della dipendenza non solo da alcool, ma anche da ogni altro tipo di sostanza o relazione, viene riconosciuta come malattia dall'Organizzazione mondiale della sanità(OMS).

Nel 1958 viene fondata negli Stati Uniti, la prima comunità terapeutica con il nome di "Synanon", dall'omonimo movimento fondato da Charles Dederich⁴², mentre le comunità, si diffonderanno nel Nord Europa, solo a partire dalla fine degli anni '60.

In concomitanza alla nascita delle comunità, negli anni '70 del secolo scorso, si è sviluppata un'ampia offerta di servizi di cura e riabilitazione per la tossicodipendenza.

Nei paragrafi successivi è stata fatta una disamina e un'analisi del ventaglio dei servizi attualmente esistenti, sia per il trattamento che per il reinserimento della persona con dipendenza patologica.

2.3.1 Servizi di cura

Il sistema di cura per la dipendenza patologica è oggi molto variegato.

Le prestazioni possono essere erogate da diversi servizi: i centri specialistici(alta o bassa soglia), i servizi ospedalieri e i centri di salute mentale, le carceri, e gli studi dei medici generici.⁴³

I centri specialistici possono essere diurni o residenziali.

Nel primo caso si tratta di contesti terapeutici che ospitano gli utenti solo per una parte della giornata e nei giorni feriali. Quanto alla seconda tipologia si tratta invece di strutture abitative che accolgono i pazienti e attivano interventi terapeutici- riabilitativi individuali e di gruppo.

⁴²Cfr. History, philosophy and development of the therapeutic community in Europe" in *Itaca rivista*, maggio 1998, volume III n°2, p.33

⁴³ Cfr. Osservatorio europeo delle droghe e delle tossicodipendenze, *Relazione annuale 2012: evoluzione del fenomeno della droga in Europa*, www.emcdda.europa.eu, pp.34-35

Al contempo le stesse tipologie di strutture possono essere generiche, volte alla cura di tutte le forme di dipendenza come droga, alcool e gioco d'azzardo; oppure specialistiche, ovvero riguardanti servizi ad hoc per cocainomani piuttosto che per consumatori di oppiacei o alcolisti.

I trattamenti erogati nei servizi di cura e riabilitazione sono di due tipi: gli interventi psicosociali, che prevedono un percorso di accompagnamento al recupero del paziente; e la somministrazione della terapia sostitutiva, secondo criteri e modalità di distribuzione eterogenei(*vedi capitolo III*).

Altri luoghi di cura della dipendenza sono poi i servizi ospedalieri. Si tratta di strutture, come reparti di medicina o psichiatria, all'interno di ospedali o centri specializzati, che prevedono il ricovero del paziente e la sottoscrizione di terapie in regime di astinenza.

Nella tabella (*vedi tabella 4*) si è voluto sintetizzare, per Paese, il numero totale dei servizi esistenti per la cura della tossicodipendenza e per ognuno si è individuata la tipologia presente:

PAESE	GENERICO DIURNO	GENERICO RESIDENZIALE	SPECIALISTICO DIURNO	SPECIALISTICO RESIDENZIALE	TOTALE SERVIZI
Belgio	60	28	21	16	125
Danimarca	-	-	-	32	32
Germania	944	n.d	411	n.d	1.355
Grecia	-	-	16	8	24
Spagna	-	-	546	101	647
Francia	-	-	286	46	332
Irlanda	50	27	2	9	88
Italia	-	-	821	1.109	1930
Lussemburgo	-	-	6	3	9
Olanda	107	74	34	8	223
Norvegia	57	91	-	-	148
Austria	-	-	86	37	123
Portogallo	-	-	51	141	192
Finlandia	138	115	50	43	346
Svezia	391	192	-	-	583
Gran Bretagna	n.d	n.d	n.d	149	149

Tabella 4 i servizi in Europa⁴⁴

Dalla tabella risulta che i Paesi con il maggior numero di servizi sono la Germania(1.355) e l'Italia(1930).

Per quanto riguarda invece la suddivisione in servizi specialistici o generici, la maggior parte dei Paesi è dotata di servizi specialistici sia diurni che residenziali, mentre in pochi sono dotati dei soli servizi generici.

Tuttavia, nonostante i progressi rilevati nell'ambito della cura, i servizi sono geograficamente disomogenei all'interno delle diverse realtà nazionali.⁴⁵

⁴⁴ Cfr. "Riabilitazione e reintegrazione sociale negli stati membri dell'UE e in Norvegia: classificazione e disponibilità delle cure", in *Dati e studi dell'osservatorio europeo*, Maggio-Dicembre 2004, anno 8, numero 23/24, pp.72- 78

⁴⁵ Cfr. Osservatorio, *Relazione annuale 2009, op.cit.*, p.12

2.3.2 I Servizi di reinserimento

I servizi di reinserimento sono quelle strutture che si occupano di rafforzare le competenze sociali, migliorare l'istruzione e l'occupabilità e soddisfare le esigenze abitative dei soggetti vulnerabili. L'esistenza di tali strutture in Europa è molto variegata, sia rispetto alle tipologie esistenti, sia alle modalità d'accesso.

Generalmente il reinserimento del tossicodipendente avviene attraverso tre canali:

- L'inserimento in programmi e strutture rivolti ai gruppi emarginati e vulnerabili con o senza problemi di tossicodipendenza (es. Regno Unito, Spagna, Francia e Olanda)
- I servizi generali per persone con dipendenza patologica(es. Belgio, Irlanda, Germania, Norvegia, Svezia e Finlandia)
- Il trattamento presso servizi di reintegrazione sociale rivolti esclusivamente ai tossicodipendenti(Portogallo, Grecia, Austria e Danimarca)

Le prestazioni possono essere erogate come integrazione ai programmi terapeutici e riabilitativi, oppure sono affidati a cooperative esterne⁴⁶.

I servizi e i programmi di reinserimento sono disponibili con modalità d'accesso diverse.

In alcuni Stati, infatti, i servizi prevedono dei requisiti d'accesso per usufruire e partecipare ai programmi di recupero attivati. Può essere richiesta, ad esempio, la dimostrazione di un regime di astinenza, in questo caso vengono automaticamente esclusi coloro che sono in uso attivo o in trattamento sostitutivo.

Frequente è anche la richiesta del possesso di una residenza, implicando il fatto che la persona debba avere quindi una dimora fissa, e in molti casi il tossicodipendente non ne ha una, ma anzi la precarietà abitativa rappresenta una delle problematiche più gravi della propria condizione di esclusione e marginalità.⁴⁷

Il reinserimento lavora su tre fronti: l'educazione, l'occupazione e l'abitazione.

Qual è la situazione nei Paesi europei?

⁴⁶Cfr. Annette Verster, Ulrik Solberg, *Social reintegration in the European Union and Norway*, Lisbon, 11th March 2003, www.emcdda.europa.eu, p.5

⁴⁷Cfr. Osservatorio europeo sulle droghe e le tossicodipendenze, *Relazione europea sulla droga: Tendenze e sviluppi 2013*, www.emcdda.europa.eu, p.52

Nella tabella(*vedi tabella 5*), si riporta un quadro della situazione europea, quanto all'esistenza sia dei programmi di formazione professionale che di quelli abitativi:

Paese	Programmi di formazione professionale				Programmi abitativi			
	Completati/estesi	Limitati/ rari	Non disponibili	Nessun dato disponibile	Completati/estesi	Limitati/ rari	Non disponibili	Nessun dato disponibile
Lituania	✓					✓		
Olanda	✓				✓			
Germania	✓				✓			
Irlanda	✓					✓		
Ungheria	✓					✓		
Grecia	✓				✓			
Cipro	✓							✓
Slovenia	✓					✓		
Croazia	✓					✓		
Romania	✓					✓		
Spagna		✓			✓			
Portogallo		✓				✓		
Francia		✓				✓		
Finlandia		✓			✓			
Norvegia		✓				✓		
Repubblica Ceca		✓				✓		
Slovacchia		✓			✓			
Danimarca			✓		✓			
Estonia			✓				✓	
Lettonia			✓				✓	
Bulgaria			✓				✓	
Italia				✓				✓
Gran Bretagna				✓		✓		
Austria				✓				✓
Belgio				✓				✓
Polonia			✓			✓		

Tabella 5 Programmi educativo-professionali e abitativi

Dalla tabella è evidente come non tutti i Paesi sono dotati di tutti i servizi, e quelli che li hanno sono spesso limitati sia nell'accesso che nella distribuzione geografica sul territorio.

Infine nei paragrafi successivi si è approfondita l'analisi dei diversi fronti su cui lavora il reinserimento, analizzando l'offerta e la tipologia dei servizi attualmente esistenti.

2.4 L'educazione

Con educazione si intende :

*[..]l'insieme di programmi volti ad innalzare le capacità accademiche, tecniche e pratiche per migliorare l'opportunità d'ingresso nel mercato del lavoro[..]*⁴⁸

⁴⁸ Cfr. "Social reintegration and employment: evidence and interventions for drug users in treatment", in *EMCDDA INSIGHTS*, www.emcdda.europa.eu, p.9

I programmi possono prevedere, oltre al recupero delle capacità personali (auto-stima, auto-determinazione, lavoro di squadra), anche percorsi di accrescimento nel campo delle:

- capacità accademiche, attraverso la frequentazione di corsi scolastici per il conseguimento di titoli di studio secondario, ma anche di preparazione per l'accesso all'università o college.
- competenze inerenti i diversi settori lavorativi, attraverso dei corsi di formazione professionale, nel campo ad esempio dell'edilizia, dell'idraulica, della meccanica, dell'informatica, della ristorazione e del giardinaggio.

In tutti gli Stati europei, le problematiche specifiche della tossicodipendenza, nella progettazione e attuazione di programmi e interventi d'inclusione, nell'ambito educativo, non sono esplicitati né menzionati. Fanno eccezione: la Croazia, i Paesi Bassi, la Danimarca, l'Irlanda, la Slovenia e l'Ungheria.⁴⁹

Quanto all'offerta dei servizi per l'educazione, rivolti ai tossicodipendenti, questi possono essere offerti dagli stessi servizi di trattamento o cura della tossicodipendenza, sia privati che pubblici, come in Olanda, Germania e Belgio; oppure da centri specializzati nella formazione, nell'orientamento e nell'impiego, rivolti anche al resto della popolazione in difficoltà, come in Spagna e in Francia.

In questo quadro eterogeneo, di servizi e politiche, alcune esperienze europee si sono contraddistinte in ambito educativo:

-La Danimarca

La città di Copenaghen ha istituito, nel 1928, la "*Kofoeds Skole*".⁵⁰

Si tratta di un istituto nato per i disoccupati di lungo periodo, che hanno diversi problemi fisici e sociali, quali: l'alcolismo, la tossicodipendenza, sono senza fissa dimora o hanno problemi di salute mentale.

La scuola ha istituito per loro un programma di reinserimento sociale e lavorativo.

Gli studenti prendono parte a workshops, dove acquisiscono competenze in diversi ambiti lavorativi, quali: l'edilizia, l'idraulica, il disegno grafico, la meccanica, la lavanderia, la carpenteria e la falegnameria.

⁴⁹ *ibid.*, pp.187-188

⁵⁰ Cfr. *Employability and Homelessness News from across Europe*, Febbraio 2010, www.feantsa.org

Inoltre gli studenti possono partecipare ai corsi di lingue, aritmetica, musica, pittura, teatro, sport, cucina, psicologia, etica e filosofia.

Il percorso che ogni partecipante compie ha tre fasi: l'attivazione, la pre-riabilitazione e la riabilitazione, e possono essere di breve o di lungo periodo, a seconda delle diverse esigenze.

Nella prima fase del percorso della scuola(attivazione) il consulente del lavoro, guarda alle possibilità di ogni persona di poter trovare un lavoro senza ricorrere a questo servizio.

In seguito elabora una proposta di lavoro, autonomo o assistito, in base alle capacità e alle aspirazioni della persona.

Lo staff della scuola prevede circa 170 professionisti tra: insegnanti, artigiani, assistenti sociali, psicologi, consulenti del lavoro e avvocati.

Le attività sono personalizzate in base ai bisogni e alle capacità, perché il principio, alla base dei programmi e dei metodi utilizzati dalla scuola, è quello dell' "Help to self-help".

Quanto ai finanziamenti, la gran parte sono forniti dal Ministero delle Politiche Sociali, in accordo con le comunità locali. Inoltre una piccola parte è donata dagli ospedali e dalle istituzioni locali.

Questo modello di formazione, si è diffuso nel centro e nell'est dell'Europa, in particolare in: Polonia, Estonia, Lituania, Repubblica Ceca, Ucraina, Armenia, Romania, Slovenia e Bulgaria.

Ogni due anni si tengono dei seminari internazionali, ai quali aderiscono le altre scuole sotto la dirigenza della Danimarca, nonché le organizzazioni civili.

Inoltre gli assistenti sociali, molto spesso, vengono invitati a visitare la scuola danese per periodi lunghi o brevi.

-l'Irlanda

L'Irlanda si è dotata di un regime Speciale CE che promuove interventi nel mercato del lavoro, nell'educazione e nell'istruzione a favore degli adulti tossicodipendenti.

Oltre a questo organismo nazionale, esistono alcuni enti, tra cui il SOILSE, che è guidato dalle aziende sanitarie e prevede corsi di orientamento, alfabetizzazione e servizi di sostegno educativo in preparazione per l'inserimento nel college.

Altro servizio è poi il Finglas, che è un ente per il sostegno nei confronti della dipendenza (FAST), collabora in associazione con l'Università della Città di Dublino (DCU), la quale fornisce corsi universitari per i tossicodipendenti in fase di recupero.⁵¹

Circa 10 anni fa nella città di Waterford è nato un progetto denominato “Making Connections learning experiences for adults with substance related Mental health”.⁶⁵ Oggi si trova anche nelle città di South Tipperary e Carlow.

All'inizio è nato come risposta ai bisogni educativi dei senza fissa dimora, oggi invece si rivolge anche ai consumatori di sostanze e alcool, e anche alle persone con disturbi mentali.

Offre un programma per coloro che non hanno accesso all'educazione tradizionale, e al termine ricevono una certificazione che attesta i loro risultati.

I partner del progetto sono molteplici: consulenti di droga, comunità, servizi di libertà vigilata, casa della donna, i servizi per i senza fissa dimora e i servizi di salute mentale.

I risultati del progetto sono stati positivi per l'accrescimento dell'istruzione e delle capacità dei partecipanti, i quali in alcuni casi sono riusciti ad entrare regolarmente nel mercato del lavoro.

-La Slovenia

In Slovenia, dal Giugno 2013 all'Agosto 2014, l'organizzazione Društvo ŠKUC ha elaborato e attivato un progetto, in ambito educativo, denominato “AKTIV – diverse, yet equal”⁵².

Esso ha coinvolto circa 78 partecipanti, appartenenti alle categorie più emarginate.

In cosa consisteva il progetto?

Esso si è preoccupato di fornire ai partecipanti pacchetti di formazione su musei e gallerie, di impiegarli in compiti amministrativi o come animatori o educatori d'arte.

Gli sforzi sono stati fatti anche per la ricerca e il trasferimento di buone pratiche dall'estero, in relazione alla fornitura di opzioni di formazione per i non vedenti e ipovedenti, attraverso la formazione in sartoria.

-L'Ungheria

L'organizzazione ungherese, denominata “Budapest Methodological Centre of Social Policy and Its Institutions”, ha promosso l'iniziativa “Opening to the Street⁵³”, che si è svolta

⁵¹ Cfr. *Lifelong Learning programm, Un approccio partecipativo per lo sviluppo di curricula formativi per adulti in fase di recupero dalle dipendenze nell'Unione Europea: Rassegna delle Politiche e delle Prassi*, www.recoveu.org, p.18

⁵²Cfr. Commissione europea: Fondo sociale europeo, *Progetti*, ec.europa.eu

dal Marzo 2013 all'Ottobre 2014. Ha coinvolto circa 120 partecipanti, tutti senza tetto, con una storia di tossicodipendenza o con disturbi mentali.

In cosa consisteva il progetto?

Prima di tutto offriva un alloggio temporaneo(dormitorio) o uno privato a basso costo, e poi affrontava il problema dell'occupazione, attraverso la formazione dei partecipanti e il rafforzamento delle proprie competenze per accedere più agevolmente al mercato del lavoro.

2.5 L'occupazione

I programmi per l'occupazione sono quelli che si propongono di abbattere le barriere e di supportare il paziente nella ricerca e nell'ottenimento di un ingresso nel mercato del lavoro.

L'attenzione rivolta agli interventi d'inclusione in ambito lavorativo, non sempre nei diversi Paesi tiene conto dei bisogni specifici del tossicodipendente, in particolare(*vedi tabella 6*):⁵⁴

STATI	SPECIFICITA' DEGLI INTERVENTI IN AMBITO LAVORATIVO
LITUANIA	✓
OLANDA	
UNGHERIA	
GRECIA	
CIPRO	
SLOVENIA	
ROMANIA	
SPAGNA	
GERMANIA	
PORTOGALLO	✓
CROAZIA	✓
FRANCIA	
FINLANDIA	
NORVEGIA	
PAESI BASSI	✓
IRLANDA	
REPUBBLICA CECA	
SLOVACCHIA	
DANIMARCA	✓
ESTONIA	
LETONIA	
BULGARIA	
ITALIA	
REGNO UNITO	✓
AUSTRIA	✓
BELGIO	
POLONIA	

Tabella 6 Specificità degli interventi d'inserimento lavorativo

⁵³ *Ibid.*

⁵⁴ Cfr. *EMCDDA INSIGHTS, Social reintegration and employment, op.cit., pp.191-192*

Dalla tabella si rivela che quasi tutti i Paesi UE(inclusa la Croazia e la Norvegia) non hanno interventi attivi o già conclusi in favore dei soli tossicodipendenti. Fanno eccezione Stati, come l’Austria, il Regno Unito, la Danimarca, i Paesi Bassi, la Croazia, il Portogallo e la Lituania.

Quanto alle modalità, tra i diversi Paesi, quelle più frequenti sono le seguenti:

- **I sistemi di supporto rivolti a tutti i soggetti svantaggiati:** si tratta della forma maggiormente diffusa in Europa.

Consiste nell’offrire orientamento e prevede l’accompagnamento nella stipula di un contratto di lavoro retribuito e a tempo determinato alle categorie vulnerabili, non tenendo conto dei bisogni specifici di ciascun target di utenza, nemmeno nell’ambito specifico della persona con dipendenza.⁵⁵

A svolgere questo tipo di programma sono per lo più i servizi per l’impiego e le cooperative sociali e, generalmente, prevedono dei requisiti molto severi per parteciparvi, e nell’ambito specifico della tossicodipendenza, richiedono per esempio l’astinenza.

- **I sistemi di supporto esclusivi per i tossicodipendenti:** questa modalità è presente solo in alcune realtà nazionali, e prevede sempre l’accompagnamento nella ricerca di lavoro, delle facilitazioni(tirocini, borse lavoro) e tiene conto dei bisogni e delle difficoltà specifiche della persona tossicodipendente.⁵⁶

Le modalità in cui può esercitarsi il supporto specifico sono diverse: può prevedere un supporto finanziario alle società che assumono il tossicodipendente per un posto di lavoro ambito, come avviene in Grecia; o l’istituzione di servizi per l’occupazione, come lo scambio dei posti di lavoro a Vienna; oppure l’aiuto dei pazienti ad aprire la propria attività, come in Grecia e in Spagna, che hanno attivato il programma “ Promozione del lavoro autonomo”.⁵⁷

Nei programmi rivolti esclusivamente al recupero e al reinserimento lavorativo del tossicodipendenti, si ritrova una piccola categoria di esperienze rivolte ai soli pazienti di lungo-trattamento o cronici. A queste singole esperienze, ho dedicato gli ultimi due capitoli del mio lavoro di ricerca, riservandogli un più ampio spazio nella trattazione(*vedi capp. V e VI*).

⁵⁵ *Ibid.*, p.100

⁵⁶ *Ibid.*, 112

⁵⁷ Cfr. “Social exclusion and reintegration” in *EMCDA 2003 Annual report on the state of the drugs problem in the european Union and Norway*, www.dronet.org, p.68

Di seguito ho riportato alcune realtà nazionali che si sono contraddistinte nell'attenzione rivolta all'inserimento lavorativo sia dei soggetti svantaggiati, che in particolare dei tossicodipendenti.

2.5.1 Sistemi di supporto rivolti a tutti i soggetti svantaggiati

-Il Regno Unito

Il piano nazionale 2003-2005, sottolinea l'impegno che lo Stato inglese si assume nel fornire " *lavoro a quanti sono in grado di lavorare e sussidio a quanti non lo sono* " ⁵⁸.

Per questo il governo inglese ha istituito la "Ban the Box". ⁵⁹

Si tratta di un'organizzazione che si promette di abbattere le barriere del mercato del lavoro nel caso di quei soggetti, come tossicodipendenti e ex-detenuiti, che fanno fatica anche solo a presentare domanda per un colloquio, perché non vengono neppure ricevuti, a causa dello stigma presente nei loro confronti che li definisce come persone criminali, pericolose e instabili.

Questa iniziativa si preoccupa di convincere i datori di lavoro, almeno ad ascoltare la storia di queste persone, comprendendo anche la loro situazione effettiva e anche le motivazioni di eventuali reati, cercando di sensibilizzare e di dare almeno una possibilità di ascolto.

Un'altra importante iniziativa in ambito lavorativo, nel territorio del Regno Unito, è la "Revive – st mungo's broadway". ⁶⁰

Si tratta di un'impresa sociale di tinteggiatura e decorazione, che offre opportunità di formazione e posti d'inserimento lavorativo o volontario alle persone in difficoltà, specie a coloro che non hanno un alloggio, che si stanno muovendo verso il mercato del lavoro protetto.

E' stata fondata nel 2009, e inizialmente svolgeva servizi solo per i lavori all'interno della propria catena, mentre negli ultimi due anni ha ricevuto anche contratti esterni.

Prima di iniziare a lavorare i partecipanti al progetto, frequentano un corso di costruzione accreditata, eseguito in uno dei due ostelli gestiti da San Mungo's Broadway a Londra, per un periodo di tempo massimo di 6 mesi.

⁵⁸ Cfr. Unione europea fondo sociale europeo, Ministero del lavoro e della previdenza sociale, iniziative comunitarie, *Indagine sulle buone prassi nell'ambito dello svantaggio socio-occupazionale*, p.125

⁵⁹ Cfr., Lifelong Learning programm, *Un approccio partecipativo*, op.cit. , p.19

⁶⁰ Cfr. *SeeLights, Elementi e pratiche per l'inserimento lavorativo dei gruppi svantaggiati*, www.see-light.org, p.15

Al termine del periodo di apprendimento, ottengono sia una qualifica in costruzione che un certificato sanitario e di sicurezza (CSCS), che permette loro di lavorare nei cantieri edili nel Regno Unito.

Oltre allo sviluppo delle competenze professionali, accrescono e migliorano anche le loro capacità residue, come: il lavoro di squadra, il controllo emozionale, la comunicazione, il servizio e altri aspetti personali, che possono contribuire da un lato a stabilizzare le loro condizioni, dall'altro a facilitare il proprio ingresso nel mercato del lavoro.

I corsisti lavorano a fianco di un imbianchino e decoratore professionista, che supervisiona un team composto da un massimo di 5 volontari.

Infine, un ruolo attivo nel Regno Unito, a favore dell'inclusione delle categorie svantaggiate, è svolto dal terzo settore, in particolare dalle associazioni di beneficenza.

In questo senso quattro organizzazioni che lavorano con i senza fissa dimora, la tossicodipendenza, la salute mentale e gli ex-detenuti, hanno creato una coalizione denominata "Making every adult matter"⁶¹ (MeAM). Essa è nata nel Gennaio 2011, e lavora per migliorare le politiche e i servizi per queste categorie di soggetti svantaggiati, non solo ottimizzandone i risultati ma anche riducendone i costi.

La coalizione ha ideato circa sei progetti, raggiungendo degli ottimi risultati. In particolare si è registrato:

- un miglioramento nella salute fisica e mentale di queste persone;
- la riduzione delle loro condizioni di povertà, emarginazione e esclusione sociale;
- un maggior accesso all'educazione, al lavoro e ad altre attività indispensabili nella vita quotidiana;
- una maggiore responsabilizzazione dei partecipanti verso se stessi e la comunità di appartenenza

In ambito sempre d'inserimento lavorativo per i soggetti svantaggiati, il Regno Unito ha adottato il libro bianco "Raising expectations and increasing support: Reforming welfare for the future"⁶². Questo documento definisce le modalità d'intervento da adottare riguardo le persone in difficoltà nell'ambito lavorativo, soprattutto famiglie monoparentali, disabili, tossicodipendenti e disoccupati di lungo periodo. Queste categorie sono suddivise in due gruppi: *work ready*, cioè coloro che sono nelle condizioni di ricercare subito un lavoro;

⁶¹Cfr. *Best practise, op.cit.*, www.emcdda.europa.eu

⁶² Cfr. De Ambrogio, Pasquinelli, *Progettare nella frammentazione, Prospettive Sociali e Sanitarie n.10-11/2006*, 2010, p.14

progression to work, cioè coloro che invece hanno bisogno di tempo, di un sostegno e di incoraggiamenti per la ricerca del lavoro.

In questo secondo gruppo sono stati inseriti i tossicodipendenti e i disabili, che sono seguiti da un advisor.

Si tratta di un consulente sociale, che ha il compito di accompagnare la persona in questo percorso. Inoltre, il mancato rispetto del programma pattuito e condiviso, autorizza l'advisor a sanzionare tale comportamento.

Tuttavia, oltre alla figura più generica dell'Advisor, nell'ambito delle dipendenze, a breve verrà istituito un Jobcentre Plus, che sarà finanziato dal Ministero della salute.

-La Lituania

La "Charity Fund Vilnius Archdiocese Caritas Social Projects", è un'associazione lituana socialmente responsabile, molto attiva in campo di politiche di inserimento lavorativo per i soggetti svantaggiati.

Nel 2009 è stata promotrice di un progetto intitolato "Caritas Works".⁶³

Si tratta di un laboratorio di candele che si trova a Vilnius, rivolto alle persone socialmente vulnerabili e a rischio di esclusione, come ad esempio: le persone senza alloggio permanente, i disoccupati di lungo periodo e coloro che hanno una storia di dipendenza.

Ogni anno la Caritas Lituana organizza aste di candele di Natale e in queste occasioni, i progetti delle Caritas di tutto il mondo possono vendere le candele.

Le donazioni ricavate dalla vendita, vengono poi utilizzate per finanziare le attività sociali dell'organizzazione e per sostenere le persone in stato di bisogno.

Il laboratorio si propone come luogo di lavoro di transizione, con l'obiettivo di aiutare le persone ad acquisire capacità e competenze per il mercato del lavoro, nonché ad aumentare il loro senso di responsabilità.

Attualmente sono circa 20 le persone che lavorano al progetto, che, fino ad ora, è risultato di successo, in quanto ha dato un ottimo aiuto ai propri lavoratori sotto tre aspetti: nella ricerca e nell'ottenimento di un posto di lavoro permanente; nel pagamento dei debiti; nell'ottenimento e nel mantenimento di un alloggio permanente.

-La Danimarca

⁶³ Cfr. *SeeLights, Elementi e pratiche, op.cit.*, p.12

Per quanto riguarda gli inserimenti lavorativi delle persone svantaggiate, la Danimarca, in particolare la città di Copenaghen, ha visto la nascita della prima fabbrica di miele della Scandinavia.

Essa è nata dall'associazione "city bees Bybi"⁶⁴ che gestisce un'azienda urbana di apicoltura nella capitale danese e offre opportunità lavorativa ai disoccupati di lunga durata.

Essa opera in collaborazione con "AktivitetscenterSundholm", un centro per disoccupati di lungo periodo, persone senza fissa dimora, i richiedenti asilo della Croce Rossa, i tossicodipendenti e altri soggetti svantaggiati.

Bybi recluta i suoi impiegati dal "Sundholm Center" e li coinvolge in tutti gli aspetti della gestione della fabbrica: la cura degli alveari, la lavorazione e la vendita del miele, e l'esecuzione di laboratori per le scuole e la comunità locale.

Un'altra iniziativa è denominata "grundlæggerne - the Founders The Founders"⁶⁵.

Si tratta di una squadra di artigiani del comune di Copenaghen che svolge attività per il settore pubblico e privato, i cui partecipanti sono volontari(se soggetti svantaggiati come senza fissa dimora o tossicodipendenti) o inviati dal centro impiego(se disoccupati di lungo periodo)

L'obiettivo dei fondatori è quello di creare una cornice stabile che favorisca dei cambiamenti positivi nella vita dei partecipanti, cioè i gruppi più vulnerabili della società danese: le persone senza fissa dimora, con problemi di droga o di alcool , o con altre difficoltà sociali e mentali, e gli adulti con nessuna connessione con il mercato del lavoro.⁶⁶

- La Spagna

Nel Piano nazionale spagnolo prioritaria è la politica per lo sviluppo di iniziative a favore dell'occupazione e dell'inclusione sociale.

Per il raggiungimento di tali obiettivi la Spagna ha adottato un approccio individualizzato e diretto alle persone maggiormente a rischio, leggendo attentamente i loro bisogni specifici. Le politiche infatti sono fatte ad hoc per certe categorie di soggetti e il loro ambito d'intervento prioritario è l'occupazione.

Infatti, la Spagna prevede il coinvolgimento attivo dei datori di lavoro, attraverso una serie di aspetti: **-gli aiuti finanziari** all'occupazione, destinati ai datori di lavoro, mediante campagne per l'occupazione a favore di specifici gruppi; **- i percorsi di inserimento**;- **gli incentivi ai datori di lavoro**, attraverso la riduzione dei contributi previdenziali; **- il**

⁶⁴ *Ibid.*, p 8

⁶⁵ Cfr. *Best practise, op.cit.*, www.emcdda.europa.eu

⁶⁶ Cfr. *SeeLights, Elementi e pratiche, op.cit.*, p.14

rafforzamento della cooperazione tra ONG e servizi pubblici di collocamento decentrati.

Il piano prevede anche la concessione di un “reddito minimo di integrazione” (RMI) a tutte le comunità autonome e di innalzare il bilancio ad hoc fino al 70% del salario minimo medio.⁶⁷

Un’iniziativa promossa dalla Spagna, in ambito di reintegrazione sociale, è denominata: “Helping the vulnerable into work the Vives emplea”. Essa è iniziata nell’Aprile del 2014 e si concluderà nel Dicembre 2019.⁶⁸

E’ stata promossa dall’organizzazione “Action Against Hunger” e prevede una serie di misure per supportare le persone ad uscire dalla disoccupazione.

Si rivolge non solo ai tossicodipendenti, ma anche a persone con bassa istruzione, ad immigrati e rifugiati, e a persone con disabilità.

Al progetto stanno partecipando diversi gruppi di persone svantaggiate, e per ogni gruppo è in corso un percorso di orientamento e formazione di sei mesi, svolto in maniera personalizzata.

Alla fine del corso i partecipanti sono aiutati ad elaborare il proprio piano di lavoro, con obiettivi e motivazioni.

Tuttavia, anche dopo aver concluso questa fase, lo staff continuerà a seguirli e supportarli nella ricerca lavoro.

Fino al 2014, con questo progetto, erano state create circa 44 squadre in tutta la Spagna, e i partecipanti sono stati circa 1.500, di questi il 54% ha trovato lavoro e il 29% ha seguito dei corsi di formazione.

- Il Belgio

Dal Gennaio 2008 al Dicembre 2015 l’organizzazione “Organisation PPS Social Integration”, ha ideato e diretto un progetto dal titolo “Experts by Experience in poverty and social exclusion.”⁶⁹

Si rivolgeva alle persone che hanno esperienze personali di povertà ed esclusione sociale, reclutate dai servizi pubblici belgi, che si occupano di persone bisognose.

Il progetto è nato per sopperire alla mancanza di dialogo tra servizi e cittadini poveri.

⁶⁷Cfr. *Lifelong Learning programm, Un approccio partecipativo, op.cit.*, p.114

⁶⁸ Cfr. Fondo sociale europeo, *Progetti, op.cit.*

⁶⁹*ibid.*,

Il reclutamento dei soggetti svantaggiati ed emarginati ha contribuito, attraverso la loro concreta esperienza di povertà, a far sviluppare servizi più efficienti che corrispondono ai bisogni espressi da questa fascia di popolazione.

La ricerca di informazioni è stata svolta dagli operatori dei servizi che, una volta ricevuta la richiesta d'aiuto, davano a loro volta, l'informazione sui servizi offerti ed erogati, rispetto ai loro bisogni.

Gli esperti hanno usato poi le informazioni ricavate per incoraggiare i dipartimenti ad occuparsi della lotta alla povertà, anche a livello politico.

Questo progetto ha avuto un bilancio positivo sotto due aspetti.

Da un lato ha contribuito ad includere i soggetti svantaggiati ed emarginati nei processi di policy making. Essi infatti hanno potuto esprimere i loro bisogni e le loro esigenze, hanno fatto sentire la loro voce spesso poco ascoltata e non considerata.

Dall'altro lato ha giovato anche agli operatori dei servizi, sia perché gli ha permesso di promuovere l'ascolto attivo di queste persone sia perché, attraverso la loro attività, hanno potuto avvicinare ai servizi queste categorie, che spesso sono restie a chiedere aiuto.

- La Grecia

La municipalità di Fyli, dal Febbraio 2012 al Novembre 2015, ha attuato un progetto denominato "Social enterprises for a greener community⁷⁰", che ha coinvolto circa 80 partecipanti.

Il progetto è nato da una doppia necessità: da un lato Fyli è la città con la più grande discarica di tutta la regione attica, e dall'altro lato è caratterizzata da un alto tasso di disoccupazione.

Il progetto ha fornito supporto alle persone disoccupate, con gravi svantaggi sociali, in particolare agli over 45, alle persone povere o alle famiglie monoparentali.

Questi partecipanti dovevano stabilire delle attività per rigenerare gli spazi pubblici.

Degli 80 partecipanti, 62 sono entrati nel mercato del lavoro, essi hanno seguito dei corsi e dei programmi di orientamento, consulenza e supporto nella ricerca lavoro.

- La Francia

⁷⁰*Ibid.*

Negli ultimi anni la Francia ha rappresentato uno dei Paesi che si è fatto portavoce di un nuovo welfare, moderno, post-assistenziale, che fa della promozione dell'autonomia e dell'attivazione delle risorse personali e di contesto, gli obiettivi della sua politica.

Per sviluppare questo tipo di welfare, ha messo in campo dei progetti, che hanno al centro il percorso condiviso con la persona, con impegni e patti reciproci.

In questo senso, per aiutare le persone svantaggiate, ha sostituito il reddito minimo di inserimento (RMI) con l'RSA, ovvero "Revenu de solidarité active", esso è:

[...] un sussidio fortemente accompagnato dal sistema dei servizi[...] i beneficiari hanno precisi diritti e doveri[...] il diritto all'accompagnamento, adattato ai bisogni della persona e organizzato da un referente unico[...] l'obbligo di cercare un impiego o, in alternativa, di intraprendere azioni concordate per un inserimento sociale e professionale[...]⁷¹

Rispetto al RMI, l'RSA prevede un patto condiviso e di reciprocità tra il soggetto bisognoso e il servizio, in quanto mentre prima la persona non era incentivata a cercare lavoro perché la retribuzione poteva essere superiore al reddito del lavoro trovato, oggi invece tale retribuzione rimane comunque entro certi limiti di reddito, incoraggiando la persona a trovare un'occupazione.

2.5.2 I sistemi di supporto esclusivi per i tossicodipendenti

-La Germania

Nella città di Geislingen, dal Gennaio 2014 al Dicembre 2015, è stato attivato un progetto denominato: "Bicycle plus 2014"⁷². Esso prevedeva la manutenzione, la raccolta e la consegna di biciclette. È nato con l'obiettivo di creare una vita stabile per le persone con dipendenza e permettergli un reingresso, il più possibile sano, nel mercato del lavoro.

Inoltre il progetto aveva un doppio mandato: da un lato aiutare i tossicodipendenti, dall'altro promuovere il turismo locale.

L'organizzazione promotrice è stata la "Staufen Arbeitsund Beschäftigungsförderung GmbH Wal-deckhof", e i partner sono: "Adult Literacy Service", "Waterford and Wexford Education and Training board", nonché l'assessorato del turismo locale.

Ogni anno ha visto la partecipazione di circa 70 soggetti, e dalle valutazioni fatte fino ad ora, è risultato come i partecipanti siano soddisfatti del lavoro, in quanto gli ha permesso di

⁷¹ Cfr. De Ambrogio, Pasquinelli, Progettare nella frammentazione, op.cit., p.13

⁷²Cfr. *ibid.*,

incrementare il senso del sé, ma anche le proprie capacità e abilità manuali per un regolare ingresso nel mercato del lavoro.

-L'Olanda

L'Olanda è dotata di un ottimo servizio sanitario per l'uscita dalla droga, denominato “Jellinek centre” e di due servizi per il reinserimento sociale e lavorativo, in ambito delle dipendenze patologiche.

Sulla reintegrazione, il “Local Centre for Relief and Advice”⁷³, ha proposto tra il Maggio 2001 e il Maggio 2003, un progetto che ha visto protagonisti 25 tossicodipendenti senza fissa dimora, per tre giorni alla settimana nell'arco di due anni, svolgere lavori part-time pagati per la pulizia della città di Apeldoorn.

Questo progetto ha avuto sicuramente un impatto positivo per i residenti della città, che li vedevano come soggetti poco attivi e impegnati, mentre dopo il progetto, hanno espresso dei giudizi positivi sul loro operato.

Naturalmente la comunità non ha modificato del tutto l'immagine negativa di cui i tossicodipendenti sono vittime, ma ha gradito l'impegno che i partecipanti al progetto hanno messo nel rendere pulita la città.

L'iniziativa ha inoltre contribuito ad accrescere l'autostima di queste persone, spesso sole e segnate dal senso di colpa.

Quanto però al bilancio positivo nella ricerca lavoro, purtroppo i risultati dimostrano che non c'è stato un avvicinamento al mercato del lavoro, né il ritorno alla formazione, ma il progetto, ha contribuito a ridurre la criminalità, legata allo spaccio delle sostanze.

-L'Austria

L'università di medicina di Innsbruck, in particolare il dipartimento di psichiatria, si è dotato di un'ambulanza specifica per le eventuali crisi e ricadute dei pazienti che hanno terminato con successo la terapia, ma che soprattutto entro un anno sono in forte rischio di ricaduta.⁷⁴

Questo progetto è iniziato a partire dal Marzo 2003, ed esso, oltre ad evitare la ricaduta, si occupa di dare un supporto nella ricerca del lavoro, contribuendo alla stabilizzazione fisica e psicologica del paziente.

⁷³ Cfr. *Best practise, op.cit.*,

⁷⁴ *Ibid.*,

Gli utenti sono seguiti in un percorso per il reinserimento per un massimo di due anni, e in questo periodo, hanno dai due ai quattro incontri al mese con terapeuti e assistenti sociali.

A conclusione dell'iniziativa, l'80% dei partecipanti ha fatto un regolare ingresso nel mercato del lavoro.

Sempre in ambito della reintegrazione lavorativa, in Austria esiste un'associazione denominata "LOG IN".⁷⁵

Essa si preoccupa dell'integrazione e della promozione della salute dei gruppi vulnerabili e a rischio di esclusione, attraverso un programma rivolto a promuovere nel lungo termine la coscienza di tutelare la salute del tossicodipendente e di promuoverne l'autonomia, prendendo in considerazione il loro ambiente di vita e sociale e la situazione personale.

Questa ha iniziato ad operare a partire dal luglio 2002, ed è nata dall'esigenza che in Austria, una volta finita la terapia, raramente i pazienti possono ancora avere assistenza sociale e di reinserimento nei servizi.

Quindi l'associazione è nata con l'obiettivo di promuovere il supporto a queste persone, per evitarne la ricaduta.

Ciò avviene attraverso la partecipazione dei soggetti a programmi di promozione della salute, per riattivarsi e reinserirsi nella società.

I risultati del progetto sono stati sorprendenti.

Infatti i soggetti in trattamento, se aiutati, possono essere capaci di costruire solide relazioni sociali e possono prestare attenzione alla propria salute.

Circa il 26% di coloro che hanno usufruito del servizio, hanno iniziato a normalizzare il proprio stile di vita, concentrandosi sulle attività di vita quotidiana, astenendosi dall'uso delle sostanze.

-L'Irlanda

La "South Inner City Local Drug Task Force2", nel Maggio 2002, ha istituito la "Rinn Developments drug Rehabilitation Sail Training Initiative Executive summary"⁷⁶.

Si tratta di un'iniziativa volta a produrre cambiamenti sociali, mentali e psicologici nei tossicodipendenti in trattamento.

Prevede che i partecipanti salgano a bordo di una nave, per un paio di giorni e notti, per avere un'esperienza di vita e di lavoro a bordo.

⁷⁵ *ibid.*,

⁷⁶ *Ibid.*,

Una volta concluso il viaggio, agli operatori responsabili del progetto è stato chiesto un feedback sull'attività svolta e sugli utenti.

L'obiettivo è stato ampiamente raggiunto, poiché i pazienti erano più rilassati e felici, erano migliorate le loro capacità di lavorare in gruppo, avevano rafforzato l'autostima, erano più responsabili e soprattutto avevano superato le paure e accresciuto le capacità personali e lavorative.

- La Spagna

In Spagna, nell'ambito lavorativo, dal 1° Gennaio al 31 Dicembre 2005, è stato promosso un altro progetto, denominato: “ Employability programme for former drug users and drug addiction prevention in the workplace”.

Esso promuoveva una gamma di servizi: counselling, sostegno ambulatoriale, servizi per la reintegrazione sociale e occupazionale e prevenzione dalla dipendenza sul luogo di lavoro. Gli obiettivi con cui è nato il progetto sono stati :

*[.....]1)Counsel/information on the use and abuse of alcohol and other drugs[...]*2) *Out-patient addiction conquering/rehabilitation treatment for users who do not require hospitalization[...]*3) *Professional and occupational integration/ reintegregation for users who have participated in a rehabilitation process[...]*4) *Drug addiction prevention at the workplace[...]*⁷⁷

In sintesi quindi agiva sull'occupabilità di queste persone su un doppio livello.

Prima di tutto attraverso il counselling , fornendo informazioni sull'uso e l'abuso delle sostanze, e sull'offerta dei servizi di trattamento e di riabilitazione sul territorio.

Poi agiva anche sull'accrescimento delle capacità e abilità, in riferimento anche agli orari di lavoro.

Infine prevedeva la prevenzione sui luoghi di lavoro, promuovendo programmi di sensibilizzazione alle aziende.

Le materie informative avevano per oggetto: informazioni sull'uso delle sostanze, rischi ed effetti, anche rispetto all'ambito lavorativo dove il soggetto è impiegato.

2.6 L'Alloggio

⁷⁷ “[.....]1)Consulenza e informazione sull'uso e l'abuso di alcool e altre droghe[...]

2) per i pazienti ambulatoriali per il trattamento e la riabilitazione dei tossicodipendenti che non richiedono l'ospedalizzazione[...]3) Integrazione professionale, lavorativa e riabilitativa per i consumatori che partecipano al processo di riabilitazione[...]4) Prevenzione di abuso di sostanze nei posti di lavoro[...]”, *ibid.*,

Gli interventi che riguardano l'aiuto ai soggetti svantaggiati, nella sistemazione in alloggi, sono rivolti ad un target misto, non solo quindi ai tossicodipendenti, ma anche ai senza fissa dimora, agli ex-detenuti, alle famiglie in difficoltà, agli anziani poveri, alle persone con disabilità o con disturbi mentali.

In genere si tratta di servizi che forniscono soluzioni abitative(temporanee o permanenti) o che assistono nella ricerca di un alloggio, accompagnati da altri interventi psicosociali.

Nello specifico possono rintracciarsi le seguenti modalità, che variano a seconda dei Paesi⁷⁸:

- **Sistemazione d'emergenza e temporanea:** si tratta di strutture di alloggio per i soggetti vulnerabili che hanno un alto rischio di divenire senza fissa dimora, o lo sono già.

Sono servizi dove viene fornito un letto dove dormire, in alcuni casi si ritrova anche una mensa, delle docce e può esserci anche un servizio di consulenza e aiuto alla ricerca di una sistemazione fissa.

Tuttavia, sebbene l'inserimento in queste strutture sia temporaneo, molto spesso la sistemazione in dormitori o case dell'ospitalità dura anche per molto tempo.

Questo modello è presente in quasi tutte le realtà europee, ad eccezione della Finlandia, della Slovenia e della Polonia.

- **Programmi di supporto all'autonomia:** si tratta di programmi che supportano la persona che non è del tutto autonoma, con soluzioni temporanee o permanenti.

Il target a cui è rivolto è formato da: tossicodipendenti, ex-detenuti e persone con disturbi mentali.

Può prevedere appartamenti protetti o case di sgancio, cioè contesti protetti dove la persona può imparare a diventare autonoma e indipendente, con il supporto costante degli operatori. In questo caso, nella maggior parte dei Paesi, per i tossicodipendenti, viene utilizzato il criterio del drug-free, quindi l'astinenza totale, per poter partecipare al programma.

Può prevedere anche la formula degli appartamenti indipendenti, dove le persone vivono autonomamente e vengono supportate dalle due ore settimanali alle 24 ore, in base al tipo di bisogno.

Ma questa soluzione non è molto diffusa in Europa e la si trova solo in Repubblica Ceca, Danimarca, Finlandia, Grecia, Portogallo e Regno Unito.

⁷⁸ Cfr. *Emcdda Insight, Social reintegration and employment, op.cit.*, pp.84-90

- **Servizi di supporto nella ricerca di una sistemazione permanente:** aiutano la persona in difficoltà nella ricerca di una casa.

Le soluzioni di questo tipo sono diverse: si può trattare delle residenze popolari, messe a disposizione dalle organizzazioni locali o degli appartamenti che gli uffici di supporto alla casa mettono a disposizione ad un prezzo più basso rispetto al libero mercato; ancora può trattarsi di un alloggio nel libero mercato, se la persona ad esempio lavora ed è più autonoma, anche economicamente; infine può trattarsi di appartamenti, previsti in programmi di recupero, come nel post-carcere o in altri programmi per l'occupazione delle categorie vulnerabili.

Anche questi servizi sono molto diffusi in Europa, ma utilizzano dei criteri di selezione rigorosi, e nel caso del tossicodipendente, possono richiedere che il soggetto sia astinente o che non abbia disturbi mentali.

Anche gli interventi, in ambito abitativo, che si rivolgono esclusivamente ai tossicodipendenti sono molto scarsi, e sono diffusi in Paesi, come l'Austria, i Paesi Bassi e il Portogallo.⁷⁹

In questo quadro non molto esauriente in politiche abitative specifiche per il tossicodipendente, ho riportato il caso di due realtà nazionali che si sono distinte per l'attenzione posta ai senza fissa dimora:

-L'Irlanda

La "Health Service Executive" (HSE), la "Rehabilitation, Reintegration Service (RIS) e la "Keltoi Residential Drug Rehabilitation service", hanno promosso nel 2004 il programma denominato "The Step-Down Housing Programme2".⁸⁰

Si tratta di un servizio di volontari, che opera nei riguardi dei senza fissa dimora, che ha promosso l'aiuto alla sistemazione in sette appartamenti.

Il programma è iniziato nel Settembre 2005, ponendosi due obiettivi: da un lato provvedere ad una serie di interventi che assistano i partecipanti nello sviluppo delle capacità utili per governare una casa in modo autonomo; dall'altro quello di accrescere la loro autonomia nella ricerca di un alloggio.

⁷⁹ *ibid*, pp.181-183

⁸⁰ Cfr. *Best practise, op.cit.*,

Nel 2007 è stata fatta una valutazione dei 15 tossicodipendenti che hanno partecipato al programma, di cui 12 lo hanno completato e tre l'hanno abbandonato prima della fine dei sei mesi.

Dei dodici che lo hanno completato, 6 vivono in maniera autonoma, due vivono con la famiglia o con i partner, e 4 in altri appartamenti protetti.

Inoltre questi non fanno più uso di sostanze e hanno ripreso a lavorare o a frequentare corsi di formazione.

-L'Austria

La città di Vienna, da sempre molto attiva nel campo delle politiche abitative, ha promosso un'iniziativa denominata "Homeless people as tour guides present a different side of Vienna group of people at the shades tours".⁸¹

Questo progetto è nato in collaborazione con "Vienna School Board" e il "Vienna Social Welfare Fund"(FSW).

Si tratta di un programma che prevede dei tour turistici della città austriaca, le cui guide sono i senza fissa dimora.

Essi regalano degli interventi autentici, professionali e personali sui volti poco noti della città. Raccontano un mix di fatti e storie personali che illustrano la complessità dell'essere un senza fissa dimora in una grande città come Vienna.

Queste persone sono pagate per il loro lavoro come delle normali guide turistiche(circa 15 euro l'ora) e in media ogni tour dura dalle due alle due ore e mezza.

Le guide parlano in inglese e in tedesco.

L'impatto sociale del progetto è stato positivo.

I partecipanti al tour hanno ritenuto l'esperienza educativa e emozionante. E' stata ben gradita poiché ha permesso loro di scoprire non solo le bellezze della città, come un tipico tour turistico, ma anche la complessità del tema dei senza fissa dimora, spesso trascurato e sul quale si hanno pregiudizi.

Rispetto alle guide che hanno condotto i tour, 4 di loro hanno ottenuto il patentino come guide turistiche, mentre gli altri restano in attesa di un nuovo ingresso nel mercato del lavoro.

2.7 Programmi di reinserimento per i tossicodipendenti anziani

⁸¹ www.wien.gv.at

Infine in questa trattazione ho ritenuto fondamentale fare un breve cenno anche ai programmi specifici per i tossicodipendenti più anziani.

A questo proposito gli unici studi e dati disponibili provengono dall'Osservatorio europeo sulla droga e la tossicodipendenza, ed in particolare dalla relazione europea sulla droga del 2015.

Nella tabella(*tabella 7*) ho riportato una panoramica della situazione attuale nei Paesi UE⁸²:

STATI	Programmi specifici per i tossicodipendenti più anziani
LITUANIA	
OLANDA	
UNGHERIA	
GRECIA	
CIPRO	
SLOVENIA	
ROMANIA	
SPAGNA	
GERMANIA	✓
PORTOGALLO	
CROAZIA	
FRANCIA	
FINLANDIA	
NORVEGIA	
PAESI BASSI	✓
IRLANDA	
REPUBBLICA CECA	✓
SLOVACCHIA	
DANIMARCA	
ESTONIA	
LETTONIA	
BULGARIA	
ITALIA	
REGNO UNITO	✓
AUSTRIA	
BELGIO	
POLONIA	

Tabella 7 Esistenza di programmi specifici per i tossicodipendenti più anziani

Da ciò risulta che la maggior parte dei Paesi non ha programmi specifici per i tossicodipendenti più anziani, ma li integra nei servizi già esistenti per il trattamento della tossicodipendenza.

Gli unici stati che fanno eccezione sono il Regno Unito, la Germania, i Paesi Bassi e la Repubblica Ceca.

2.8 Riorganizzare e ristrutturare i servizi?

⁸² Cfr. *Relazione europea sulla droga 2015, op.cit., www.emcdda.europa.eu, p.69*

Il quadro precedentemente presentato mostra delle lacune in riferimento ai servizi esistenti, a parte qualche eccezione, essi infatti sono ancorati ai vecchi bisogni e utenti, non rispondenti ai nuovi pazienti.

Dobbiamo pertanto porci alcuni interrogativi.

Un sistema così organizzato è in grado di dare le giuste risposte a chi ha già fatto un percorso comunitario e ha raggiunto un equilibrio psico-fisico buono, attraverso l'astinenza⁸³ da sostanze?

E' sufficientemente attento a promuovere il reinserimento sociale e lavorativo di tutti i soggetti che si sentono pronti a ricominciare e a rimettersi in moto, a riattivarsi come cittadini con diritti e doveri?

E per chi invece, non riesce con successo il percorso di cura, non è in grado di badare a se stesso, o per la scarsità di risorse personali e familiari e/o perché affetto da problemi di natura psichiatrica?

Questi interrogativi pongono l'attenzione su alcune questioni che ho affrontato nel corso del mio lavoro di ricerca, e che per adesso possono essere così riassunte:

[...] bisogna trovare delle modalità che permettono la dimissione dalla comunità in quei casi in cui l'esperienza va verso il successo e l'esperienza del gruppo-appartamento può essere estremamente positiva; [...] non si può più ragionare su budget distinti o strutture finalizzate solo per una tipologia di problema [...] bisogna trovare strutture idonee che sommano tutte queste problematiche; [...] i cronici che stanno dentro le comunità e non riescono ad essere inseriti né nell'ambiente lavorativo né in quello sociale [...] bisognerebbe collocarli in strutture, come le comunità alloggio; [...]]⁸⁴

E' da considerare pertanto l'idea che i servizi per le dipendenze vadano riorganizzati.

Innanzitutto bisogna muoversi in un'ottica di evoluzione di prassi d'intervento e di creazione di strutture più idonee a rispondere a nuove e vecchie problematiche.

Inoltre si rende necessaria una maggiore collaborazione tra i diversi servizi e gli operatori sul territorio, per una presa in carico integrata.

Tutto questo, infatti, può contribuire a rendere più efficace il processo di promozione dell'autonomia del paziente e, conseguentemente, determinarne anche un miglioramento nelle condizioni di vita e di salute.

⁸³ "Si intende sia l'astensione totale dal consumo di sostanze stupefacenti sia il soggetto che assume metadone dietro prescrizione medica", cfr. www.salute.gov

⁸⁴ Cfr. D. Banon, C. Lazzaroto, K. Radivajevic, P. Selle, *Riflessioni per la ri-organizzazione dei dipartimenti per le dipendenze*, Selle emme&erre libri 2011, pp.101-103

Pertanto quali approcci possono essere adoperati per il conseguimento di tali obiettivi?

Quali sono gli ingredienti di una ricetta della responsabilizzazione e del miglioramento della qualità di vita?

Nei prossimi capitoli ho cercato di dare delle risposte a questi interrogativi, raccontando di alcune esperienze europee e italiane nel campo della riduzione del danno e del welfare generativo.

Capitolo III

Le politiche di riduzione del danno verso un miglioramento della qualità di vita

A partire dagli anni '60 e in maniera più diffusa negli anni '80 del secolo scorso, il problema della tossicodipendenza comincia ad essere di dominio pubblico, a gravare su una fascia di popolazione sempre più ampia e soprattutto a connotarsi di una crescente diffusione di malattie infettive, come l'HIV e l'epatite.

Così si fa strada l'idea che di fronte all'incapacità, anche momentanea, di cessazione di abuso di sostanze, sia possibile ridurre la portata dei danni attraverso un insieme di politiche, programmi e prassi d'intervento che:

*[...] mirano a ridurre le malattie, le conseguenze sociali ed economiche dell'uso di sostanze psicoattive legali e illegali senza richiedere la cessazione del consumo di droga[...] e si basano su un forte impegno per la salute pubblica e i diritti dell'uomo[...]*⁸⁵

I principi guida che stanno alla base della riduzione del danno sono:⁸⁶

- **Il pragmatismo**, che si impegna in modalità d'intervento più concrete e reali, promuovendo, attraverso la riduzione della dose di sostanza d'abuso o la sua sostituzione con stupefacenti alternativi, la diminuzione delle conseguenze dannose provocate, un maggiore controllo della società e della criminalità, ed una speranza di cambiamento.
- **La flessibilità e la massimizzazione delle opzioni d'intervento**, che consente di attivare interventi flessibili e non statici, modificabili nel tempo, in base alle caratteristiche dei soggetti e al raggiungimento di obiettivi prefissati nel corso dell'intervento.
Inoltre è in grado di fornire una molteplicità di opzioni per tutti i soggetti che sono coinvolti, dai pazienti, agli operatori sanitari e sociali, alle forze dell'ordine.
- **L'autonomia**, è alla base di tali interventi, che spingono i soggetti a far sì che la loro scelta di assunzione di sostanze sia personale, responsabile e autonoma. Infatti considera il consumo di stupefacenti come normale pratica della società contempo-

⁸⁵ Cfr. *Cosa è la riduzione del danno? La Posizione dell'Associazione Internazionale di Riduzione del Danno (IHRA)*, www.hri.global, p.2

⁸⁶ Cfr. *CAMH e riduzione del danno: un documento di riferimento sul suo significato e applicazione per le questioni uso di sostanze*, www.cooplagioiosa.org, p.5

ranea e, la persona tossicodipendente non un deviante, criminale e da emarginare, bensì un soggetto attivo e responsabile della propria vita.

Pertanto le prassi in ambito di riduzione del danno hanno tre ambiti d'intervento:⁸⁷

- **La tutela della salute e dell'integrazione sociale del tossicodipendente:** si assume l'obiettivo primario di minimizzare gli effetti negativi dell'assunzione di sostanze, sia a livello fisico-psicologico, attraverso un sostegno terapeutico e di cura per le patologie correlate e il rischio di morte, sia in quello sociale, attraverso interventi volti a promuovere l'integrazione e il reinserimento nella società in cui il paziente vive.

Il concetto infatti su cui si basano le politiche di riduzione del danno non è solo quello del *to cure*, ovvero l'ambito della cura e del recupero definitivo della persona, ma anche quello del *to care*, cioè del prendersi cura del tossicodipendente in maniera olistica e di accompagnarlo, non solo verso una guarigione clinica, ma anche e soprattutto verso quella sociale, rendendolo autonomo e responsabile della propria vita.

- **La difesa sociale:** la riduzione del danno si muove anche verso la difesa della popolazione in generale, contenendo la possibilità di contagio delle malattie infettive, e dall'altro lato anche dell'ordine pubblico, cercando di ridurre al minimo il rischio di criminalità organizzata, che sta alla base dello spaccio e dell'abuso di sostanze stupefacenti.

Non si tratta però di un'attività di puro controllo, di stigma della devianza e di emarginazione del tossicodipendente, ma di un tentativo di responsabilizzazione e di reinserimento sociale.

- **L'accoglienza indirizzata al recupero:** gli interventi nell'ambito della riduzione del danno si prefissano di dare alla persona, con problematica di dipendenza patologica, la possibilità, vivendo in una condizione di limitato rischio, di riscoprire la propria identità, di sperimentarsi come persona viva e attiva della propria storia, e di riflettere e comprendere che un cambiamento è necessario e possibile.

⁸⁷ Cfr. Don M. Picchi e R. Bordoni "Gruppo di lavoro sulla riduzione del danno" in *Unità di strada e riduzione del danno*, Itaca, Maggio-Agosto 1997, anno 1 numero 2, Cedis Editore, pp.93-94

Gli interventi che possono essere qualificati come prassi della riduzione del danno sono: la somministrazione della terapia sostitutiva, le vaccinazioni, l'informazione, la distribuzione di aghi, siringhe e profilattici; l'attivazione di interventi integrati a carattere sanitario, sociale e psicologico, attraverso colloqui di sostegno e accompagnamento al cambiamento.

Naturalmente tali pratiche devono essere lette in un'ottica di crescita umana e delle risorse del tossicodipendente, e vanno inserite in un programma socio-riabilitativo ed educativo che abbia al centro la persona e i suoi bisogni.

Non si colpevolizza la persona, non si punisce, ma la si incoraggia a percorrere la strada del cambiamento, insegnandole a volersi bene e a guardarsi come cittadino con diritti e doveri e come portatore di una dignità riconosciuta prima di tutto da se stesso e poi dalla comunità in cui vive.

I primi due Paesi ad avere attuato interventi di riduzione del danno, già negli anni 80', sono stati l'Olanda prima e il Regno Unito poi.

Malgrado i piani europei contro la droga abbiano dato delle linee guida sulla progettazione e attivazione di tali programmi(*vedi capitolo II*), il quadro degli interventi è distribuito in modo non omogeneo sul territorio comunitario e, dove tali politiche vengono attivate, seguono modalità e tempistiche diverse.

Di seguito ho deciso di analizzare le tre tipologie di programmi più diffusi in ambito europeo: la distribuzione e lo scambio di aghi e siringhe, le consumption rooms ed infine il trattamento sostitutivo.

3.1 I programmi di distribuzione e/o scambio di siringhe e aghi

I "Needle and syringe programmes" (NSPs), sono nati per contrastare la diffusione delle malattie infettive, come l'HIV e l'epatite, che si propagano attraverso l'utilizzo di siringhe infette.

I programmi consistono nella vendita o distribuzione gratuita di un kit sterile per le iniezioni che contiene: siringhe, aghi, acqua distillata, salviette disinfettanti e profilattici.

In alcuni Paesi, oltre alla distribuzione, esiste anche l'opzione dello scambio, ovvero nella consegna del materiale infetto, in cambio di quello sterilizzato.

Altro obiettivo di questo programma è la tutela della salute pubblica, riducendo la presenza di materiale infetto per le strade.

Per la prima volta si è parlato di tali interventi nel piano strategico europeo del 2000-2004. Malgrado però i Paesi europei siano stati invitati ad attivarli, questi programmi non sono adottati in tutti gli Stati UE e, laddove lo siano, sono svolti con modalità differenti.

Infatti alcuni Paesi non hanno leggi o piani nazionali specifici che regolamentano i NSPs, come nel caso di Repubblica Ceca, Danimarca, Grecia, Lituania, Ungheria, Olanda, Slovacchia e Svezia.

In altri invece vengono esplicitamente regolamentati dai piani nazionali e corroborati da leggi specifiche come in Belgio, Germania, Lussemburgo, Polonia, Portogallo, e Slovenia.

Infine in Paesi, come Spagna e Austria, tali programmi rientrano nelle politiche nazionali, ma non sono regolamentati da leggi specifiche.

Anche rispetto al numero distribuito di siringhe, i Paesi non sono omogenei(il maggior numero viene distribuito in Repubblica Ceca, Estonia, Austria, Portogallo e Finlandia) e anche i luoghi di vendita e distribuzione sono vari:(*vedi tabella 8⁸⁸*)

STATO	ANNO	N°SIRINGHE 2006	DISTRIBUZIONE					
			Strutture specializzate	Farmacie	Operatori di strada	Tra pari	Prigione	Distributori Automatici
BELGIO	2001	538,783	✓	✓		✓		
BULGARIA	1995	210,464	✓		✓	✓		
REPUBBLICA CECA	1986	3,868,880	✓		✓	✓		
DANIMARCA	1986	n.d	✓	✓		✓		✓
GERMANIA	1984	n.d	✓		✓	✓	✓	
ESTONIA	1997	1,615,270	✓		✓	✓		
IRLANDA	1989	n.d	✓		✓	✓		
GRECIA	1998	34,809	✓		✓	✓		
SPAGNA	1985	n.d	✓	✓	✓	✓	✓	
FRANCIA	1989	n.d	✓	✓	✓	✓		✓
ITALIA	1990	n.d	✓		✓	✓		✓
CIPRO	2007	n.d	✓					
LETTONIA	1997	n.d	✓		✓	✓		
LITUANIA	1997	196,952	✓		✓	✓		
LUSSEMBURGO	1993	332,347	✓				✓	✓
UNGHERIA	1994	142,433			✓	✓		✓
MALTA	1987	225,716	✓					
OLANDA	1984	380,000	✓	✓		✓		✓
AUSTRIA	1990	2,082,840	✓		✓	✓		✓
POLONIA	1989	318,155	✓			✓		
PORTOGALLO	1993	2,591,150		✓	✓	✓		
ROMANIA	2000	300,000	✓		✓	✓		
SLOVENIA	1992	n.d	✓	✓	✓	✓		✓
SLOVACCHIA	1994	384,293	✓			✓		
FINLANDIA	1997	2,400,000	✓		✓	✓		
SVEZIA	1986	n.d	✓					
INGHILTERRA	1986	n.d	✓	✓	✓	✓		
IRLANDA (Nord)	2001	97,684		✓				
SCOZIA	1987	n.d	✓	✓	✓	✓		
GALLES	1986	n.d	✓	✓	✓	✓		
CROAZIA	1996	135,981	✓		✓	✓		
NORVEGIA	1988	n.d	✓	✓		✓		

Tabella 8 Programmi di distribuzione e/o scambio di siringhe

⁸⁸ Cfr. *Statistical bulletin 2008*, www.emcdda.europa.eu

Come evidenziato dalla tabella, la distribuzione delle siringhe, nella maggior parte dei Paesi europei, avviene nei centri specializzati.

Si tratta di strutture intermedie a bassa soglia di tre tipologie: unità fissa, drop in center (centro di accoglienza diurno) e le strutture residenziali⁸⁹.

In altri casi i kit sono venduti nelle farmacie o distribuiti gratuitamente dagli operatori di strada e dai pari; in questi ultimi due casi si tratta di unità mobili site nei luoghi di ritrovo e del divertimento.

Infine scarsa è invece la distribuzione nelle prigioni e la vendita nei distributori automatici.

Quanto agli out come di tali programmi, non ci sono report o ricerche esaustive.

Tuttavia, negli ultimi anni, nei territori dove i programmi sono stati attivati, si è notato che da un lato è avvenuta una riduzione considerevole delle morti per overdose e delle emergenze connesse ad essa, dall'altro, per le strade delle città, è diminuito il numero delle siringhe e degli aghi infetti.

Quanto invece alla diffusione delle malattie infettive, purtroppo il bilancio non è positivo, e questo, probabilmente, perché si tratta di patologie molto diffuse e soprattutto croniche.

Anche rispetto ai luoghi di distribuzione e di scambio di aghi e siringhe, possono essere fatte delle riflessioni, in quanto ognuna di queste modalità presenta sia aspetti positivi che negativi.

Quanto al mantenimento dell'anonimato e agli orari flessibili, i distributori automatici rappresentano senza dubbio un luogo vantaggioso, dove chiunque può andare senza essere identificato in qualsiasi momento della giornata

Dall'altro lato però, il fatto che si tratti di erogatori automatici, ciò fa venir meno il rapporto umano e di cura che può esserci tra il tossicodipendente e l'esperto. Infatti, il momento dell'acquisto, potrebbe essere una buona occasione per l'operatore, per dare supporto e informazioni sui rischi, i danni e le corrette modalità di assunzione della sostanza.

Le unità specializzate e le unità mobili invece, da un lato favoriscono il contatto diretto tra operatori e pazienti, permettendo il supporto e l'informazione, ma dall'altro lato, non garantiscono l'anonimato e esercitano la loro attività in orari specifici e poco flessibili.

Infine la farmacia è un luogo dove viene mantenuto l'anonimato, ma dove il personale, se non appositamente formato, non è in grado di gestire il cliente tossicodipendente, né di dare informazioni sull'uso corretto, ed inoltre eroga i propri servizi solo in orari stabiliti.

3.2 “Le consumption rooms”

⁸⁹ Cfr. Ministero della sanità, *Linee guida sulla riduzione del danno*, Novembre 2000, p.22

Negli ultimi tre decenni del secolo scorso sono nate le “Supervised drug consumption rooms”.

Di cosa si tratta?

*[...]are protected places for the hygienic consumption of pre-obtained drugs in a non-judgmental environment and under the supervision of trained staff [...] They constitute a highly specialised drugs service[...]are official services, funded from local or regional budgets or by churches[...]*⁹⁰

Sono delle strutture dove i tossicodipendenti possono iniettarsi le droghe sotto la supervisione di personale medico-infermieristico.

Come è composta una consumption room?

*[...] includes a cafeteria, counselling room and a clinic for primary medical care. The rooms where the injection occurs are small and quite sterile. They contain several tables at which clients sit to prepare and inject their drugs, and injecting paraphernalia such as needles and syringes, a candle, sterile water and spoons [...], Paper towels, cotton pads, bandaids and rubbish bins are available..[...]*⁹¹

Le stanze quindi sono dotate, oltre all’area dove avviene il consumo, anche di bar, di una stanza per il counselling e di stanze per le emergenze mediche.

Ai consumatori viene dato un kit per le iniezioni ed è attivo un servizio di consulenza prima, durante e dopo l’abuso.

Inoltre viene dato loro un tempestivo aiuto in caso di emergenza di overdose.

Nate come stanze per il consumo per via iniettiva, oggi forniscono anche servizi di supervisione per le droghe che si inalano.

⁹⁰ “[...]Sono dei luoghi protetti per il consumo igienico di droga, in un ambiente di non giudizio e sotto la supervisione di uno staff competente[...] esse costituiscono servizi altamente specialistici nel campo delle dipendenze.[...]sono servizi ufficiali, finanziati dai budget locali o regionali o dalle chiese[...]”, cfr. European monitoring centre for drugs and drugs addict, *Perspectives on drugs, Drugs consumption rooms: an overview of provision and evidence*, www.emcdda.europa.eu, p.1

⁹¹ “[...]“Comprende un caffè, una sala per il counselling e una medica per le cure primarie. Le camere in cui avviene l’iniezione sono piccole e sterilizzate. Contengono diversi tavoli in cui i clienti, possono sedersi e preparare le loro dosi e hanno a disposizione aghi e siringhe, una candela, acqua sterilizzata, asciugamani di carta, batuffoli di cotone, cerotti e pattumiere[...]”,European monitoring centre for drugs and drugs addict, *European report on drug consumption rooms*, p.11

Inoltre, in alcuni casi, forniscono anche le cure di disintossicazione e le terapie sostitutive, in particolare quella metadonica.

Le consumption rooms sono nate con un duplice obiettivo: da un lato ridurre il rischio di diffusione delle malattie infettive, prevenire l'overdose e cercare di avvicinare ai servizi i tossicodipendenti più emarginati e che non chiedono aiuto, garantendogli cura e riabilitazione sociale; dall'altro contribuiscono a rendere più puliti e meno stigmatizzati i luoghi pubblici, preservando immagini sgradevoli e la presenza di aghi e siringhe infette per le strade delle città.

Quindi agiscono sia per il miglioramento delle condizioni di salute dei tossicodipendenti, sia in un'ottica di preservazione della salute e della sicurezza pubblica.

La prima consumption room è nata a Berna, in Svizzera, nel Giugno 1986, oggi lo Stato elvetico ne ospita ben 12: a Basle (2), Berna (1), Biel (1), Ginevra (1), Schaffhausen (1), Solothurn (1) and Zurigo (5).

Successivamente si sono diffuse in Germania(24), Olanda(31), Spagna(12), Norvegia(1), Lussemburgo(1) e Danimarca(5).

Oggi ne esistono circa 74, e nel 2016, anche in Francia e in Slovenia ne sono state progettate delle nuove.

La consumption room può essere:

- **Integrata in strutture a bassa soglia:** in questa tipologia, che è la più diffusa, i servizi, oltre a quello della consumption room, forniscono beni come il cibo, l'acqua, i vestiti e il servizio doccia, specie per i tossicodipendenti senza fissa dimora. Forniscono, oltre al kit per le iniezioni, anche i profilattici. Inoltre sono attivi servizi di consulenza e di cura della tossicodipendenza.

Un esempio di questo tipo si trova in Olanda:

[...] Upon entry, most have a front desk or a staff member that monitors who enters the premises[...] Areas where drugs may be taken are found elsewhere on the premises[...]provide various other services, including to non-drug users or to drug users who do not meet the access criteria for consumption rooms, a staff member controls admittance to the drug-taking area.[...]In addition to the common room and the drug-taking area, some facilities also have other rooms, such as a drug emergency room,[...]a relaxation room or a room for individual seclusion[...].⁹²

⁹² “[...] All'ingresso vi è la reception o uno dei membri dello staff, che è addetto al controllo degli ingressi. [...] in quanto strutture integrate, forniscono altri servizi, anche per i non abusatori di sostanze e per coloro che non soddisfano i criteri d'accesso per entrare nelle consumption rooms, controllati dal membro dello staff. [...] Alcune strutture possono avere an-

- **Specialistica:** si tratta di una struttura che offre esclusivamente questo tipo di servizio, prevedendo la supervisione nell'assunzione della sostanza, che include il kit, la consulenza sull'uso e sugli effetti, gli interventi in caso di emergenza e spazi in cui, dopo l'assunzione, le persone possono rimanere sotto osservazione.

Un esempio di questo tipo si trova in Germania⁹³, dove il servizio segue una procedura: prima di tutto lo staff si accerta se il potenziale cliente è idoneo per età o altri requisiti richiesti a usufruire del servizio offerto. Viene poi invitato a firmare una declaratoria che attesti tali caratteristiche. La persona si reca poi in sala d'attesa, se il posto è occupato, si registra in maniera anonima e quando l'area si libera, riceve il kit e può entrare nella sala, per un massimo di 30 minuti.

Lo staff è addetto all'informazione sui rischi e alla supervisione sul corretto uso delle sostanze. Tale personale interviene tempestivamente se c'è un'emergenza o un rischio di overdose. Una volta che hanno finito, gli utenti lasciano il servizio.

- **Unità mobile:** queste esistono per la maggior parte in Spagna (Barcellona) e in Germania(Berlino). Si trovano generalmente poste su un bus, forniscono servizi per un numero ristretto di pazienti(in quanto dotati di un massimo di cinque stanze) e in orari settimanali ridotti.⁹⁴

Malgrado i suddetti modelli, ogni Stato, ma anche ogni città, dispone di regole diverse di accesso per l'utenza, ma anche di tipologie di servizi che offre.

Infatti l'accesso in queste strutture è riservato generalmente agli utenti in carico ai servizi, di un'età minima di 18 anni e ai consumatori di eroina o cocaina. Ma in alcuni casi può rivolgersi anche: a chi abusa per strada, a chi è emarginato, a chi è senza fissa dimora, a chi ha condizioni precarie di salute, e a chi manca di cibo e di cure:(*vedi tabella 9*)

STATI	UTENZA	SERVIZI E ACCESSO
SVIZZERA	<ul style="list-style-type: none"> • Chi non accetta\ chiede aiuto; chi è lungo-assistito; chi abusa per via parenterale. • Solo per i residenti 	<ul style="list-style-type: none"> • Servizi specialistici(anche solo per le donne in gravidanza) • Si presenta solo il documento d'identità
GERMANIA	<ul style="list-style-type: none"> • Consumatori specialmente chi abusa in luoghi pubblici • Solo per i residenti 	<ul style="list-style-type: none"> • Servizi integrati(come Olanda),caratterizzati da servizi specifici per i consumatori senza fissa dimora • Servizi specialistici(Francoforte) • Si presenta solo il documento di identità
OLANDA	<ul style="list-style-type: none"> • Tutti gli abusatori di strada: chi è di lungo-trattamento; che è cronico ma non è motivato al cambiamento; chi da fastidio • Solo per i re- 	<ul style="list-style-type: none"> • Servizi integrati • Chi usa il servizio deve registrarsi e gli viene consegnata una card con la quale accedere

che altri ambienti, come una camera per l'emergenza dalla droga, che può anche essere utilizzata anche come sala relax o per isolarsi[...]'', ibid.,p.11

⁹³ *Ibid.*,p.12

⁹⁴ Cfr. European monitoring, *Perspectives on drugs,op.cit.*, p.3

	sidenti	
SPAGNA	<ul style="list-style-type: none"> • Chi è consumatore ed è emarginato, non ha una casa e ha un rischio alto di overdose • Non è richiesta la residenza 	<ul style="list-style-type: none"> • Servizi integrati: Servizi mobili

Tabella 9 Utenza e requisiti di accesso nelle consumption rooms⁹⁵

Quanto agli out come prodotti dall'utilizzo e dalla diffusione delle consumption rooms, le ricerche mostrano come queste stanze sono fondamentali per rimanere o rafforzare il contatto con il paziente più emarginato; in particolare esse contribuiscono al miglioramento delle condizioni di quell'utenza, che pur non avendo smesso l'abuso di sostanze, può farne un uso più responsabile e corretto, preservando quindi la propria salute e il rischio di contagio.⁹⁶

Oltre ciò, per le strade è diminuita la presenza di aghi e di siringhe infette, nonché l'uso e l'abuso delle sostanze nei luoghi pubblici.

3.3 La terapia sostitutiva

La terapia sostitutiva si è diffusa a partire dagli anni 90' in tutti i Paesi UE.

Il farmaco sostitutivo più usato è il metadone, anche se in Francia viene somministrata maggiormente la buprenorfina.

Quanto al numero dei pazienti in trattamento e ai luoghi di distribuzione delle sostanze, esistono delle differenze:(*vedi tabella 10*)⁹⁷

STATO	ANNO	N°PAZIENTI 2005	DISTRIBUZIONE		
			MEDICO GENERICO	MEDICOSPE- CIALIZZATO	CENTRI DI TRATTAMENTO
BELGIO	1994	12300	✓	✓	✓
BULGARIA	1996	920			✓
REPUBBLICA CECA	1998	2592	✓	✓	✓
DANIMARCA	1970	6289		✓	✓
GERMANIA	1992	61000	✓		
ESTONIA	2001	500			
IRLANDA	1992	9028	✓		
GRECIA	1993	3596			Posti limitati
SPAGNA	1990	83469		✓	✓
FRANCIA	1995	99446	✓	✓	✓
ITALIA	1975	96972		✓	✓
CIPRO		0		✓	✓
LETTONIA	1996	169		✓	✓
LITUANIA	1996	414			✓
LUSSEMBURGO	1989	1084	✓		

⁹⁵ Cfr. European monitoring centre, *Report on drug*, op.cit, p.10

⁹⁶ Cfr. European monitoring centre, *Perspectives on drugs*, op.cit, p.6

⁹⁷ Cfr. *Statistical Bulletin 2016*, www.emcdda.europa.eu

UNGHERIA	1995	766			✓
MALTA	1987	671			✓
OLANDA	1968	13450		✓	✓
AUSTRIA	1987	7343	✓		
POLONIA	1983	969			✓
PORTOGALLO	1977	21054			✓
ROMANIA	1998	570			✓
SLOVENIA	1990	N.D			✓
SLOVACCHIA	1997	525			
FINLANDIA	1974	800		✓	Posti limitati
SVEZIA	1967	2294		✓	Posti limitati
REGNO UNITO	1968	154.573	✓	✓	✓
CROAZIA	1990	N.D	✓	✓	✓
NORVEGIA	1998	3987			Posti limitati

Tabella 10 Somministrazione della terapia sostitutiva

I Paesi con il più alto numero di pazienti in trattamento sono: Regno Unito(154.573), Francia(99.446), Italia(96.672), Spagna(83.469) e Germania(61.000).

Altro dato interessante è poi quello relativo all'eterogeneità rispetto alla distribuzione del farmaco. Infatti, nella maggior parte dei Paesi dell'UE la terapia sostitutiva è somministrata da medici specializzati e dai centri di trattamento, mentre solo in Repubblica Ceca, Olanda, Croazia e Regno Unito, essa può essere prescritta anche dai medici generici.

Entrambe le modalità presentano però vantaggi e svantaggi.⁹⁸

Quando la somministrazione avviene nei centri specializzati e di trattamento, il paziente riceve un aiuto e una supervisione da parte dei professionisti del settore, ma, purtroppo molte volte, è costretto a spostarsi dal luogo in cui risiede, poiché tali servizi sono spesso scarsi e distribuiti in modo disomogeneo territorialmente.

Quanto invece ai medici generici, questi seppur sono distribuiti in maniera più omogenea rispetto ai primi, non preservano l'anonimato del tossicodipendente, in quanto si rivolgono ad un utenza vasta e eterogenea e molte volte, non sono sufficientemente preparati a fronteggiare questa specifica patologia.

Il quadro è eterogeneo rispetto anche alle modalità d'accesso alla terapia.⁹⁹

Alcuni Paesi, come Grecia e Svezia, applicano criteri ad alta soglia, considerando diversi aspetti: le caratteristiche anagrafiche del soggetto, la storia di tossicodipendenza e l'eventuale iter comunitario e/o ambulatoriale intrapreso.

Altri invece, come l'Italia e la Spagna, utilizzano criteri a bassa soglia, valutando la sola esistenza della dipendenza da oppiacei e la volontà del paziente.

⁹⁸Cfr. O.E.D.T., *Focus sulle droghe: Importanza delle terapie sostitutive per la cura dei tossicodipendenti*, www.emcdda.europa.eu, p.3

⁹⁹ *Ibid.*, p.2

La terapia sostitutiva rappresenta un'importante traguardo raggiunto nell'ambito del trattamento per abuso di sostanze, in quanto tende a stabilizzare il paziente e a renderlo idoneo per un percorso di recupero efficiente.

Il suo utilizzo ha contribuito notevolmente alla prevenzione e alla diminuzione nella diffusione delle malattie infettive.

Tuttavia, il quadro fino qui mostrato, ha evidenziato una disomogeneità tra i Paesi, soprattutto rispetto alla scelta dei criteri di accesso alla terapia e ai luoghi di distribuzione.

3.4 Alcune esperienze in Europa

Rispetto alla panoramica fino a qui mostrata, alcuni Paesi UE si sono distinti per la particolarità e specificità nei programmi e nelle iniziative promosse in ambito della riduzione del danno.

Queste pratiche hanno poi prodotto dei sorprendenti risultati e raggiunto gli esiti sperati in maniera soddisfacente.

Qui di seguito ho riportato alcuni tra gli esempi più significativi.

-La Danimarca

La capitale danese, nel periodo compreso tra il 5 Febbraio del 2000 e la fine del Gennaio 2001, ha ideato un progetto denominato "J-Kie Cards".¹⁰⁰

Esso ha permesso la diffusione, tra i consumatori di droga, dell'informazione su alcuni temi, come quello dell'uso iniettivo in sicurezza.

E' stato un progetto portato avanti dagli operatori di strada, e finanziato dal "The Office of the Medical Officer of Health for the municipalities of Copenhagen and Frederiksberg and the National Board of Health".

Si tratta di piccole cards colorate, con delle immagini disegnate dagli artisti danesi, dove su un lato vengono poste delle domande, e su l'altro vengono date delle risposte.

I quesiti si dividono in cinque tematiche: il corpo, il rischio di infezioni, le droghe, le tecniche di assunzione e le questioni sociali e legali inerenti lo status del tossicodipendente.

Esse venivano distribuite gratuitamente insieme ad un set di siringhe e aghi sterilizzati.

Nell'arco del progetto sono state prodotte circa 100 cards, 25 nuove ogni tre mesi.

¹⁰⁰ *Best practise*, www.emcdda.europa.eu

Quanto agli out come, è risultato evidente come da un lato si è prevenuto il rischio di diffusione nelle strade di aghi e siringhe infette, dall'altro si è avuta una diffusione positiva delle informazioni comunicate anche in maniera piacevole ai consumatori, i quali erano invogliati anche a riceverle per collezionarle.

L'afflusso dei consumatori è passato dal 13%(prima della diffusione delle cards) al 40%(nell'arco di 6 mesi dall'inizio del progetto).

Certamente non si è dissuaso il consumatore a smettere di drogarsi, ma almeno a fare un uso più responsabile e sicuro.

-La Francia

Nell'ottica della riduzione del danno, il 1 Ottobre 2003, l'associazione "APOTHICOM" ha messo in campo un progetto denominato "OverviewPilot of injection material exchange programme (IMEP) in Ivry-sur-Seine pharmacies circulating the new single-use and sterile filter, for HIV and HCV risk reduction".¹⁰¹

Ad esso hanno partecipato 6 farmacie, dietro il compenso di 250 euro per un periodo di sei mesi.

Esse, oltre alla distribuzione del kit, si sono occupate anche di divulgare le informazioni sul corretto uso.

Per formare appositamente e supportare il personale delle farmacie aderenti al progetto, esso è stato invitato a partecipare ad un ciclo di incontri di due mezzeggiate settimanali.

Lo scopo del progetto era quello di ridurre il più possibile il riutilizzo e la condivisione di siringhe ed aghi infetti, distribuendo gratuitamente dei kit sterilizzati presso le farmacie.

Quanto ai risultati: il tasso di kit, utilizzati e recuperati, attraverso il programma ha raggiunto più del 70%; le farmacie hanno riferito che alcuni utenti hanno portato indietro i loro kit senza chiedere quelli sterilizzati in cambio, ma solo al fine di proteggere il loro ambiente; dopo sei mesi di esperienza, tre terzi dei 12 utenti intervistati hanno dichiarato di aver fatto un singolo uso dei filtri; le farmacie hanno imparato a stabilire un dialogo con i consumatori di droga per la fornitura di materiale di iniezione e si ritengono, dopo aver svolto il programma, più propensi a discutere con i pazienti delle loro problematiche.

-Il Portogallo

¹⁰¹ *Ibid.*,

Nel distretto di Setúbal, dall'1 Agosto 2003 al 31 Dicembre 2015, è stato fatto un progetto denominato "Reunion".

Esso, in quanto iniziativa basata sulla riduzione del danno, aveva come obiettivo quello di: creare un contatto con i tossicodipendenti, specie con quelli che, nella maggior parte dei casi, sono restii ai trattamenti; fornire consulenza e informazione sull'uso corretto e sicuro delle sostanze, nonché un supporto, a carattere informativo, per quanto riguarda i trattamenti, la cura e la riabilitazione.

La novità però portata dal progetto, si trovava nell'aver impiegato i tossicodipendenti in trattamento come mediatori.

Essi quindi hanno potuto partecipare al progetto con un doppio mandato: da un lato mettere a disposizione le loro capacità per collaborare con i servizi, che per tanto tempo si sono presi cura di loro, "aiutandoli ad aiutare" i pari nelle stesse condizioni e a dimostrare che, dopo tanto tempo in trattamento, possono restituire, seppur parzialmente, i costi agli operatori stessi.

Dall'altro, apprendendo loro stessi le informazioni inerenti la cura e la riabilitazione, che attraverso la spiegazione all'altro possono fare propri, e possono sentirsi soddisfatti di aver apportato un cambiamento nella propria vita e in quella degli altri.

Quanto ai risultati prodotti dal progetto il bilancio è stato positivo.

Alla fine del primo anno, la condivisione di aghi e siringhe è diminuita tra chi ha partecipato al progetto, in alcuni casi le persone hanno anche intrapreso un percorso di cura e sono ritornati dalle loro famiglie.

In generale c'è stato anche un miglioramento delle condizioni di salute, igieniche e sociali.¹⁰²

-Roma

La Fondazione Villa Maraini è nata alla fine degli anni '70, a Roma.

E' stata fondata da Massimo Barra, un volontario della Croce Rossa italiana.

Essa è impegnata da molti anni nella cura e nel trattamento della tossicodipendenza, in particolare nell'ambito della riduzione del danno.

I suoi interventi tengono al centro la persona e il suo bisogno, e nel corso del tempo, si sono perfezionati, adeguandosi all'evolversi del fenomeno della droga sul territorio romano.

¹⁰² *Ibid.*,

Per questo, di fronte alle crescenti morti per overdose, e alla presa di coscienza che non tutti sono in grado di uscire dalla droga, secondo Villa Maraini, è necessario limitare il danno.

Infatti, se presa tempestivamente una crisi o un overdose, si può evitare la morte.

Per queste ragioni ha ideato uno strumento informativo, unico in Italia, chiamato “TOXICARDS¹⁰³”.

Si tratta di schede, simili a bancomat e carte di credito, che contengono tutte le informazioni necessarie in caso di overdose e dei rischi delle sostanze e dell'alcool.

Nelle due facciate: da una parte si trova scritto “Sos overdose” (o alcool, ecstasy); dall'altra vengono fornite una serie di indicazioni per un primo tempestivo intervento in attesa dei soccorsi.

Dall'analisi condotta in questo capitolo, e dallo sguardo posto ad alcune esperienze, è risultato evidente che la riduzione del danno è uno degli approcci più diffusi in Europa e che, sebbene questo sia condotto con modalità e servizi diversi, può davvero dare un contributo notevole al miglioramento della qualità di vita del tossicodipendente, specie nei casi in cui l'auspicata uscita, momentaneamente, non è raggiungibile.

¹⁰³ www.villamaraini.it

Capitolo IV

Il welfare generativo: dall'assistenzialismo alla responsabilizzazione del tossicodipendente

Il sistema di welfare attuale, volto alla distribuzione di beni e servizi in maniera solidaristica e universalistica, ha spinto i cittadini a trovare nello Stato e nelle sue diramazioni un porto sicuro dove rifugiarsi, portare i propri bisogni e riceverne l'aiuto necessario.

Con l'avvento della crisi, con scaffali sempre più vuoti e risposte non sempre pertinenti e idonee ai bisogni espressi dall'utenza, i servizi si sono trovati in difficoltà, da un lato, con risorse sempre più scarse e tagli al personale, dall'altro, con una crescita esponenziale di bisogni e di richieste d'aiuto dei cittadini.

Il servizio per le dipendenze, come ha dimostrato l'analisi condotta fino ad ora, ha visto la crescita di nuovi utenti in carico, che aggiunti ai vecchi, ha determinato un bisogno crescente di interventi di cura e di inserimenti comunitari a spese della sanità pubblica.

Infatti, da un lato si è assistito all'estensione del consumo di sostanze tra le fasce più giovani della popolazione, determinando l'insorgere di bisogni e prassi d'intervento specifiche e più idonee ai nuovi utenti del servizio; dall'altro, è avvenuto l'innalzamento dell'età media dell'utenza, sia dei pazienti per la prima volta in trattamento, che soprattutto dei lungo-assistiti con problematiche sempre più ingravescenti.

Di fronte quindi a questo scenario di crisi di risorse, personale e ad un'utenza con caratteristiche diverse, quali potrebbero essere le risposte del welfare?

Come si può prevenire il rischio di assistenzialismo e scarsa promozione dell'autonomia e responsabilizzazione di chi è impigliato nella rete della dipendenza?

Il paziente che ha concluso con successo il percorso comunitario non potrà per sempre essere in carico ai servizi, non potrà pensare ad un reinserimento sociale e lavorativo se rimane sempre ancorato all'ambulatorio, che lo ha guidato, sostenuto ed accompagnato nel percorso di cura.

D'altro canto c'è anche una parte considerevole dell'utenza che non è disposta al cambiamento o che non riesce a farlo, o chi non ha abbastanza risorse personali e/o familiari per pensarlo: per loro qual è il percorso più idoneo? Una comunità di vita o un perentorio percorso ambulatoriale?

La vita di questi soggetti non può ruotare per sempre intorno a strutture e personale pronti a difenderli, raccogliarli sul ciglio di una strada e guidarli ogni volta per un'infinità di volte verso quel godimento di diritti e doveri, spesso minati dalla tossicodipendenza.

L'obiettivo dovrebbe invece essere quello di imparare a camminare da soli, con le proprie gambe e a testa alta, ad affinare le armi per difendersi e farsi scudo da se stessi, dai propri desideri incontrollabili e dalla realtà che li circonda.

Investire più su se stessi e meno sul servizio vuol dire responsabilizzarsi e sapere che un sostegno c'è, anche se nuove ricadute o fantasmi del passato si ripresenteranno, ma che non si può essere, per sempre, spettatori della propria vita.

Se questo è l'obiettivo auspicabile, come può essere perseguibile?

Una risposta potrebbe venire da un Rapporto di ricerca, presentato nel 2012 dalla Fondazione Emanuela Zancan, la quale ha introdotto il concetto di welfare generativo, dichiarandolo come passaggio importante e fondamentale per una battaglia vittoriosa contro la povertà.

Infatti un welfare generativo:

[...] è capace di responsabilizzare e responsabilizzarsi, sulla base di un diverso incontro tra diritti e doveri, passando dalla logica del costo a quella dell'investimento e privilegiando l'efficacia e non la semplice assistenza.[...] Investire in un welfare generativo richiede un passaggio strategico: da welfare che raccoglie e redistribuisce le risorse in modo solidaristico a welfare che diventa capace di fare di più, investendo molto di più nelle persone.[...] il nucleo primario del «raccogliere e redistribuire» attribuisce valore centrale al ruolo delle istituzioni, con le funzioni di «rigenerare, rendere e responsabilizzare» la dominanza diventa sociale ed entrano in gioco, mettendole al centro, le persone con le loro capacità e potenzialità[...]¹⁰⁴

Lavorare per costruire un sistema di welfare generativo implica, pertanto, il passaggio dal costo e dalla distribuzione passiva di risorse all'investimento, con la restituzione di un ruolo attivo ai soggetti, potenziandone capacità e risorse.

Curare un tossicodipendente, specie se da lungo tempo in trattamento, in un'ottica di welfare generativo, vuol dire, recuperando le sue capacità residue, apportare un duplice beneficio.

Da un lato il paziente smetterebbe di gravare totalmente sul servizio, sottraendo gli operatori dall'imbarazzo e dalla frustrazione di non avere più interventi da proporre e co-progettare, determinando la prosecuzione del rapporto professionale solo quando la situazione problematica dell'utente lo richieda.

¹⁰⁴ Cfr. Zancan Emanuela, *Vincere la povertà con un welfare generativo, la lotta alla povertà*, Ed. il Mulino Bologna 2012, p.203

Dall'altro lato, l'utente svilupperebbe una propria autonomia e imparerebbe a responsabilizzarsi, aiutato ad essere protagonista della propria vita, trovando sostegno nel servizio. Quindi, adottare prassi d'intervento basate su un welfare generativo, potrebbe contribuire a migliorare le condizioni di vita di chi ha concluso con successo il percorso di cura o è ben compensato con una terapia sostitutiva e vuole rimettersi in gioco.

4.1 Programmi di reinserimento sociale del tossicodipendenze cronico

Nell'area specifica della riabilitazione e del recupero del tossicodipendente di lungotratamento, l'Unione Europea ha ideato alcuni progetti, che hanno coinvolto e aiutato a collaborare più Paesi.

Ho riportato qui di seguito due progetti, interessanti per l'ambito del mio lavoro di ricerca, in quanto hanno come target i consumatori più anziani e più a lungo in carico ai servizi.

- **Il Progetto Senior drug dependents and cares structures(SDDcare)¹⁰⁵**

Si tratta di un programma promosso dall'Unione Europea, tra il 2008 e il 2010, che ha come focus i tossicodipendenti più anziani(dai 35 anni in su).

Nella tabella sottostante (*vedi tabella 11*) ho riportato i punti focali del programma(obiettivi, partners e metodologie):

Obiettivi	Creare una base conoscitiva sui bisogni e le risposte fino ad ora fornite per questa particolare tipologia di tossicodipendenti
	Elaborare delle linee guida per creare servizi ambulatoriali e residenziali che rispondano ai bisogni di questa categoria di tossicodipendenti
Partners	Scottish Drugs Forum Limited(Regno Unito)
	Schweizer Haus Hadersdorf e Europäisches Zentru für Wohlfahrtspolitik und Sozialforschung (Austria)
	Verein Arbeits-und Erziehungshilfe e Institut fü Soziale Infrastruktur (Germania)
	Institute of Psychiatry and Neurology (Polonia)
Metodologie	Ricerca quantitativa nei 4 Paesi che esplori e monitori la situazione dei consumatori più anziani
	Ricerca qualitativa, condotta con interviste ai consumatori e agli esperti.

Tabella 11 progetto SDDcare

- **RECOVERU¹⁰⁶**

¹⁰⁵ www.sddcare.eu

¹⁰⁶ Cfr. *Lifelong Learning programm, Un approccio partecipativo, op.cit.*, p.p.3-6

Il progetto denominato “ A participative approach to curriculum development for adults in addiction recovery across the EU”(RECOVEU), è nato da una collaborazione tra educatori e professionisti nel campo della dipendenza, appartenenti a Regno Unito, Irlanda, Cipro, Italia e Romania.

E’ un progetto iniziato nel Gennaio 2014 e concluso nel Dicembre 2016.

Del progetto, nella tabella sottostante(*tabella 12*), sono stati individuati: obiettivo, partners e metodologia

Obiettivo	Sviluppare attività innovative di apprendimento per aiutare i tossicodipendenti a prepararsi, in fase di recupero, per accedere ai college e alle università, tenendo conto degli ostacoli e delle problematiche specifiche.
Partners	-Staffordshire University – SU (Regno Unito) -Centre for the Advancement of Research & Development in Educational Technology – CARDET (Cipro) -St. Dimitrie Program – SDP (Romania) -Soilse, Drug Rehabilitation Programme (Irlanda) -Social Cooperative ‘Cooperativa Sociale San Saturnino onlus’ – SANSAT (Italia)
Metodologia	-Revisione delle politiche e pratiche attuali in Europa -Attivazione di focus groups con persone in recupero, sulle barriere incontrate nell’accesso all’educazione.

Tabella 12 Progetto Recoveu

Dalla valutazione fatta fino ad ora è risultato che:¹⁰⁷

- Nei cinque Paesi le probabilità di impiego sono molto basse
- Non ci sono programmi di accesso all’istruzione specifici per questo target di pazienti
- Quanto al concetto di recovery, manca una definizione comune a tutti i Paesi

4.2 Tre approcci nel recupero del tossicodipendente cronico

Tra gli approcci che i diversi Stati adoperano, con l’obiettivo di recuperare e di reinserire la persona tossicodipendente con una lunga storia nei servizi, quelli più diffusi sono tre: il recovery, il peer support e l’arte terapia.

4.2.1 Il Peer Support

Il peer support è un approccio molto conosciuto nei servizi di tossicodipendenza e di salute mentale.

¹⁰⁷ *Ibid.*,p.21

Di cosa si tratta?

Esso è “*a supportive relationship between people who have a lived experience in common*”¹⁰⁸, ovvero una relazione di supporto tra persone che hanno un’esperienza di vita comune.

Rispetto al classico metodo che vede l’esperto e il destinatario in un rapporto di asimmetria e di passivo apprendimento, in questo approccio invece, i leaders del gruppo si fanno promotori e agenti di cambiamento di se stessi e degli altri membri, utilizzano lo stesso linguaggio verbale e non verbale, condividono un analogo percorso esperienziale.

Si tratta quindi di un processo di empowerment, dove leaders e membri sono capaci di sviluppare le proprie competenze e essere autonomi e consapevoli nella gestione della propria vita e delle proprie scelte.

Basato sempre sul principio della condivisione della stessa esperienza di vita, è quello che viene definito Peer support works, ovvero:

*[...] a freestanding initiative or a collaboration between community members and an agency, aiming at meaningful involvement of peers and based on principles of mutuality and empowerment[...]*¹⁰⁹

Si tratta di individui, volontari o retribuiti, che supportano i pari in ambito lavorativo, perché con essi condividono un’eguale esperienza di vita.

L’assunzione dei pari all’interno dei servizi può arrecare un doppio beneficio.

Innanzitutto aiuta gli stessi soggetti a divenire più responsabili e attivi del proprio percorso di recupero, e in seconda battuta, a essere di sostegno anche agli altri, condividendo paure e speranze.

E’ un valido aiuto per lo staff e per le persone perché i pari fanno da ponte tra operatori e pazienti, li coinvolge nel processo di empowerment e di cambiamento che per primi hanno intrapreso per sé stessi.

I principi cardine di un approccio tra pari sono:¹¹⁰

- **L’uguaglianza:** i partecipanti hanno diverse caratteristiche personali e professionali, ma lavorano in simmetria e vogliono raggiungere l’obiettivo comune del cambiamento e dell’autonomia

¹⁰⁸ www.feantsa.org

¹⁰⁹ “[...] Un’iniziativa indipendente o in collaborazione con altri membri della comunità e un’agenzia, che mira ad un coinvolgimento significativo sulla base di principi di mutualità e empowerment[.]”, cfr. Correlation Network product, *Greater Meaningful Involvement of People Who Use Drugs in 7 Key Principles and 13 Examples of Good Practice*, www.deregenboog.org, p.3

¹¹⁰ *ibid.*, p. 7

- **L'autodeterminazione:** le persone coinvolte imparano ad essere responsabili delle proprie azioni e ad assumere autonomamente e consapevolmente delle decisioni
- **Il coinvolgimento genuino e completo:** i pari prendono attivamente parte al progetto che li coinvolge
- **La costruzione sui punti di forza:** l'approccio tra pari costruisce sulle capacità e sulle potenzialità delle persone, non sui limiti e sulle debolezze
- **Il supporto allo sviluppo della comunità:** promuove l'empowerment della comunità, attraverso la partecipazione attiva della popolazione anche nelle decisioni
- **La personalizzazione dei bisogni:** accoglie le persone e le supporta in maniera differenziata, a seconda del bisogno che hanno e degli obiettivi che si prefissano di raggiungere
- **Il rispetto:** gli operatori operano nel non giudizio e nel rispetto della singolarità di ogni persona e di ogni storia

Dove sono presenti i progetti di peer education?

Queste iniziative sono diffuse in tutta Europa, ma in particolare in Finlandia, Belgio, Portogallo e Grecia.

4.2.2 Il Recovery

Il Recovery è un approccio nato in ambito della psichiatria, basato sull'idea che sia possibile recuperare, nonostante un danno di cui resta traccia, tramite interventi terapeutici, riabilitativi e cambiamenti ambientali, riguardanti anche lo stile di vita del paziente.¹¹¹

E' possibile infatti il ritorno ad una condizione precedente alla malattia con dei cambiamenti.

Infatti, l'insorgere dei disturbi psichici ha prodotto un cambiamento stabile rispetto allo stato iniziale, ma se riabilitato, il soggetto può essere in grado di ritornare ad una condizione fisica e psicologica funzionale e soddisfacente.

Tuttavia, è anche vero che, più lungo e pervasivo è il decorso della malattia, più marcato è l'impatto sulla vita delle persone e su come queste vedono se stesse nel mondo e in relazione con gli altri.

Questa idea di sé non può essere facilmente dimenticata o cancellata, anche indipendentemente dalla presenza dei sintomi o del processo di malattia.

¹¹¹ Cfr. CO.GE.S Don Lorenzo Milani società Cooperativa Sociale, *Atti del Convegno "Stigma e riabilitazione psicosociale nelle Dipendenze patologiche e nelle Doppie Diagnosi"*, 17- 18 Novembre 2016, San Donà di Piave(VE)

Una situazione di questo tipo richiede, da parte del professionista e da parte del paziente, l'individuazione delle qualità positive e delle risorse ancora esistenti, su cui far leva e da potenziare, con l'obiettivo di produrre un recupero e un cambiamento positivo nella persona.

Oggi questo modello è stato esportato anche in ambito della tossicodipendenza, in quanto si è assistito alla cronicità dei suoi pazienti.

Per i pazienti tossicodipendenti, con una lunga storia di patologia, si ravvisano infatti caratteristiche e bisogni simili a quelli dei pazienti con patologie psichiatriche.

Oltre a questo, naturalmente, c'è un'ampia fetta di soggetti dipendenti che ha entrambi i disturbi di abuso e di salute mentale.

Esperienze di applicazione del recovery al campo della dipendenza, sono state fatte nel Regno Unito, e in Italia, soprattutto in Veneto (*vedi capitolo VI*).

4.2.3 L'Arte-terapia

L'arte-terapia, utilizzata per la prima volta in Inghilterra, si è sviluppata inizialmente nel campo della salute mentale.

Cosa si intende?

[...]L'arte-terapia è un insieme di metodiche inquadrabili in diverse aree concettuali(psicoanalitica, cognitivista, relazionale) finalizzate alla promozione umana con scopi riabilitativi, psicoterapeutici e preventivi, di qualunque forma di disagio psico-sociale, che prevedono l'uso sistematico di pratiche artistiche grafico-plastico-pittoriche[....]¹¹²

È una disciplina che si avvicina al paziente, utilizzando tecniche dell'arte grafico-plastica e pittorica, della musica, della danza e del teatro.

Ha come obiettivo ottenere dall'utente dei manufatti artistici, che sono specchio della sua storia e della sua interiorità.

L'ottenimento di tali opere, tuttavia, non mira all'esaltazione delle qualità artistiche del soggetto, non è scoperta di un artista nuovo, ma è accompagnamento del paziente verso un viaggio introspettivo.

Attraverso l'arte verranno fuori: le sue paure, i suoi sogni, desideri e timori, aspetti che le normali relazioni tra professionisti e utenti spesso non riescono ad indagare e ad affrontare.

¹¹² Cfr. "L'arte terapia nel trattamento delle dipendenze", in *Cronicità e cronicizzazione nel campo delle dipendenze*, Itaca gennaio-Aprile 2010, anno XIII numero 30, p.84.

L'arte-terapia, oltre ad essere un importante strumento di introspezione interiore, è un metodo che permette di accrescere le capacità residue e di responsabilizzare il soggetto nell'affrontare tematiche e stati d'animo.

Esso è:

*[...]un aiuto a modificare i rapporti che la persona ha con se stessa e con gli altri, ma proprio per questo necessita di due condizioni fondamentali: un percorso nel tempo ed una relazione con l'arte terapeuta che possa guidare e dare un senso a questo percorso[...]*¹¹³

Si tratta di un lungo percorso di fiducia in sé stessi e di apertura all'arte.

Ma una volta conosciute le regole e prodotti i manufatti, diventa fondamentale la guida di un esperto per affrontare emozioni e temi emersi, così da aiutare il paziente a ricalibrare la propria immagine e ad abbandonare gli aspetti di autodistruzione e malessere nella propria vita.

Oggi questo metodo è utilizzato nei contesti scolastici e sociali, e, negli ultimi 20 anni, anche in ambito delle dipendenze patologiche.

La prima esperienza di arte-terapia è stata fatta negli USA nel 1983 dall'americana Rosanne Moore e oggi è impiegata nei programmi per i pazienti tossicodipendenti, anche con una lunga storia di servizio e di riabilitazione comunitaria.¹¹⁴

Gli studi sistematici in materia sono molto scarsi, se ne ritrovano alcuni negli USA, che comunque dimostrano il bilancio positivo della tecnica, anche in ambito della dipendenza.¹¹⁵

Se le due patrie dell'arte-terapia sono gli Stati Uniti e l'Inghilterra, si ritrovano timide esperienze anche in altri Paesi europei, come in Italia.

4.3 Un nuovo tipo di comunità?

Uno dei luoghi più diffusi e articolati della cura e riabilitazione della tossicodipendenza è la comunità terapeutica.

Com'è definita la comunità terapeutica? In cosa consiste?

[...] a range of treatment traditions and approaches that all share the idea of using the relationships and activities of a purposefully designed social environment or residential treatment setting to promote social and psychological change[...] offer a drug-free envi-

¹¹³ Cfr. Elena Giordano, *Arteterapia: aspetti espressivi, riabilitativi e terapeutici*, 2003, www.arteterapia.it, p.1

¹¹⁴ Cfr. *L'arte terapia nel trattamento*, op.cit., p.85

¹¹⁵ *Ibid.*, p.86

*ronment in which people with addictive problems live together in an organised and structured way in order to promote change and make it possible for them to lead a drug-free life in the outside society[.]*¹¹⁶

Qual è la sua evoluzione storica?

La prima comunità terapeutica fu fondata nel 1958 a Santa Monica, in California, con il nome di “Synanon”, dall’omonimo movimento fondato da Charles Dederich¹¹⁷.

Egli era membro dell’associazione degli alcolisti anonimi, nata nel 1935 nell’Ohio, con i quali condivideva il principio di drug-free e di self-help.

Tuttavia Charles Dederich, si era allontanato dal modello degli Alcolisti anonimi, in quanto aveva istituito la prima struttura residenziale autogestita, dove venivano svolte delle attività da parte dei pari e dove ci si appellava ad un programma specifico che prevedeva un lavoro su tre fasi: la disintossicazione, il trattamento e il reinserimento.¹¹⁸

Una tecnica nuova, istituita da Dederich, era “the game”, ovvero il gioco di gruppo, consistente nella condivisione paritetica e democratica delle esperienze di abuso.¹¹⁹

Tuttavia, il modello democratico ben presto cedette il posto ad uno fortemente gerarchico, settico e spirituale, che con il tempo, ebbe sempre meno consenso fino a chiudere i battenti nel 1991.¹²⁰

In Europa, lo sviluppo delle comunità avvenne più tardi, intorno al 1968.

La prima comunità fu fondata in Inghilterra(Phoenix House) e in seguito si diffuse in tutta Europa, a partire dall’Olanda, Belgio, Germania, Svezia e Italia(Centro italiano di solidarietà).¹²¹

Le comunità europee adottarono il modello di drug-free, proposto dall’esperienza statunitense, e si proposero come obiettivo lo sviluppo delle capacità e dell’autonomia delle persone tossicodipendenti, attraverso l’auto-aiuto e il lavoro in gruppi terapeutici e di pari.

¹¹⁶ “[...]Una serie di tradizioni di trattamento e approcci che condividono l’idea di usare le relazioni e le attività di un ambiente sociale volutamente progettato o l’impostazione di trattamento residenziale per promuovere il cambiamento sociale e psicologico [...]offre un ambiente privo di droga in cui le persone con problemi di dipendenza convivono in modo organizzato e strutturato al fine di promuovere il cambiamento e rendere possibile per loro di condurre una vita libera dalla droga al di fuori della società [...]”, cfr. Wouter Vanderplasschen, Stijn Vandevelde, Eric Broekaert, *The-rapeutic communities for treating addictions in Europe: Evidence, current practices and future challenges*, www.emcdda.europa.eu, p.9

¹¹⁷ Cfr. “History, philosophy and development of the therapeutic community in Europe” in *Itaca rivista*, maggio 1998, volume III n°2, p.33

¹¹⁸ Cfr. Wouter Vanderplasschen, *Therapeutic communities*, op.cit., p.13

¹¹⁹ Cfr. E. Cortini, M. Clerici, G. Carrà, *Una revisione narrativa: Is there a European approach to drug-free therapeutic communities?*, www.jpsychopathol.it, p.29

¹²⁰ Cfr. Antonio De Giovanni, Francesca Dal Canton, “Le comunità terapeutiche per i disturbi correlati a sostanze in Europa e negli Stati Uniti” in *Bollettino della Società Medico Chirurgica di Pavia 126*, Comunicazione presentata all’adunanza del 23 maggio 2013, p.627

¹²¹ Cfr. “The development of therapeutic communities: risks and difficulties in transition”, in *Rivista Itaca*, Marzo 2001 volume VI n°1, p.26

Pertanto l'obiettivo con cui nacquero le comunità terapeutiche, in Europa e negli Stati Uniti, negli anni '60 e '70, fu quello di guarire la persona, attraverso l'interruzione dell'abuso di sostanze e il suo reinserimento nella società.

Nel 1978, fu fondata la Federazione europea delle comunità terapeutiche (EFTC), di cui fanno parte circa 25 Paesi, ed è nata con l'obiettivo di supportare i programmi di cura e riabilitazione nell'ambito delle dipendenze patologiche.¹²²

A partire dalla fine degli anni '80 e nel corso degli anni '90 del secolo scorso, a seguito della diffusione dell'HIV e delle frequenti morti per overdose, causate, nella maggior parte dei casi dall'eroina, le comunità terapeutiche iniziarono a elaborare nuovi programmi d'intervento, basati sulla riduzione del danno e sulla somministrazione della terapia sostitutiva.

Dagli anni '90 fino ai nostri giorni, le comunità hanno iniziato a modificare il loro approccio d'intervento, in base ai bisogni e alle tipologie di utenza.

Hanno infatti elaborato programmi di lungo o di breve periodo e hanno abbandonato la genericità dei trattamenti, attivando programmi e istituendo strutture più specifiche e adatte ai diversi target di utenti: madre-bambino, minori, tossicodipendenti, alcolisti, giocatori d'azzardo, la coppia tossicodipendente, le persone con comorbilità psichiatrica, le alternative al carcere e alla pena; i pazienti in trattamento sostitutivo, i tossicodipendenti e alcolisti con patologie infettive, come l'HIV e l'epatite.

Qual è la situazione attuale delle comunità terapeutiche in Europa?

Le comunità terapeutiche, in base alla struttura, possono essere residenziali o semiresidenziali, mentre, in base ai programmi offerti, possono essere generiche o specialistiche, a seconda se si rivolgono ad un target generico di pazienti tossicodipendenti o soltanto ad una particolare categoria di utenti.

In base agli approcci adoperati e ai principi, le comunità mostrano alcuni aspetti comuni, altri diversi.

La maggior parte dei Paesi europei, infatti, condivide l'idea di comunità come luogo di cura con l'obiettivo del cambiamento, grazie agli strumenti terapeutico-educativi individuali e di gruppo.

Si tratta quindi, nell'immaginario europeo, di luoghi ideali, lontani dalla caoticità, da minacce e pericoli della realtà, dove l'uso delle sostanze non è consentito (ad eccezione della terapia sostitutiva), dove si seguono delle rigide regole.

Purtroppo, però, i percorsi comunitari non sempre regalano una nuova vita e un'uscita definitiva dall'abuso di sostanze.

¹²² Cfr. *History, philosophy, op.cit.*, p.39

Spesso ci si inserisce in più di un percorso comunitario, ma il tempo e la ripetizione degli interventi non aiutano, non migliorano la persona.

I risultati sperati non vengono raggiunti, non si smette di abusare, non si è disposti o non si riesce a cambiare, a dire basta, a ricominciare.

E anche quando, usciti dalla comunità e terminato il periodo di riabilitazione, quando ci si sente pronti a voltare pagina, purtroppo, abbandonato il luogo protetto e l'occhio vigile degli operatori di riferimento, il mostro della dipendenza è dietro l'angolo.

Ed ecco che si ricade velocemente, basta una piccola dose o un bicchiere di vino, l'incontro di un vecchio amico, il passaggio in una strada o in un giardino conosciuti, il ripetersi a sé stessi che non succederà nulla, che non c'è niente di male, se lo si fa senza esagerare.

Questa è la difficoltà e il limite maggiore della tossicodipendenza: la fragilità estrema di un essere umano, il congelamento e il deterioramento delle sue capacità e delle sue abilità, la perdita perenne di un rapporto equilibrato con sé stessi e con una sostanza.

La dipendenza ha tolto loro gli anni più belli, li ha lasciati soli, ha distrutto i legami sociali, e tante volte quelli familiari, non gli ha permesso di avere una casa, un lavoro.

Ad una certa età, non è semplice ricominciare per nessuno, specie per chi per tanti anni, non ha pensato a sé stesso, ma ha donato tutto a "lei", gli è stato schiavo, un servo fedele.

Quando, quindi, la cura e il recupero non sono possibili, qual è l'obiettivo che possiamo prefiggerci? Lo strumento comunitario come luogo ideale con la sua missione salvifica, è sufficiente?

Quali altre risorse possono essere messe in campo? Ci basta indicare come successo il raggiungimento di un equilibrio, di una stabilità, anche se la persona non è avulsa completamente dall'uso delle sostanze?

Se ha provato la comunità, ottenendo un fallimento o un breve successo, ma ha delle capacità anche se celate?

Piuttosto che ostinarsi in un accanimento terapeutico e comunitario, non sarebbe più utile cercare di individuare prima, e rigenerare poi, le sue capacità e renderlo quanto più possibile autonomo?

Per questo ci si dovrebbe sganciare dalle comunità protette chiuse e ideali, e provare a calare questi soggetti in un contesto aperto e reale.

Lì possono sperimentarsi come persone, curare il rapporto con sé stessi e con gli altri, apprendere abilità quotidiane e imparare a vivere in autonomia.

In questo quadro rientrano gli alloggi protetti e le comunità alloggio. Non si tratta di luoghi di cura, ma di soluzioni residenziali che hanno lo scopo di promuovere il massimo grado di autonomia dei soggetti che vi abitano.

Sono soluzioni nate in ambito della salute mentale, oggi estese ai campi d'intervento della popolazione più anziana e anche verso altre disabilità o persone affette da malattie croniche.

Per la somiglianza con l'obiettivo che si propongono, esse sono state applicate nell'ambito della dipendenza, soprattutto per gli ex-tossicodipendenti.

Tuttavia, il loro utilizzo sarebbe utile anche rispetto ai dipendenti cronici, poiché essi hanno già effettuato percorsi terapeutici e riabilitativi di lungo periodo, hanno livelli parziali di autonomia, hanno raggiunto un equilibrio nell'assunzione della terapia, e non necessitano quindi di ulteriori programmi di cura, bensì di interventi di recovery e di rigenerazione delle proprie capacità e della propria autonomia.

Alla luce delle pratiche e degli approcci di cui si è discusso, ho voluto concludere con alcune riflessioni.

Concentrarsi sulle capacità residue delle persone, attraverso il recovery, il peer support, l'arte-terapia e un nuovo tipo di comunità, può rappresentare un'abile soluzione nell'ambito delle dipendenza cronica.

Infatti, l'utilizzo di tali metodologie può permettere la responsabilizzazione e capitalizzazione della persona, che impara ad accrescere le proprie capacità residue e a canalizzarle in un'ottica di riabilitazione e di recupero.

Naturalmente, il percorso di rinascita e autonomia non è semplice, ed è minato da diversi aspetti. Innanzitutto, a livello dei servizi e della loro spesso scarsa capacità di apprendere e migliorarsi, tenendo conto dei nuovi bisogni dell'utenza e di risorse sempre più scarse.

Anche l'ambito delle politiche di sostegno economico e di reinserimento sociale e lavorativo della persona giocano un ruolo fondamentale.

Sono infatti ancora molto rigidi i requisiti di accesso e di partecipazione ai programmi di inclusione, anche rispetto allo stigma della dipendenza e all'immagine negativa nella collettività.

Infine non va dimenticata la vulnerabilità e fragilità che contraddistingue la persona tossicodipendente.

Spesso è poco motivata a lavorare, paralizzata nelle proprie abilità personali e sociali, incapace di tornare alla normalità quotidiana e di compiere anche i gesti più semplici insieme alla perdita di routine e abitudini, derivanti dalla disoccupazione di lunga durata; è spesso impaurita dallo stigma e dalla mancanza di fiducia nella società; ha un basso livello di fi-

ducia in sé stesso e di autostima; è impaziente, è segnata dai sensi di colpa e dall'incapacità di far fronte al cambiamento di abitudini già consolidate.

Capitolo V

Un viaggio nelle città europee: alcune esperienze nel campo della dipendenza cronica

5.1 Una comunità aperta a Londra

A Londra, specificatamente nel campo della dipendenza cronica, un ruolo innovativo ha avuto il Progetto “Caleidoscopio”:

*[...] Si è considerato che per i tossicomani cronici, l’approccio della comunità aperta rappresenta la forma più efficace di lavorare.[..] Gli interventi migliori sono la continua presentazione delle scelte, in modo che il tossicomane non resti ad affrontare la propria dipendenza in uno stato di confusione e d’impotenza. L’assunzione di droghe diventa una scelta controllata.[...]*¹²³

La comunità per il tossicodipendente rappresenta una realtà molto rigida dove l’uso delle sostanze non è consentito e rappresenta una realtà isolata e quasi fuori dal mondo. Non è una realtà vera.

Per questo, il progetto Caleidoscopio, ha creato delle cliniche di facile accesso, aperte dalle ventidue alle sei del mattino(fino alle due è presente il medico, fino alle sei il personale infermieristico).

Tali orari, poiché molto flessibili, consentono la cura della patologia, ma permettono anche al tossicomane, di poter facilmente stare nel mercato del lavoro e di continuare a far parte della routine quotidiana, che può essere anche piena di rischi.

Inoltre, la distribuzione del metadone avviene dalle sette alle ventitré, permettendo ai consumatori di svolgere un’attività lavorativa normale.

Oltre alla parte clinica, il progetto è riuscito anche a produrre un miglioramento delle opportunità di studio e di formazione per i tossicodipendenti cronici.

Ha istituito, infatti, dei corsi di alfabetizzazione e di preparazione per l’ammissione all’università. A scopo formativo, il progetto ha previsto anche degli eventi sociali e delle visite guidate nella propria città, ma anche all’estero.

¹²³ Cfr. Itaca, *Libro d’interventi: Apprendere e cambiare, Bilancio e prospettive di futuro dell’intervento sulle droghe in Europa*, Barcellona Novembre 1995, p.179

Quando un paziente vuole disintossicarsi, oltre alla cura, ha bisogno di crearsi un ambiente sicuro, dove incontrarsi e parlare con quelli che hanno la sua stessa situazione, dato che il mondo circostante lo discrimina.

Ciò però li porta spesso a ritrovarsi nei luoghi delle città più marginali, nelle aree degradate e di spaccio e ciò, non determina in loro un cambiamento, ma anzi fa credere loro che la violenza e la droga siano modi di vita, e frequentare quei vecchi posti, fa ritornare continuamente i mostri del passato e determina molto spesso le ricadute.

Per questo, il progetto ha pensato che fosse necessario creare dei centri diurni, che oltre ad essere luoghi di cura, sono anche luoghi d'incontro.

Questi sono composti da diversi servizi, tra cui: due ostelli, che ospitano non solo persone problematiche, ma anche insegnanti e studenti di servizio sociale per tre mesi, e turisti per due settimane; un servizio di counselling e una cucina aperta, dove possono gustare cibi fatti in casa.

Il centro appare come un ambiente non violento, familiare, dove si possono imparare i modi di una vita sana e dignitosa, dove la violenza non c'è.

La cosa nuova è che però ad usufruire di tali servizi, non sono solo i tossicodipendenti, ma anche altri soggetti svantaggiati e una fascia benestante della società, formata in particolare da uomini e donne, che svolgono in questo centro i loro pranzi d'affari.

Ciò permette quindi di mettere in relazione persone diverse e anche di sfatarne i pregiudizi verso le persone problematiche e soprattutto i tossicodipendenti.

Per accogliere nuovo pubblico il centro ha organizzato anche degli eventi teatrali.

Il progetto quindi vede il tossicodipendente, anche al di là della propria patologia, come una persona con bisogni e con capacità da migliorare, mostrandogli un mondo che non è solo l'emarginazione, la droga e la violenza, ma una realtà diversa, una vita piena.

5.2 Il movimento di un gruppo di tossicodipendenti in Scozia

Negli anni '90 è nato lo "Scottish Drug Forum"¹²⁴, formato da un centinaio di tossicodipendenti, con l'obiettivo di migliorare la qualità delle politiche scozzesi nell'ambito della cura e della riabilitazione della tossicodipendenza.

L'obiettivo auspicato è stato perseguibile attraverso la conduzione di ricerche e interviste tra pari su tematiche differenti inerenti la droga e le problematiche sociali connesse ad essa.

¹²⁴ Cfr. *Greater Meaningful Involvement, op.cit.*, p.31

Con tale ricerca si sono ottenuti ottimi risultati, sia per quanto concerne l'influenza sui policy makers, con l'aumento della qualità dei servizi e degli interventi in ambito di cura dal consumo di sostanze, sia rispetto ai partecipanti tossicodipendenti all'iniziativa, perché ha permesso loro il recupero e il miglioramento delle capacità residue e l'accrescimento nella fiducia in se stessi.

Infatti chi ha partecipato all'iniziativa ha intrapreso un percorso scolastico e di formazione, oppure si è aperto una possibilità nel mercato del lavoro, senza contare che ha accresciuto la propria autonomia e la capacità di condurre le attività più semplici del quotidiano, spesso minate dalla dipendenza.

5.3 Repubblica ceca: un ponte per il lavoro

Lo stato ceco ha ideato un progetto denominato “Šance – complete assimilation programme for people on methadone substitution with the aim of labour market and social reintegration”¹²⁵, che si è svolto dal Gennaio 2012 al Gennaio 2014.

Si è rivolto ai tossicodipendenti in trattamento per aiutarli a reinserirsi nella società e nel mercato del lavoro.

E' stato organizzato da Středisko prevence a léčby drogových závislostí - DROP IN, o.p.s e ad esso hanno preso parte circa 120 partecipanti.

Si proponeva di ridurre il comportamento criminale, di migliorare l'educazione, di accrescere l'autonomia e l'autostima, e di aiutarli a combattere e a fronteggiare lo stigma di cui spesso sono vittime.

Il progetto ha creato per loro il “job club”, un posto in cui possono trovare consulenze individuali nella ricerca lavoro.

Tutti i partecipanti infatti negli incontri hanno ricevuto un piano individuale dettagliato, che esplicava gli obiettivi da raggiungere.

Il progetto collaborava con circa 24 aziende private e pubbliche, che si sono offerte di inserire, presso le loro strutture, i partecipanti al progetto.

La maggior parte delle aziende aderenti opera nel giardinaggio, nella pulizia e nella ristorazione.

I risultati del progetto sono stati molto positivi: 30 dei partecipanti hanno ottenuto posti di lavoro permanenti o hanno mantenuto il lavoro per più di sei mesi

5.4 L'osservatorio dei bisogni: il diritto di reagire in Francia

¹²⁵ Cfr. Fondo sociale europeo, *Progetti, op.cit.*

Nel 1993 in Francia è nata un'organizzazione, composta dai tossicodipendenti più anziani, chiamata "Auto Support et réduction des risques parmi les Usagers de Drogues" (ASUD)¹²⁶.

Essa ha sede a Parigi, Marsiglia, Loiret e Ni[^]mes ed è nata inizialmente come supporto alla riduzione dei rischi tra utenti ed ex- dipendenti, nella lotta all'HIV.

Recentemente hanno creato l'"Obervatoire du Droit des Usagers"¹²⁷.

Si tratta di un vero e proprio osservatorio sul web, dove i tossicodipendenti possono raccontare le loro esperienze di difficoltà e bisogno, di emarginazione e stigmatizzazione, e dove si trovano delle guide su come far rispettare i propri diritti in ambito della salute, dell'informazione, dell'accesso alle cure, del quadro giuridico e della mediazione per la ricerca di un lavoro e di un alloggio.

Nella pagina si trova un forum dove si possono condividere le esperienze, si possono scaricare dei moduli e compilarli nella parte relativa alla violazione del diritto subita.

Poi si trovano anche delle guide, con degli opuscoli scaricabili, che spiegano i diritti relativi ai diversi ambiti di discriminazione ed emarginazione per il tossicodipendente.

Questo website ha avuto enorme successo, infatti oggi ha ottenuto un sostegno in ambito sanitario, da parte dei medici e degli specialisti nel campo della dipendenza e un riconoscimento a livello sociale e politico.

5.5. L'advocacy dei cronici in Grecia

Nel 2011 è nata la "Greek Drug and Substitution Users Union"¹²⁸, formata dai tossicodipendenti in terapia sostitutiva, che vogliono rimettersi in gioco e responsabilizzarsi, attraverso la lotta per i propri diritti e doveri, minati spesso dalla tossicodipendenza, e vogliono riprendere il timone della propria vita e decidere e fare scelte in autonomia.

E' composta da circa 213 componenti, più dei volontari, e collabora con "POSITIVE VOICE", che è un'associazione di persone malate di HIV, e con "Prometheus", che invece è l'organizzazione dei pazienti malati di epatite.

Essa quindi esercita il ruolo di advocacy, dando voce ai propri pari che molto spesso non hanno il coraggio di mostrarsi, o peggio di lottare per i propri diritti.

L'organizzazione ha avuto un impatto positivo, a livello politico e sociale, poiché è stata in grado di influenzare le decisioni dei policy makers, soprattutto nell'ambito della qualità di cura e della distribuzione del metadone in Grecia.

¹²⁶ Cfr. *Greater Meaningful Involvement, op.cit.*, p.14

¹²⁷ Cfr. *Observatoire du droit des usagers, www.asud.org*

¹²⁸ Cfr. *Greater, op.cit.*,p.23

Il canale prediletto dall'associazione è internet ed in particolare i social network, come facebook.

5.6 Lituania: un ristorante per la riabilitazione

In Lituania, nell'ambito dell'inclusione lavorativa, nel Marzo 2011, è nato un progetto intitolato "My Guru: a restaurant for rehabilitation".

Nell'iniziativa sono stati coinvolti circa 50 tossicodipendenti in fase di recupero o ex-tossicodipendenti.

L'obiettivo è stato quello di aiutarli a ritrovare la giusta via per ritornare alla vita normale, attraverso il lavoro.

L'intero progetto si è svolto in un ristorante a Vilnius.

L'attività ha permesso ai partecipanti di conciliare gli aspetti inerenti l'ambulatorio e la terapia, con l'accrescimento delle capacità e delle abilità lavorative, in particolare nell'ambito della cucina e del servizio in sala.

Il progetto si è concluso nel Maggio 2011, al termine del quale i partecipanti hanno conseguito un attestato che gli ha permesso di accedere al mercato del lavoro, di continuare a studiare, mentre altri hanno continuato a lavorare nel suddetto ristorante per aiutare gli altri(i pari) in questo percorso.

E' interessante, leggendo il report del progetto, prendere atto dei feedback delle persone che vi hanno preso parte.

In particolare ho riportato una testimonianza:

[...] The My Guru restaurant was my first step into an honest and good life [...] The experience I acquired here helped me to find a job. [...] The restaurant is now making a profit – which is one measure of success – but just as important for the organisers is its success as a model social enterprise which puts the people who work in it, at the heart[...]¹²⁹

Questa opportunità è stata considerata quindi un primo passo di una vita onesta prima di tutto e poi anche di una possibilità di successo personale e di primo ingresso nel mercato del lavoro.

¹²⁹ “[...] Il ristorante My Guru è stato il primo passo in una vita onesta e dignitosa[...] l’esperienza che ho acquisito mi ha aiutato a trovare lavoro[...] il ristorante sta guadagnando, che è una parte del successo, ma altrettanto importante per i fondatori, è il suo successo come modello di impresa sociale, che mette le persone che lavorano in esso, nel cuore[...]”, cfr. Fondo sociale europeo, Progetti, op.cit.,

5.7 Il manuale del reinserimento lavorativo in Spagna

In ambito lavorativo, in Spagna, è stato attivato un progetto denominato: "Occupational Guidance Service for Recovering Drug Addicts"¹³⁰.

Ha avuto inizio nel Gennaio 2004 ed è terminato nel Giugno del 2005.

Proponeva ai suoi partecipanti, da un lato l'orientamento e la preparazione professionale, dall'altro l'intermediazione e i rapporti con le aziende sul mercato del lavoro reale.

Per concorrere al perseguimento di questi obiettivi è stato creato un ufficio per l'impiego e la formazione.

Il lavoro prevedeva due fasi: nella prima è avvenuta la formazione dei partecipanti, tenendo conto delle proprie predisposizioni fisiche e psicologiche, monitorandone il loro andamento; successivamente sono state istituite delle reti con aziende e istituzioni per permettere l'ingresso nel mercato del lavoro.

Purtroppo non sono ancora stati resi noti i risultati del progetto, tuttavia la proposta è apparsa molto interessante, in quanto ha previsto la creazione di un apposito servizio per il reinserimento nel mercato del lavoro, che tiene conto dei bisogni specifici e delle problematiche di questa categoria di utenti, e poi perché lavorava in maniera integrata, sviluppando abilità e capacità dei soggetti e instaurando delle reti solide di collaborazione con le aziende sul territorio nazionale.

5.8 La riabilitazione in Irlanda: tra programmi di inclusione e arte-terapia

Nell'ambito dell'inserimento lavorativo dei tossicodipendenti, l'Irlanda ha attuato alcuni programmi.

Uno dei più noti è denominato: "The Labour Market Inclusion Programme"¹³¹, che è iniziato nel Gennaio 2001 a Dublino, e si è rivolto ai tossicodipendenti in terapia sostitutiva.

Il suo obiettivo era quello di promuovere il loro inserimento lavorativo, prevedendo la formazione prima, e l'impiego poi.

Nello specifico: il periodo di formazione aveva la durata di sette settimane, mentre l'inserimento lavorativo di 7 mesi.

¹³⁰ Cfr. *Best practise, op.cit.*,

¹³¹ *Ibid.*,

Il progetto è stato promosso dalla “Northside Partnership”, che lavora nella Dublino del Nord, ed è attiva nella lotta contro l’esclusione e promuove la reintegrazione sociale.

I risultati raggiunti sono stati positivi, ma solo per sei dei sedici partecipanti, che hanno effettivamente trovato un impiego, e uno di questi ha invece approfondito l’ambito della formazione.

Sebbene quindi si possa fare un bilancio positivo dell’iniziativa, ciò lo è stato solo per una parte dei partecipanti.

Da anni l’Irlanda è attiva anche in un altro interessante progetto, denominato “Recovery through Art, Drama and Education” (RADE Ltd).¹³²

Esso ha lo scopo di aiutare i tossicodipendenti a migliorare le proprie condizioni di vita e ad uscire dalla solitudine e dall’emarginazione, attraverso attività culturali, quali il teatro e l’arte.

Non si tratta di un semplice apprendimento passivo, che spesso vede protagonisti questi soggetti, quanto piuttosto di un apprendimento attivo, di autostima e auto-educazione.

Infatti i partecipanti affinano il lavoro di squadra, attraverso la creazione di mostre annuali di arte pubblica, o accrescono la fiducia in se stessi, grazie all’affiancamento con artisti, producono pubblicazioni di scrittura creativa, e spettacoli teatrali, di danza e cinema.

Per la sua positività il modello è stato esportato anche in altri Paesi europei, come in Portogallo, Grecia, Finlandia, Regno Unito e Francia, attraversando l’oceano fino agli Stati Uniti d’America.

I risultati infatti dimostrano come, lo sviluppo di autostima e auto-educazione, possano produrre dei cambiamenti nella vita di queste persone, spesso resa passiva dall’assunzione delle sostanze.

Infatti riesce ad incoraggiarli nel desiderare una vita diversa, e attraverso l’apprendimento teorico(della drammaturgia) e pratico(delle produzioni teatrali, artistiche e cinematografiche), a migliorare le loro possibilità di istruzione e di occupazione.

5.9 I cronici in Belgio: vicino bisogno d’aiuto?

In ambito della reintegrazione sociale è molto interessante un’iniziativa belga, denominata: "Toc Toc Troc" , letteralmente "Knock, knock, swap".¹³³

Si è trattato di un progetto ancora attivo, iniziato nel Marzo del 2008, con sede nella città belga di Tubize.

¹³² *ibid.*,

¹³³ *ibid.*,

L'iniziativa dà la possibilità ai partecipanti di offrire dei servizi alla popolazione, come: fare il bucato, cucinare, stirare, pulire, fare shopping, lavare l'auto, portare a spasso il cane, aiutare nei campi o nel giardinaggio, andare alla posta o aiutare a fare un trasloco.

Tutte attività di cui la popolazione ha bisogno, che i soggetti svolgono gratuitamente, ricevendo un piccolo compenso (generi alimentari).

Allo stesso tempo il progetto, oltre ad essere un'importante iniziativa di utilità sociale, è anche uno strumento per la riabilitazione e il recupero dei partecipanti, i quali: iniziano a rispettare i tempi di azioni e momenti della giornata; assumono gradualmente responsabilità, a partire dalle piccole azioni quotidiane; imparano ad instaurare dei rapporti sociali sani e ad uscire dalla solitudine e dall'emarginazione; imparano ad organizzare in autonomia la propria giornata e anche le attività quotidiane, come la cura della casa.

Dai dati raccolti nel 2009, ad un anno dall'inizio del programma, sono stati raggiunti dei risultati positivi.

La popolazione si è ritenuta molto soddisfatta dei servizi svolti e ha dichiarato di averne avuto veramente bisogno.

Ha inoltre ribadito come l'iniziativa ha contribuito a cambiare l'immagine che si era pre-fissata della persona tossicodipendente considerata spesso come deviante, criminale o un buono-annulla.

I tossicodipendenti che hanno partecipato sono stati 16, reclutati con facilità ed erano sia fortemente motivati che consapevoli di fare qualcosa di giusto e buono per gli altri, ma anche per sé stessi.

Dalla nuova valutazione, fatta invece nel 2012, è risultato un calo della motivazione e della voglia di intraprendere il programma da parte dei partecipanti che sono stati solo 5.

Tuttavia il bilancio di chi ha partecipato al progetto è stato positivo, dalle interviste è risultato come essi si sono ritenuti soddisfatti dei progressi che avevano raggiunto, non tanto perché avevano effettivamente imparato a gestire tempi e azioni quotidiane, ma perché avevano instaurato dei rapporti sociali autentici e sani e avevano accresciuto la stima di sé stessi, e per la prima volta non si erano sentiti discriminati, giudicati, colpevolizzati, ma apprezzati.

5.10 Portogallo: come reinserire?

Nel campo del reinserimento lavorativo dei tossicodipendenti, il Portogallo è attivo dal 1998, quando ha attuato un programma di occupazione assistita, denominato "Programa Vida-Emprego (PVE)."

Il PVE è destinato specificamente alle persone con problemi di dipendenza, in età lavorativa, che sono in fase o hanno completato un programma di trattamento in comunità terapeutica, in ambulatorio, o in carcere.

L'iniziativa è nata dalla collaborazione tra l'istituto nazionale della droga e della tossicodipendenza e l'Istituto per il Lavoro e la formazione professionale.

Il PVE predispone di servizi di assistenza che prevedono il pagamento del lavoro svolto in contesti lavorativi normali.

I mediatori sono coloro che tengono le fila del progetto, forniscono sostegno continuo al recupero dei tossicodipendenti, guidandoli nell'accesso alla formazione professionale, all'apprendistato o al lavoro.

Essi inoltre sono anche responsabili della difesa nel posto di lavoro dei soggetti assistiti, e della sensibilizzazione dei datori di lavoro e delle aziende che partecipano al programma.

In cosa consiste il programma?

[...] -La "fase di integrazione socio-professionale" si propone di fornire un'esperienza di formazione di nove mesi in condizioni di lavoro reali. I datori di lavoro che offrono tirocini sono supportati tramite il rimborso delle spese connesse alla fornitura di orientamento e tutoraggio.[...] I tirocinanti ricevono il salario minimo nazionale e di altri benefici sociali[...] – il "sostegno all'occupazione", che ha lo scopo di aiutare i datori di lavoro che impiegano i tossicodipendenti, contribuendo al 80% delle Spese per il salario e di sicurezza sociale per periodi non superiori a due anni[...] – il premio di integrazione socio-professionale, che i datori di lavoro ricevono per ogni posto di lavoro creato[..] - un contributo per le spese salariali e di sicurezza sociale del tossicodipendente[...]¹³⁴

¹³⁴ *Ibid.*,

Capitolo VI

Il centro-nord dello stivale: esperienze di recovery dalla cronicità

6.1 Bergamo: un'esperienza residenziale per i cronici in Lombardia

Nella Regione Lombardia, in campo della dipendenza cronica, è esemplificativo un progetto, che ha sede nella città di Bergamo, ed è denominato “Rolling stones”.

Si tratta di un'iniziativa promossa nel 2012, dall'associazione “Opera Bonomelli Onlus”. L'organizzazione è nata nei primi anni del '900 ed è da sempre impegnata nel sostegno alle persone svantaggiate, come famiglie in difficoltà, senza fissa dimora, migranti, persone con problematiche psichiatriche e tossicodipendenti.

Il modello a cui si ispirava l'Opera Bonomelli, fino agli anni '90 del secolo scorso, era stato quello assistenziale, poiché cercava di dare supporto a queste persone fornendo beni di prima necessità, come il cibo e offrendo un alloggio dove dormire.

Infatti, l'organizzazione attualmente gestisce il “Nuovo albergo popolare”, che fino agli anni '90 aveva la funzione di solo dormitorio; oggi ospita, invece, una serie di servizi per promuovere il recupero e la riabilitazione dei soggetti svantaggiati.¹³⁵

Gli anni novanta segnano infatti un momento molto importante per l'Opera Bonomelli, in quanto essa ha abbandonato il modello dell'assistenzialismo e ha iniziato a valutare l'idea di voler invece promuovere il cambiamento e l'autonomia dei soggetti svantaggiati, fino a quel momento assistiti.

Il progetto “Rollins stones” è stato accreditato, nel gennaio 2016, dalla Regione Lombardia come unità d'offerta socio-sanitaria a bassa intensità assistenziale nell'area delle dipendenze.

Esso infatti ha elaborato delle soluzioni abitative, per persone con una lunga storia di dipendenza e di servizio, che presentano oltre alla dipendenza patologica, anche precarie condizioni sociali(abitative e lavorative) e sanitarie, non hanno una rete di supporto familiare e sono stati soggetti fallimentari, in ambito degli interventi comunitari, ambulatoriali e psicosociali.

Il progetto ha la competenza territoriale su Bergamo, Val Cavallina, Alto Sebino, Isola Bergamasca, e Romano.

Sono stati creati 22 alloggi, così distribuiti: 12 a Bergamo, 1 a Val Cavallina, 2 ad Alto Sebino, 1 a Isola Bergamasca e 6 a Romano.¹³⁶

¹³⁵ Cfr. *Opera bonomelli onlus*, www.operabonomelli.it

L'iniziativa ha coinvolto 50 tossicodipendenti cronici di cui 30 maschi, 8 femmine e due coppie, di età media di 48,1 anni e residenti nell'area di riferimento del progetto.

Metà di loro (24), prima dell'inizio del progetto abitavano in comunità o in altre strutture d'accoglienza, gli altri invece vivevano in strada, in dormitori, alloggi abusivi, in famiglia o presso amici.

Quanto al reddito, 18 di loro non percepiva nessun reddito, gli altri percepivano un sussidio per l'invalidità, borse lavoro o altre misure di sostegno e di beneficio al reddito.¹³⁷

Ma qual è l'idea alla base del progetto?

*[...] offrire soluzioni residenziali leggere ed "intermedie" [...] dove i soggetti possano trovare spazi al cui interno utilizzare le proprie competenze in un ambiente di supporto e "protettivo" ove necessario, per garantire spazi di autonomia anche a soggetti che possano mantenere aspetti di dipendenza e scarsità di risorse individuali [...]*¹³⁸

Oltre all'organizzazione Opera Bonomelli, che è capofila del progetto gli altri partners sono:¹³⁹

- **L'istituto delle suore delle Poverelle "Istituto Palazzolo":** ospita, oltre a persone con problematiche di tossicodipendenza e alcool, anche persone con problematiche psichiche, o che hanno subito maltrattamenti, soprattutto donne.
- **La Cooperativa Gasparina di Sopra:** è una comunità che gestisce servizi socio-educativi residenziali per persone con problemi di dipendenza.
- **La Comunità Kairos di Famiglia Nuova Società Cooperativa Sociale:** ospita persone tossicodipendenti, in doppia diagnosi o in alternativa al carcere
- **La Cooperativa di Bessimo:** gestisce servizi residenziali, di riduzione del danno e di prevenzione e offre servizi di trattamento anche a donne con bambino e minori tossicodipendenti.
- **L'Opera Diocesana Patronato San Vincenzo:** offre servizi per bambini e adolescenti, persone in difficoltà economica e stranieri.

¹³⁶Cfr. "Linee guida per l'attivazione di sperimentazioni nell'ambito delle politiche di welfare", in *Progetto Rolling Stones: Progetto Sperimentale ai sensi della Deliberazione N° IX / 3239 del 04/04/2012*, Allegato A Collocazione e distribuzione degli alloggi per tipologia, www.operabonomelli.it, p.14

¹³⁷ Cfr. Lara Marchesi, Lara Granelli, *Politiche e interventi di contrasto all'esclusione, La sperimentazione del progetto Rolling Stones: Soggetti accolti e primi esiti*, 24 MAGGIO 2013, pp.5-8

¹³⁸Cfr. *Progetto ROLLING STONES*, op.cit, p.1

¹³⁹ *Ibid.*, pp.7-10

- **La Comunità Emmaus Cooperativa Sociale:** gestisce progetti nell'area del disagio, della devianza, della malattia e dell'emarginazione grave, anche in ambito della dipendenza.
- **L'Associazione Diakonia Onlus:** è un'organizzazione senza scopo di lucro, che opera per perseguire la missione della Caritas Diocesana di Bergamo.

La finalità del progetto è quella di coinvolgere i tossicodipendenti cronici in percorsi di recupero, responsabilizzazione e promozione dell'autonomia, attraverso la residenzialità e un approccio multidisciplinare e di accompagnamento, in particolare il progetto intende perseguire i seguenti obiettivi(*vedi tabella 13*)¹⁴⁰:

Obiettivi Generali	Obiettivi Specifici
Realizzazione di n° 50 posti di residenzialità protetta	-Individuazione delle risorse abitative distribuite sul territorio provinciale -Allestimento delle unità abitative in funzione delle accoglienze
Definizione di un modello di accompagnamento individualizzato	-Definizione delle modalità di accesso degli utenti -Definizione di un modello di presa in carico degli utenti - Elaborazione di una cartella individualizzata -Definizione di un modello di accompagnamento e supporto all'autonomia
Realizzazione di n° progetti zonal di autonomia attraverso l'integrazione di risorse sanitarie, sociali, educative	-Realizzazione di un tavolo di coordinamento dei progetti zonal con funzioni di filtro, presa in carico degli utenti -Individuazione delle risorse abitative del progetto zonale - Individuazione delle risorse occupazionali, aggregative, relazionali, culturali della zona -Definizione di una strategia di rete
Realizzazione di un coordinamento provinciale del progetto	-Realizzazione di un tavolo provinciale di coordinamento del progetto -Definizione di uno strumento di verifica del progetto -Definizione delle modalità di monitoraggio del progetto -Elaborazione di un modello di intervento a favore della cronicità in itinere

Tabella 13 Obiettivi del progetto

Qual è l'iter per accedere e partecipare al progetto¹⁴¹?

- Prima di tutto viene fatta la formulazione della richiesta accompagnata dalla certificazione da presentare all'opera Bonomelli, da parte della persona stessa o dell'ente presso cui è in cura
- Nel caso in cui vi siano posti disponibili, vengono fissati dei colloqui di valutazione per il partecipante, nel caso invece i posti non siano immediatamente disponibili c'è una lista d'attesa

¹⁴⁰ *Ibid.*, p.11

¹⁴¹ *Ibid.*, p.7

- Una volta conclusa la valutazione, l'équipe, creata appositamente per il progetto, comunica quali sono le condizioni per la partecipazione al programma, e poi procede alla presa in carico e all'accompagnamento in struttura.

Le équipes di lavoro sono formate da: un Responsabile di programma(che è referente per le visite dell'UISS alle residenze); un Responsabile di sede(che cura le accoglienze e le valutazioni); l'educatore(che accompagna gli utenti nel percorso di autonomia all'interno delle residenze; coordina le collaborazioni con enti e risorse sul territorio); un infermiere professionale(che garantisce il supporto al trattamento farmacologico e il monitoraggio della condizione sanitaria, attraverso visite domiciliari o in ambulatorio).

A questo staff stabile, possono aggiungersi anche altre figure professionali, come: psicologi(che conducono colloqui psicologici se richiesti); psichiatri(che attivano colloqui di supporto e prescrivono le cure in caso di bisogno); infine un ASA o un OSS(che interviene con visite domiciliari e supporta la persona nelle attività quotidiane ed igieniche, se la persona non è in grado di farlo).¹⁴²

Il percorso verso l'autonomia è graduale e prevede una prima fase cosiddetta di "ambientamento". Prima dell'ingresso in casa sono previsti una serie di colloqui di conoscenza con gli operatori, con gli inquilini della casa e anche delle visite all'alloggio.

Dopo questa prima fase di conoscenza, si inizia il percorso di autonomia della persona, attraverso lo svolgimento di diverse attività: cucinare, curare la propria igiene personale e quella degli spazi di vita, curare i rapporti con gli altri inquilini e imparare a gestire i conflitti derivanti dalla convivenza.

Rispetto all'ambito specifico dell'occupazione lavorativa, l'utente viene accompagnato nel completamento di pratiche amministrative, come per l'ottenimento degli assegni di inabilità dell'INPS, dei contributi economici e delle borse lavoro. E' inoltre inserito in un percorso di supporto, consulenza e orientamento al lavoro fornito dagli operatori, che si attivano anche verso le imprese e i datori di lavoro del territorio.

Per l'ambito sociale, i partecipanti al progetto ricevono un aiuto nella riattivazione dei rapporti sociali e familiari fragili, partecipano ad attività sociali e di volontariato, vengono aiutati nella gestione del tempo libero, quindi anche negli hobby e nello sport.¹⁴³

Dall'ultima valutazione condotta il 24 Maggio 2013, su un totale di 41 pazienti coinvolti(5 donne e 36 uomini), è risultato che negli ultimi 30 giorni:¹⁴⁴

¹⁴² Cfr. ROLLING STONES: Unità d'offerta sociosanitaria a bassa intensità assistenziale nell'area delle dipendenze, *Carta dei servizi*, pp.12-13

¹⁴³ *Ibid.*, pp.8-11

¹⁴⁴ Cfr. *Politiche e interventi, op.cit.*, pp.11-20

- 4 soggetti su 10 hanno avuto problemi di salute
- 3 soggetti su 10 hanno utilizzato alcool, mentre 3 soggetti su 10 hanno fatto uso di droga
- 4 soggetti su 10 riferiscono seri problemi di rapporto con la propria famiglia e/o gli amici
- 5 soggetti su 10 hanno attraversato problemi psicologici e/o emotivi
- 7 persone sono state dimesse(2 allontanate per comportamento scorretto; due per aver ripreso l'uso di sostanze; due per ricovero in psichiatria; una per gravi difficoltà di coabitazione con gli altri ospiti)
- Per 15 persone il progetto è durato dai 3 ai sei mesi; per 7 persone da 1 a tre mesi; oltre i sei mesi per 10 persone; per 2 invece meno di un mese
- I livelli di autonomia raggiunti(nell'arco dei sei mesi di partecipazione al programma) rispetto alla situazione di partenza, per i singoli ambiti sono stati i seguenti: - mangiare sano(dal 7,0 al 7,8); - ritmo sonno/veglia(dal 6,3 al 7,3);- pratica dell'igiene personale(dal 9,2 al 9,5); - risoluzione dei problemi(dal 6,4 al 6,6); - prendere decisioni autonome e consapevoli(da 7,3 a 7,9);- gestione della frustrazione(da 6,2 a 6,8);- evitare il rischio di ricadute(da 8,3 a 8,5); - rispettare le norme e le regole(da 8,0 a 8,4);- gestione domestica(da 7,8 a 8,8);- gestione del reddito(da 5,6 a 7,8); - creazione e mantenimento delle relazioni(da 6,2 a 8,0); - comprensione e ascolto degli altri(da 6,6 a 8,2); - auto-controllo(da 6,4 a 8,2); - lavorare in gruppo(da 8,8 a 8,9); -rispetto di regole e procedure(da 7,9 a 8,2);
- Anche rispetto ai costi il progetto è stato valutato positivamente, in quanto rispetto ai 52,80 euro(in media) versati per il pagamento della retta comunitaria, l'alloggio costa 42 euro(25 sono a carico del progetto e 17 a carico degli enti gestori);

6.2 Colli del Tronto: la prima comunità-alloggio nelle Marche

La Cooperativa Sociale Ama-aquilone¹⁴⁵ è una delle realtà più attive nella provincia di Ascoli-Piceno nel campo delle dipendenze patologiche.

E' stata fondata nel 1981 con il nome di Associazione Ama, perché formata da gruppi di volontari che sostenevano le famiglie dei giovani tossicodipendenti.

¹⁴⁵ www.ama.coop

Nel 1989 ha invece assunto l'attuale nome, dopo che ha visto, al suo interno, la nascita della comunità terapeutica a San Benedetto del Tronto.

Oggi gestisce: l'ambulatorio Gap(per il gioco d'azzardo patologico); la Casa AMA(una comunità terapeutica residenziale); Casa aquilone(per i soggetti con doppia diagnosi); Casa A.Agostini(una comunità madre-bambino); Casa la Bussola(il centro di osservazione, diagnosi e disintossicazione); Casa l'aquilone(il centro diurno); La Formazione progetti(agenzia di formazione e progetti); il mondo di Masih(per la cooperazione internazionale); la Navicella(la comunità per minori); modulo trattamento breve e trattamento per alcolisti; il SIL(servizio integrazione lavorativa).¹⁴⁶

Tra le varie iniziative, nel 2014, ha attuato il progetto "Sempre in Tempo"¹⁴⁷, è una soluzione di aiuto temporaneo, nata con l'obiettivo di fornire accoglienza ai soggetti dipendenti con vissuti di disagio, anziani e persone socialmente emarginate.

Il progetto nasce dal persistente bisogno di attivare programmi specifici per i tossicodipendenti cronici, che tengano conto dei loro bisogni sociali e sanitari sempre più crescenti e che premono sui servizi, e per i quali, tra l'altro, le iniziative sono molto scarse.

Il target a cui si rivolge il progetto sono pazienti maschi cronici over 40, con una lunga storia sia di dipendenza che di servizio(ambulatoriale, residenziale e/o diurno), per offrirgli una soluzione abitativa protetta, nella quale ricevere sostegno socio-educativo e raggiungere un buon grado di autonomia fisica e psichica.

L'appartamento, che ospita i partecipanti al progetto(massimo 4 persone), si trova nella Comunità alloggio presso il Comune di Colli del Tronto, in Via Matteotti n.20. E' composto da due camere, due bagni e un salone-cucina.

Questa struttura, insieme a quella situata a Castel di Lama, rientrava nell'ambito della comunità alloggio "Il mio nome sul campanello".¹⁴⁸

Essa era nata intorno al 2006, a favore dell'inclusione sociale e lavorativa dei pazienti in carico nelle strutture della cooperativa Ama-Aquila, per permettergli da un lato il sostegno abitativo dall'altro l'acquisizione di autonomia, attraverso interventi socio-educativi.

Il progetto "Sempre in tempo", non ha costi per il servizio che ha in trattamento il paziente, ma è co-finanziato dalla regione Marche, al quale gli ospiti devono contribuire solo con il pagamento delle spese personali.

L'équipe di riferimento è composta da: un coordinatore psicologo-terapeuta(il dottor Arnaldo Adami del Centro Diurno "Casa L'Aquilone" di San Benedetto del Tronto); due psi-

¹⁴⁶ Ama-aquilone, *Carta dei servizi*, www.ama.coop, p.2

¹⁴⁷ www.ama.coop

¹⁴⁸ *Ibid.*

cologi e un educatore(dottoressa Maria Paola Modestini, che è responsabile dell'accoglienza; dottoressa Lorena Marzonetti e il signor Roberto Rossi).

Come si accede al programma?

La valutazione della partecipazione viene fatta dalla responsabile dell'accoglienza coordinata all'équipe, sulla base del quadro socio-sanitario della persona.

Viene infatti valutato: il profilo anagrafico e clinico(i dati personali e la storia della dipendenza); la situazione sociale(l'esistenza di reti familiari e/o amicali, la condizione lavorativa e abitativa); e la condizione sanitaria(si richiede autosufficienza e condizioni fisiche e sanitarie discrete).

Per valutare questi aspetti e l'idoneità a partecipare, la persona è sottoposta ad un periodo di osservazione della durata di un anno, durante il quale si monitorano le sue capacità residue e il suo grado di motivazione a partecipare al progetto, attraverso anche una serie di colloqui.

Fino ad ora sono stati valutati 9 pazienti, ma solo in sette hanno partecipato al progetto.

Cosa si propone di raggiungere il progetto?

Gli obiettivi sono due: prima di tutto contenere la persona e aiutarla a riflettere sul suo percorso terapeutico e di vita fino ad ora svolto, per elaborare un progetto individualizzato di assistenza sanitaria e di ripresa dei contatti con la rete amicale e/o familiare(prima fase del programma); in seguito, consiste nella creazione di un programma personalizzato più dettagliato, che tenga conto, oltre a questi aspetti, anche dei rapporti con i servizi sociali, per il proprio reinserimento sociale, abitativo e lavorativo. E' in questa seconda fase che si esplica la parte più importante del progetto, durante la quale, si indagano risorse e abilità residue della persona e si cerca di accrescerle e di migliorarle per l'acquisizione dell'autonomia.

Quali sono le attività attraverso cui questi obiettivi possono essere raggiunti?

[...]- attività di assistenza ed educative(gestione della casa; cura delle dinamiche per una buona convivenza; attività volte a favorire l'auto mutuo- aiuto);- Attività territoriali(per coloro che hanno problemi di GAP approccio ambulatoriale presso "Rien ne va plus"; corsi di formazione; gruppi psicoeducazionali per coloro che hanno problemi legati all'abuso di alcol; orientamento e consulenze per progetto di inclusione lavorativa presso SIL; ergoterapia e formazione nell'ambito dell'agricoltura biologica[...] e floricoltura presso Coop soc. Officina 1980);- Consulenza sociale, legale e sanitaria(sostegno per pratiche pensionistiche; riconoscimento invalidità; segretariato sociale; accompagnamento presso presidi sanitari per la prevenzione e cura di eventuali patologie);-Socio-terapia (attività ricreative; attività culturali;

attività sportive);- Attività terapeutiche(colloqui di sostegno; colloqui familiari e di coppia; gruppi di sostegno; gruppi pedagogico-educativi)[...]»¹⁴⁹

Il progetto, oltre alle suddette attività, ritiene utile anche la partecipazione ai programmi del centro diurno e alle visite periodiche nella propria comunità d'origine.

Quanto agli out come del progetto, non sono ancora disponibili i risultati, dato che il progetto ha vita da soli due anni.

6.3 I centri diurni e i gruppi : luoghi e strumenti di recovery in Veneto

6.3.1 IL Co.Ri: il recovery nelle dipendenze patologiche

Il “Coordinamento veneziano Riabilitazione Dipendenze Patologiche” (C.o.ri), è un gruppo di lavoro nato nel 2010, con l'obiettivo di promuovere idee e prassi per lo sviluppo della riabilitazione psicociale e del recovery nell'ambito delle dipendenze patologiche. In particolare la sua attività, in questi anni, si è posta come obiettivo innovativo e principale della cura, il raggiungimento del miglior funzionamento possibile della persona, specialmente di quei pazienti cronici con una lunga storia di dipendenza e di servizio.¹⁵⁰

L'ente promotore del Co.ri è il Ser.D di San Donà di Piave, che conta di una rete di collaboratori nei Ser.D di Venezia-Mestre, Chioggia, Mirano, Dolo e Portogruaro, e opera con l'organismo di riduzione del danno del Comune di Venezia. Lavora anche a stretto contatto con il privato sociale, in particolare con l'Associazione Solidarietà Dicembre '79, i Ce.I.S. di Mestre e di Treviso, e le comunità Emmaus, Olivotti e Villa Renata.¹⁵¹

Qual è la linea-guida del gruppo di lavoro?

L'idea base è che il Recovery, e buona parte delle Evidence Based Practices¹⁵², ampiamente applicati nell'ambito della salute mentale, possano essere trasferiti nel campo delle dipendenze patologiche, in particolare per riabilitare i pazienti cronici e quelli definiti come “doppia-diagnosi”.

Infatti, i principi di riabilitazione psico-sociale e di recovery, possono essere centrali, così come per il paziente con disturbi mentali, anche nel trattamento terapeutico delle dipendenze, perché mettono al centro della cura il paziente e l'intervento integrato tra la parte

¹⁴⁹ Cfr. *Bilancio sociale 2015, Trentaquattresimo esercizio*, www.fluidbook.it, p.67

¹⁵⁰ Il materiale qui raccolto è il frutto di interviste a testimoni privilegiati del gruppo di lavoro: Dott. Davide Banon(medico, psichiatra del Ser.D di Venezia Centro Storico), Dott.ssa Paola Bozzola(psicologa e psicoterapeuta presso il Ser.D di Venezia Centro Storico) e Dott.ssa Mariella Vidal Tagliapietra(educatrice professionale presso il Ser.D di Venezia Centro storico)

¹⁵¹ *ibid.*,

¹⁵² Cfr. P. Carozza, *Dalla centralità dei Servizi alla centralità della persona*, Ed. Franco Angeli,2014, pag. 96

sanitaria (la terapia farmacologica) e l'area psico-sociale (i trattamenti finalizzati al miglioramento della qualità di vita della persona: lavoro, casa, famiglia, relazioni interpersonali). Dall'altro lato, in questa idea, un ruolo fondamentale ha le evidence based practises, si tratta di:

[...] un approccio strutturato e sistematico[...] che utilizza la conoscenza formale basata sulla ricerca, la conoscenza informale e l'esperienza sul campo degli operatori, nonché la competenza di chi riceve l'intervento[...] per orientare la pratica e per migliorare gli esiti del paziente[...]¹⁵³

Si basa quindi sull'evidenza scientifica dell'utilità dei trattamenti, ed è attraverso tale valutazione, che prevede strumenti, azioni ed esiti misurabili.

Quali sono gli assunti teorici su cui si basa la linea-guida nell'ambito della salute mentale?

Le voci di spicco sono tre:

-Il dott. Peppe Dell'Acqua, psichiatra per molti anni nel CSM di Trieste e collaboratore di Franco Basaglia, parla, nel suo libro "Fuori come va" del concetto di ripresa, definendolo come:

[...]un processo attivo, dinamico altamente individuale attraverso cui una persona assume la responsabilità della propria vita e sviluppa specifiche e molteplici strategie rivolte al fronteggiamento dei sintomi, e dei rischi della stigmatizzazione [...] alcuni aspetti alla base dei percorsi di ripresa:- Il significato[...] la persona può scoprire di avere parti del sé attive e non affette dalla "malattia" [...] che possano offrire aree di capacità, funzionalità e competenze; [...] -Il protagonismo [...] il ruolo attivo della persona nel fronteggiare e nell'interagire con le proprie difficoltà, [...] l'assunzione della responsabilità delle proprie scelte; [...] La rete [...] la presenza di persone che hanno stimolato i percorsi personali di guarigione [...]; -I diritti [...] quanto più le persone hanno accesso ai diritti di cittadinanza, tanto più sono in grado di ricostruirsi un'identità, riavere un ruolo, giocare nelle relazioni; [...] - La possibilità [...] la progressione verso un equilibrio e una condizione di vita soddisfacente comporta accelerazioni e rallentamenti, crescite impensabili e repentine ricadute, esperienze gioiose e dolorose frustrazioni[...]¹⁵⁴

-La dottoressa Paola Carozza, psichiatra attualmente all'Ulss di Ravenna, interrogandosi sulla multidimensionalità della malattia mentale e sul suo impatto, sia sulla dimensione

¹⁵³ Cfr. *Atti del convegno, Stigma e riabilitazione, op.cit.*

¹⁵⁴ Cfr. P. Dell'Acqua, *Fuori come va?*, Ed. Feltrinelli, 2010, pp. 147-151

biologica che sul funzionamento psicosociale, afferma come debbano essere utilizzate delle strategie terapeutiche verso tre direzioni:

[...]- farmacoterapia adattata al tipo e alla severità della psicopatologia[...]; -programmi per lo sviluppo delle abilità, in modo che il paziente possa fronteggiare quei fattori stressanti e quelle situazioni quotidiane, che richiedono adattamento e maggiore autonomia;- programmi in ambienti supportati (lavoro, abitazione, sostegni economici[.] al fine di offrire opportunità e sostegno per l'esercizio delle skills.[...] ¹⁵⁵

-Infine il **dott. R. P. Lieberman**, psichiatra, sostiene che:

[...]la Riabilitazione Psichiatrica mira a ridurre la disabilità derivante dalla malattia mentale e l'handicap derivante dal contesto sociale in cui vive la persona affetta da grave e persistente disturbo psichico, ristrutturando e/o sviluppando competenze perse o mai apprese, dando alla persona una possibilità di recuperare un ruolo e reintegrarsi effettivamente ed efficacemente nella sua famiglia e nel suo ambiente sociale[...]¹⁵⁶

Partendo dall'analisi dei tre pensatori, il gruppo Co.ri si è innanzitutto chiesto come il modello del recovery possa essere esportato nell'ambito delle dipendenze patologiche, con quali principi e con quali pratiche.

I principi delle evidence based practices, che secondo il gruppo di lavoro possono essere applicati sia al campo della salute mentale che a quello delle dipendenze, sono i seguenti:

-I trattamenti individualizzati: che rispondono a specifici bisogni del paziente e lo aiutano a sviluppare pienamente le sue potenzialità, nonostante le limitazioni dovute alla malattia.

-Il focus sull'ambiente: ovvero il riadattamento della persona al suo contesto di vita, ponendo l'attenzione sui fattori ambientali che, direttamente o indirettamente, possono influenzare l'esito dei trattamenti.

-Il focus sulle risorse personali: particolare attenzione, nel lavoro riabilitativo, va rivolta alla valutazione delle risorse personali e alla possibilità di farle accrescere in modo da migliorare contestualmente le competenze sociali.

-Ripristinare la speranza: potenziando le risorse personali si vanno a ripristinare le aspettative positive sul futuro, molto spesso minate dalle conseguenze emotive causate dalla malattia (demoralizzazione, stigma interno, depressione, riduzione dell'auto-stima).

¹⁵⁵ Cfr. P. Carozza, *Dalla centralità, op.cit.*, p.107

¹⁵⁶ *Atti del convegno, Stigma e riabilitazione, op.cit.*

-Il focus sui ruoli sociali validi: essere dotati di uno status sociale riconosciuto, come per esempio quello di lavoratore, favorisce la strutturazione del tempo, dei contatti sociali, fornisce reddito, spinge al coinvolgimento.

Ovviamente il raggiungimento di tali ruoli implica aver già introiettato altri obiettivi, come quelli di acquisizione di abilità comunicative, cognitive, emotive, essenziali per raggiungere esiti positivi negli ambienti sociali.

-Il supporto erogato in molteplici aree di vita: programmi di supporto scolastico, lavorativo, abitativo e anche ricreativo, sono il nucleo centrale dei trattamenti psico-sociali.

-Il coinvolgimento del paziente: nel proprio percorso di cura, proponendo informazioni sulla malattia e sulle sue conseguenze e, sulla proposta di un trattamento adeguato alle caratteristiche del paziente, in base ad una valutazione multidisciplinare, sui sintomi della malattia stessa e sul riconoscimento dei possibili segnali di ricaduta.

-L'alleanza terapeutica: è alla base del successo dei trattamenti EBP. Avviene tramite un forte legame relazionale tra operatore e paziente (caratterizzato da disponibilità, affidabilità, empatia, dimostrazione di autentico interesse).

-La motivazione al trattamento: se la persona dimostra resistenze al trattamento e al riconoscimento della malattia devono essere utilizzate strategie motivazionali.

-La continuità del trattamento: spesso i trattamenti EBP sono a lungo termine, perché la fragilità del paziente e le eventuali disabilità possono protrarsi per l'intero ciclo vitale e coinvolgere diverse aree funzionali.

-Il coinvolgimento della famiglia nel trattamento: se precoce incide positivamente sull'alleanza terapeutica con il paziente, soprattutto quando i familiari sono sostenuti nel dare feedback positivi al proprio congiunto.

Nelle dipendenze patologiche, soprattutto con pazienti lungo-assistiti, il coinvolgimento della famiglia risulta difficile in quanto le relazioni familiari sono spesso deteriorate, tanto che in alcuni casi, i familiari non si rendono più disponibili al supporto e al coinvolgimento del progetto terapeutico-riabilitativo.

-L'utilizzazione di programmi di self-help: il supporto dei pari, l'associazionismo e l'accettazione dell'altro senza discriminazione. Sono valori che sicuramente andrebbero sviluppati e implementati nel campo delle dipendenze patologiche, per favorire processi di inclusione sociale, di empowerment e di advocacy.

-L'adattamento del trattamento alla fase del disturbo: ovvero l'adeguamento dei trattamenti farmacologici e psicosociali alla fase della malattia.

Quanto invece alla trasferibilità delle pratiche al campo delle dipendenze, il C.ori, per ognuna di esse, ha rilevato le eventuali criticità:

- **La psicofarmacologia collaborativa:** ovvero il coinvolgimento degli utenti in un processo decisionale condiviso per l'assunzione responsabile dei farmaci.¹⁵⁷
Nell'ambito delle dipendenze esiste solo la firma autografa del piano terapeutico (solo per la terapia sostitutiva e per alcuni psicofarmaci) e una condivisione del piano farmacologico con il paziente.
- **L'Assertive Community Treatment:** ovvero l'ausilio di case manager che facilitano l'adattamento dei pazienti nella comunità.¹⁵⁸
- **La psicoeducazione familiare:** fornisce informazioni sulla natura dei disturbi, sui percorsi educativi atti alla gestione dello stress, della comunicazione e di risoluzione dei problemi, e sul sostegno all'uso di risorse della comunità tramite incontri di gruppo.¹⁵⁹
Sono già state realizzate varie esperienze con i familiari, di tipo informativo e di sostegno al trattamento. Tuttavia, in quei casi, permane la difficoltà, specie per i lungo-assistiti, di coinvolgere le loro famiglie, a causa del logoramento delle relazioni.
- **Il Supported Employment:** ovvero l'acquisizione rapida di ruoli lavorativi competitivi e l'inserimento veloce in un contesto lavorativo non protetto.¹⁶⁰
Tale metodo è attualmente utilizzato solo nei Servizi di psichiatria, non ancora applicato nei Servizi per le dipendenze. Attualmente esistono solo protocolli e collaborazioni con i S.I.L Aziendali, per attivazione di tirocini o inserimenti lavorativi per i pazienti.
- **Illness Management and Recovery (IMR):** consiste nel coinvolgimento attivo dei pazienti nella definizione degli obiettivi e degli esiti attesi dai trattamenti, applicando strategie motivazionali contemporaneamente a moduli di social skill training, di psicoeducazione alla malattia, di terapia cognitivo-comportamentale.¹⁶¹
- **La terapia cognitivo-comportamentale (CBT):** prevede l'insegnamento di abilità di coping per agire sui pensieri disadattativi. Si basa su una comprensione condivisa dello stato di malessere (paziente-terapeuta) e dei sintomi, per poi sviluppare

¹⁵⁷ Cfr. P. Carozza, *Dalla centralità, op.cit.*, p.111

¹⁵⁸ *Ibid.*, p.113

¹⁵⁹ *Ibid.*, pp.115-116

¹⁶⁰ *Ibid.*, p.118

¹⁶¹ *Ibid.*, p.119

strategie cognitive e comportamentali (strategie di problem-solving) atte a superare lo stato di malessere ed aumentare il livello di auto-stima.¹⁶²

- **Il Trattamento integrato per la Doppia Diagnosi:** prevede la combinazione di tecniche terapeutiche derivanti dalla psichiatria e dall'approccio ai disordini per uso di sostanze (counselling per entrambi i trattamenti, farmaci, case-management, supporti abitativi, riabilitazione lavorativa, interventi motivazionali).

Tali interventi sono a lungo termine, perché entrambi i disturbi sono persistenti e recidivi.¹⁶³

- **Il Social Skill Training:** ovvero l'insegnamento di competenze e abilità specifiche per affrontare le conseguenze della malattia e delle eventuali disfunzioni, per avviare possibili autonomie e utilizzare al meglio le risorse della comunità, con l'ausilio di varie tecniche (role-play, problem solving) nella dimensione grupppale e/o individuale.¹⁶⁴

Dopo aver individuato i principi e gli approcci applicabili nell'ambito della dipendenza, il Co.ri si è occupato di individuare le fasi dell'intervento per potenziare le capacità residue dell'individuo e attivare il processo di recovery.

Si parte dalla valutazione funzionale che fornisce gli strumenti per attivare un piano individualizzato.

Il dott. Liebermann afferma che la valutazione funzionale ha il compito principale di:

[...] mettere a confronto i punti di forza e i limiti attuali dei soggetti con le abilità e le risorse necessarie per il funzionamento nel ruolo da essi desiderato.[...] Nella definizione degli obiettivi personali e dei ruoli vanno ben ascoltati gli utenti perché spesso imponiamo i nostri schemi ed è fondamentale invece che per gli utenti sia chiara la connessione fra ciò che fa e l'obiettivo a cui punta quel fare[...]¹⁶⁵

Il punto di partenza per la valutazione funzionale è l'analisi del livello di funzionamento psicosociale, cioè bisogna fare una stima di come le persone con disabilità psichiatrica/tossicomana funzionano nel loro ambiente di vita reale.

Innanzitutto sono valutate le abilità cognitive del paziente e vengono fornite indicazioni sulle predisposizioni e gli obiettivi che si pone la persona in trattamento.

¹⁶² *Ibid.*, p.120

¹⁶³ *Ibid.*, p.122

¹⁶⁴ *Ibid.*, p.124

¹⁶⁵ Cfr. *Atti del convegno, Stigma e riabilitazione, op.cit*

Poi viene formulato e attivato un progetto riabilitativo personalizzato che tiene conto di: punti di forza e deficit; dei sintomi e delle fasi della malattia; delle risorse sociali e di comunità.

Con quali strumenti si può attivare, monitorare e verificare il processo di recovery^{166?}

- **I Test neuro-cognitivi:** di livello intellettuale (WAIS, Matrici progressive di Raven) e anche di deterioramento intellettuale (Mini mental test).
- **La bilancia delle competenze:** pesa le capacità, i punti di forza, gli interessi e le risorse rispetto agli obiettivi personali e alle richieste ambientali.
- **Il C.A.S.I.G.:** è uno strumento di valutazione multidimensionale che aiuta gli operatori a pianificare e documentare la cura psichiatrica tenendo conto delle priorità. Valuta la performance della persona in 10 aree di abilità funzionali di vita e in 11 aree della qualità di vita soggettiva. Raccoglie informazioni sui sintomi chiave e valuta gli effetti collaterali dei farmaci.
- **G.A.T.E:** Goals (obiettivi terapeutici che vengono stabiliti tra terapeuta e paziente in collaborazione); Assessment (valutazione dei punti di forza e valutazione funzionale); Treatment (tipi di trattamento ed interventi riabilitativi selezionati sulle informazioni raccolte); Evaluation (rivalutazione per determinare se gli interventi scelti stanno funzionando).

Tali strumenti vanno somministrati all'inizio, durante e alla fine del progetto riabilitativo.

Secondo il C.o.ri, con l'utilizzo di tale metodologia, sarà possibile individuare: da un lato gli obiettivi personali sul piano sociale, lavorativo, scolastico, familiare e ricreativo; dall'altro i deficit cognitivi, psichici, motivazionali, comportamentali e strumentali.

A questo punto, in base alle esigenze si forniranno sia un supporto con agevolazioni e sussidi economici per la disabilità e piani d'istruzione e di lavoro; sia avverrà l'accrescimento delle abilità dell'individuo, attraverso le risorse messe a disposizione dai servizi e dal territorio, in particolare i gruppi e i centri diurni.

Si svolgerà un monitoraggio periodico, che terrà conto: dell'efficacia del trattamento, di eventuali poche risorse disponibili, di un ambiente poco favorevole, degli obiettivi inappropriati e della scarsa attivazione del paziente.

Sulla base di queste eventuali lacune si ricalibrerà il piano individualizzato di recovery.

In conclusione quindi il C.ori si propone di fronteggiare tre sfide:¹⁶⁷

¹⁶⁶ *Ibid.*,

¹⁶⁷ *Ibid.*,

- **Ridisegnare i servizi per le dipendenze sul principio di recovery:** promuovendo l'integrazione e il coordinamento degli interventi tra vari servizi (pubblici e/o privati); promuovendo la collaborazione e comunicazione multidisciplinare all'interno dei Servizi per le dipendenze.
- **Implementare i trattamenti medico-psico-sociali sostenuti dalla Evidence-Based Practice(EBP):** applicando i trattamenti EBP, utilizzati nell'ambito della salute mentale e applicabili anche nei casi di dipendenza patologica.
- **Favorire processi di inclusione sociale per le persone con dipendenze patologiche:** migliorando il più possibile il livello di funzionamento; incoraggiando l'inclusione nel lavoro, in famiglia, nelle amicizie, nel tempo libero, nello studio, e nell'abitazione; stimolando il più possibile il paziente a partecipare alla definizione degli obiettivi personali e alla pianificazione del proprio trattamento; incoraggiando la minor dipendenza possibile dai servizi specialistici; prevenendo le ricadute.

Da un po' di anni il Co.ri, accanto alla sua intensa attività di studio, ha promosso, presso il Centro diurno dell'Associazione Solidarietà Dicembre '79,¹⁶⁸ l'evento "Co.ri. Va Là".

Si tratta di un'iniziativa che vede attivi i tossicodipendenti in trattamento di lungo periodo, e rappresenta un momento di festa e di conoscenza che vede coinvolte altre strutture sul territorio.¹⁶⁹

Quello del C.o.ri è pertanto ancora un lavoro in progress, ma che, dagli assunti fino ad ora presentati e discussi, può rappresentare un'idea interessante e forse efficace nella riabilitazione del soggetto tossicodipendente lungo-assistito.

6.3.2 Pronti...via: il gruppo per ripartire del Ser.D di Venezia

Gli educatori del Ser.D di Venezia hanno condotto un gruppo denominato "Pronti.. via!". Non si tratta del solito gruppo terapeutico, ma ha una natura diversa: informativa e di orientamento.

¹⁶⁸ L'associazione è stata fondata nel 1982, ma è solo nel 1992 che è stato istituito il Centro Diurno. A partire dal 1999 il Centro diurno, attraverso la collaborazione con il Ser.D di San Donà è diventato un presidio di assistenza per i pazienti tossicodipendenti in doppia diagnosi e cronici, www.solidarieta79.it

¹⁶⁹ *Ibid.*,

Infatti, esso è nato con l'obiettivo di promuovere l'autonomia e la responsabilizzazione dei pazienti, per educarli a essere cittadini, con la necessità di esercitare dunque il complesso di diritti e doveri spesso minati dalla tossicodipendenza.

Ho avuto modo di prendere parte, come uditrice, ad alcuni incontri. In questi si è ribadita la funzione del Ser.D. Esso infatti è inteso come luogo di cura per la dipendenza, mentre per quanto riguarda bisogni di altro tipo(economici, abitativi, lavorativi, acquisizione dell'invalidità civile) bisogna che i pazienti in cura, imparino a muoversi in maniera autonoma come cittadini, recandosi ai servizi per far presenti le loro richieste d'aiuto.

Per questo, il gruppo si è dato l'obiettivo di informare e guidare i partecipanti al gruppo, in questo percorso di presa di responsabilità.

Per raggiungere tale obiettivo, durante i tre incontri(avvenuti il 12, il 19 e il 26 Maggio 2016) è stata fornita una mappa dei servizi ai quali i pazienti possono rivolgersi e una guida che spiega i procedimenti da seguire per l'accesso ai contributi economici, all'alloggio, al lavoro e allo status di invalido civile.

Ognuno di questi incontri prevedeva la figura costante degli educatori e l'inserimento, a seconda della tematica prevalente nel gruppo, di altri professionisti.

Il numero dei partecipanti andava dai sette ai dieci, avevano un'età compresa tra i 40 e i 50 anni ed erano pazienti stabilizzati(in terapia sostitutiva), con una lunga storia di dipendenza e di servizio ambulatoriale e/o comunitario.

Partecipare a questi incontri è stato molto interessante, per questo ho voluto qui riportare qualche cenno sulle argomentazioni trattate dando voce proprio ai partecipanti.

Andrea, Roberto, Francesco, Matteo, Lorenzo, Luciano, Bartolomeo¹⁷⁰: sono nomi diversi ma con una storia comune. Infatti il mostro della dipendenza ha sottratto la "normalità" impedendo loro di avere il controllo della propria vita.

Diverse vite, quindi, ma un unico destino segnato da paure, sensi di colpa, fragilità, sogni e desideri:

[..]Andrea vorrebbe una casa, perché vive per strada,[..] mentre Bartolomeo presto subirà uno sfratto;[..] Matteo vive con i suoi genitori, anziani e ammalati, non ha un lavoro, ma non lo trova perché si sa chi è in città;[..] Francesco e Roberto sono bravi nei loro mestieri, lui è un gondoliere, l'altro un pescatore. La dipendenza gli ha portato via tutto, vogliono ricominciare adesso che sono stabili, ma come?[..] Luciano e Lorenzo stanno male e

¹⁷⁰ I nomi sono di fantasia per preservare la privacy dei partecipanti al gruppo

*non guariranno, hanno l'epatite e l'HIV, dove trovano i soldi per vivere? Un contributo del comune? [...]*¹⁷¹

Ho potuto conoscere da vicino le loro storie, raccontate durante il primo incontro.

Dopo essersi presentati, hanno esposto il proprio problema e scritto su dei cartoncini colorati il loro obiettivo, il limite che gli impediva di raggiungerlo e la risorsa che potevano mettere in campo per arginare gli ostacoli.

Si sono poi turnati nella lettura di questi cartoncini, ed è in quel momento che sono venute fuori le loro paure e i limiti:

*[..]Paura di rimanere senza una casa o di non avercela mai avuta; paura di ricadere; paura della malattia; [...] Il limite sono io; [...] voglio trovare una stabilità psico-fisica per lavorare; [...] voglio contare su di me a 360°; [...] voglio raggiungere l'autonomia; [...] voglio mettere da parte del denaro e trovarmi un socio per fare quello che amo [...]*¹⁷²

Negli incontri successivi si è poi cercato di dare delle linee-guida su come riuscire a raggiungere i loro obiettivi, anche rispetto agli enti che si occupano delle loro problematiche specifiche, come le politiche per la residenza, l'ufficio invalidi civili piuttosto che il Comune per i contributi o il Servizio integrazione lavorativa per i tirocini.

Il gruppo in fase sperimentale(nei tre incontri) ha avuto un bilancio positivo sia tra gli utenti che tra gli operatori, tanto che è stata espressa la volontà di ripeterlo in maniera più organizzata quest'anno(2017).

I partecipanti sono stati costanti e puntuali agli incontri, educati e rispettosi delle regole, desiderosi di parlare ed esprimersi, è emerso il bisogno di essere ascoltati e di ascoltare gli altri. Scambiarsi esperienze e consigli, sapere che non si è soli e c'è qualcuno che sta vivendo nel loro stesso momento un'esperienza simile.

Nell'ultima giornata, è stato chiesto loro di esprimere le loro sensazioni sul gruppo e sul valore che gli attribuivano. Qui è venuta fuori la loro felicità e il loro apprezzamento, richiedendo che il gruppo venisse replicato perché:

*[...]Lo vedevano come un luogo di protezione, di confronto, dove non si è soli e si possono condividere le stesse paure e gli stessi desideri; [...]uno spazio per risocializzare e rigenerare risorse e stimoli; [...]uno spazio per ripartire e riprendersi in mano la propria vita [...]*¹⁷³

¹⁷¹ Cfr. Ser.D di Venezia, *Atti del gruppo*, "Pronti.. via"

¹⁷² *Ibid.*,

¹⁷³ *Ibid.*,

Anche gli operatori sono stati entusiasti e nello stesso tempo sono stati colpiti dalla partecipazione e dal rispetto verso lo strumento di lavoro che avevano creato.

Infatti gli utenti conosciuti anche da 10 o 20 anni al servizio, avevano delle novità da raccontare. Limiti, paure e desideri ai quali i colloqui non danno molto spazio.

Se gli operatori ascoltano, sono pazienti, abbassano le aspettative sui risultati da raggiungere, se si forniscono di strumenti di lavoro adeguati, possono risvegliare capacità addormentate nel sonno della dipendenza.

L'uomo in fondo è un essere che sa rigenerarsi in un modo inaspettato, anche nella fragilità e nell'emarginazione più grave.

6.3.3 Alcune riflessioni sulla figura dell'assistente sociale nel Ser.D

Nel contesto di aiuto e assistenza alla persona, la regia del percorso di cura e riabilitazione, nonché dell'intervento di rete¹⁷⁴ e di collaborazione all'interno dei servizi è affidata all'Assistente Sociale, che si pone come:

*[...] Professionista prossimo che accompagna sviluppando rapporti tra le reti[...] Guida relazionale di rete che facilita gli scambi di reciprocità, favorisce e sostiene i processi di condivisione del bisogno e delle responsabilità e dei compiti di cura[...] Agente di collegamento che stabilisce contatti, incentiva scambi, stimola collaborazione e cooperazione tra operatori, organizzazioni, enti diversi contribuendo a realizzare una rete operativa più efficace[...]*¹⁷⁵

L'operatore sociale quindi accompagna il processo, facendo emergere il desiderio di cambiamento all'interno della rete, incoraggiandone la mobilitazione, attivando le risorse presenti, ma soprattutto quelle latenti e potenziali. Elabora un progetto condiviso ed individualizzato con la persona, perseguendo l'integrazione dei soggetti disagiati, la cui sofferenza si esprime attraverso l'allontanarsi o l'essere allontanato dal proprio ambiente di vita. Ma qual è il ruolo specifico di un assistente sociale operante nei Ser.D o in servizi in cui l'utente in carico è la persona con problematiche di dipendenza patologica?

¹⁷⁴ “[...]La rete sociale è una metafora utilizzata per indicare e rappresentare le relazioni sociali che si creano, uniscono, collegano, persone, gruppi, istituzioni o altri soggetti individuali o collettivi chiamati nodi della rete che interagiscono tra di loro[...] è utilizzata per definire sistemi in connessione, reti di comunicazione, strategie messe in atto dagli individui, forma delle relazioni sociali[...]”, cfr. L. Sanicola “Intervento di rete”, in Dal Ponticelli, *Dizionario di Servizio sociale*, Carrocci, 2005

¹⁷⁵ Cfr. D.Pisticelli in C.Marzotto, *Per una epistemologia del servizio sociale*, Franco Angeli 2002, p.114

[.]All'interno di un servizio pubblico per le tossicodipendenze, l'azione dell'assistente sociale deve avere come obiettivo di fondo quello di impegnare il dinamismo interiore del soggetto, nel lavorare sui propri sentimenti, atteggiamenti, idee e comportamenti e sulle interrelazioni fra questi, il problema e le risorse esistenti[...]¹⁷⁶

Il lavoro dell'assistente sociale, come recitato al titolo II¹⁷⁷ e al titolo III¹⁷⁸ del Codice Deontologico, è innanzitutto quello di riconoscere l'unicità e dignità della persona, valorizzando le risorse esistenti e quelle latenti del soggetto.

Il professionista deve poi impegnarsi nell'ascolto e nella lettura del bisogno presentatogli dall'utente, con un atteggiamento non giudicante.

Infine deve promuovere un progetto condiviso, con l'obiettivo di rendere la persona autonoma e responsabile, ed intervenendo fino a quando la situazione problematica sussista.

Ma nell'ambito specifico del Ser.D come si può porre fine ad un intervento se la persona ha una malattia cronico-recidivante? Se la persona è fragile, continua ad avere gravi condizioni fisiche e psico-sociali?

Qual è il livello auspicabile di autonomia e presa di coscienza responsabilizzata di un tossicodipendente?

La risposta non è certo la salvezza o la guarigione, ma la riduzione del danno, la rigenerazione delle risorse presenti nel soggetto e il raggiungimento di una qualità di vita dignitosa e rispettabile.

In che modo un assistente sociale può contribuire al processo di miglioramento della persona tossicodipendente presa in carico?

Nel rispondere agli interrogativi posti in precedenza, ho voluto riportare l'esperienza del coordinamento dei Ser.D della provincia di Venezia(Dolo, San Donà, Portogruaro, Mirano e Venezia- Mestre), a cui ho partecipato.

Si è trattata di una formazione che ha previsto un ciclo di 4 giornate(4 Marzo, 6 Maggio, 30 Settembre e 25 Novembre 2016) presso la sede del Ser.D di Mestre.

Hanno partecipato agli incontri vari assistenti sociali dei suddetti Ser.D e, si è discusso di temi inerenti il mandato professionale dell'assistente sociale all'interno del servizio di appartenenza.

¹⁷⁶ Cfr. Brunello Nadia ass.sociale, *op.cit.*, p.9

¹⁷⁷ "La professione si fonda sul valore, la dignità e sulla unicità di tutte le persone, sul rispetto dei loro diritti universalmente riconosciuti e delle loro qualità originarie[...]" titolo II art. 5; "La professione è a servizio delle persone, delle famiglie, dei gruppi, delle comunità[.] per contribuire allo sviluppo, ne valorizza l'autonomia, la soggettività, la capacità di assunzione di responsabilità, li sostiene nel processo di cambiamento[...]" titolo II art.6;cfr. www.cnoas.it, p.2

¹⁷⁸ "L'assistente sociale deve mettere al servizio degli utenti la propria competenza[...]" intrattenendo il rapporto professionale solo fino a quando la situazione problematica lo richieda o la normativa glielo imponga", titolo III art.12, *ibid.*,p.3

La giornata del 30 Settembre 2016 è stata dedicata al tema della cronicità e dell'autonomia, e aveva il titolo di "Intervento di servizio sociale nei Ser.D: promozione dell'autonomia versus induzione al bisogno e assistenzialismo".

L'incontro era stato organizzato in due parti.

La prima prevedeva l'esposizione di slide sul tema, presentate da una ricercatrice assistente sociale di Sassari. Questa aveva dato voce a teorici come: J.S Mill, Hollis, Spicker, Berlin, Dal Pra Ponticelli e Fargion.

La seconda parte della giornata invece, prevedeva l'apertura di un dibattito, in cui gli assistenti sociali partecipanti, stimolati dalle slide presentate e dalla propria esperienza sul campo, avevano fatto interventi e riflessioni.

Ho voluto qui riportare alcune delle voci più significative:¹⁷⁹

- Beatrice, veterana del Ser.D di Mestre si era più volte chiesta, di fronte ad un caso che l'aveva impegnata da anni, senza aver raggiunto gli obiettivi sperati, quali interventi ancora poteva proporre.
In particolare un dilemma l'aveva accompagnata, nel corso della sua riflessione e della ricerca di soluzioni:

[...]Ma i nostri pazienti sono soggetti attivi o passivi degli interventi? Chi dice che i nostri valori siano migliori dei loro? Il nostro schema ideale sulla buona vita forse non gli appartiene? L'unica cosa da fare forse è la riduzione del danno[...]

- Alla riflessione, aveva risposto Paola, del Ser.D di Dolo, affermando come forse una soluzione c'era di fronte ad un caso, come quello di Beatrice, non diverso per tipologia al suo:

[..]Forse la parola auto-determinazione, che il nostro codice deontologico ci dice di perseguire, per i pazienti del Ser.D è molto forte[...][Io mi accontenterei di meno[..]sapere di essere un pezzo del loro percorso abbassa le nostre aspettative, perché forse in un tempo concorreranno all'autodeterminazione[...]

- Luca, del Ser.D di Portogruaro, appoggiandosi a Paola, aveva fatto una riflessione sul concetto di autodeterminazione:

¹⁷⁹ Gli interventi riportati sono il frutto dell'osservazione e della verbalizzazione dell'incontro

[...] non auto-determinarsi vuol dire perdere anche l'esercizio dei diritti e dei doveri come cittadini[...] forse fare un progetto condiviso? [...]

- Eugenio, del Ser.D di Mirano, rispondeva a Luca. Raccontava di un suo paziente, che viveva per la strada, aveva 40 anni, abusava di sostanze da molti anni, e aveva una lunga storia di insuccessi comunitari.

Nonostante i mancati risultati chiedeva ripetutamente di rientrare in comunità.

Eugenio si sentiva frustrato dalla situazione, ma non negava al paziente i nuovi ingressi. Fino a che, un risultato sorprendente un giorno era arrivato. L'utente aveva terminato con successo il programma comunitario, ma una volta uscito, a seguito di un overdose, aveva perso la vita.

L'operatore aveva pertanto iniziato a riflettere, e si era chiesto:

[...] Noi forse non dovremmo nuocere con le nostre idee, li abbiamo indotti a cambiare e a fare forse delle scelte non proprie[...] Loro in fondo riescono a vivere nelle peggiori condizioni[...] intromettendoci, creiamo esseri ibridi, che non sanno come vivere, né sopravvivere nel vecchio modo né nel nuovo, imparato in comunità[...] poi si uccidono[...] che diritto abbiamo noi di nuocere nella loro vita? [...]

- Cristina, del Ser.D di Venezia, aggiungeva alla riflessione fatta da Eugenio:

[...] in fondo l'autodeterminazione è l'eccesso del welfare, perché di fatto lui non vuole? [...] fino a dove dobbiamo spingerci? Rispettare la loro volontà di vivere così, evitando l'accanimento terapeutico? [...] la presa di coscienza può distruggerli, perché gli pone davanti una strada più difficile [...] Dobbiamo tutelarli o lasciarli fare? Lasciarli fare tutelando? [...]

- Infine concludeva Giorgia, del Ser.D di San Donà:

[...] con un welfare generativo le persone mettono a punto strategie di sopravvivenza [...] durante i colloqui dovrebbe essere dato spazio alle risorse della persona, c'è un potenziale che sta dentro la natura delle persone [...] provare a chiedere cosa intendono loro per autonomia, per capire come innescare i cambiamenti nei pazienti e in noi professionisti [...] il pensiero e la riflessività ci aiutano a trovare le giuste soluzioni [...] però è anche vero

che il neo-liberismo enfatizza le scelte individuali e pone il mito dell'autonomia[...] vuole che siano responsabili delle proprie azioni, per non pesare nei servizi[...]

Le testimonianze e le riflessioni qui presentate fanno rendere conto di quanto difficile sia lo scenario che quotidianamente si presenta davanti agli assistenti sociali di un servizio per le dipendenze.

Di fronte a fallimenti e ad aspettative, la sfida maggiore è quella di fermarsi a riflettere per poi ripartire, ma soprattutto è quella di imparare ad operare non sostituendosi alla persona, ma dando spazio alle sue scelte di vita, sviluppando le competenze e rigenerando le risorse degli utenti.

Conclusioni

Con questo lavoro ho cercato di tracciare il quadro attuale delle pratiche e delle prassi d'intervento messe in campo per la cura e riabilitazione del tossicodipendente di lungo-trattamento, attraverso un viaggio dalle principali capitali europee alla realtà provinciale veneziana.

Dopo una disanima dei concetti e delle esperienze, tratta dalla letteratura nazionale ed europea, il lavoro è stato arricchito da interviste a testimoni privilegiati e dal materiale raccolto da convegni e osservazione partecipata ad alcuni gruppi di lavoro.

Ciò mi ha permesso di fare, dapprima un'analisi della situazione attuale in Europa e in Italia, e poi di indagare sull'eventuale esistenza di approcci adoperati nel campo della dipendenza cronica, da cui ho tratto le seguenti conclusioni:

- Dall'analisi e dalla raccolta dei dati dell'EMCDA, è emerso qual è l'attuale profilo del tossicodipendente europeo. Si tratta di un abusatore cronico, sempre più anziano, poliassuntore e con condizioni sociali, abitative e lavorative gravose e precarie, i cui bisogni mettono di fronte a nuove sfide i servizi di cura e riabilitazione.
- Dall'analisi condotta sui piani nazionali e europei è emerso che sono presenti strategie comunitarie in ambito di lotta alla tossicodipendenza, che rivolgono attenzione, non solo al bisogno di cura, ma anche alla riduzione del danno e al reinserimento del tossicodipendente.

Tuttavia, il quadro dei piani nazionali è molto variegato e non tutti i Paesi europei rivolgono particolare attenzione ai bisogni educativi, d'alloggio e occupazionali specifici del tossicodipendente; spesso infatti si rivolgono anche ad un target generale di soggetti vulnerabili.

- Dall'analisi dei servizi di cura e reinserimento è emerso che sono presenti lacune, in quanto a parte qualche eccezione, essi sono ancorati ai vecchi bisogni e utenti, e non rispondono in maniera esaustiva ai nuovi pazienti.

Si è rintracciata quindi la necessità che i servizi vadano ristrutturati e riorganizzati, in un'ottica di evoluzione di prassi d'intervento e di creazione di strutture più idonee a rispondere a nuove e vecchie problematiche, nonché di una maggiore collaborazione e integrazione tra operatori e servizi, per promuovere l'autonomia del paziente e, il miglioramento della sua condizione di vita e di salute.

- Di fronte alla cronicità e nell'ottica di una guarigione non sempre auspicabile, si è fatto un bilancio critico delle pratiche della riduzione del danno e del welfare gene-

rativo, che concorrerebbero al miglioramento della qualità di vita e al potenziamento dell'autonomia del soggetto tossicodipendente cronico.

- Rispetto alla riduzione del danno, l'analisi condotta su tre tipologie di programmi(terapia sostitutiva, scambio/e o distribuzione di aghi e siringhe e consumption rooms) ha mostrato come questo sia un approccio già molto diffuso in Europa, sebbene condotto con modalità e servizi diversi, che può davvero dare un contributo notevole al miglioramento della qualità di vita del tossicodipendente.
- In un'ottica di welfare generativo, curare un tossicodipendente, specie se di lungotratamento, vuol dire, recuperando le sue capacità residue, apportare un duplice beneficio. Da un lato sottrarrebbe gli operatori dall'imbarazzo e dalla frustrazione di non avere più interventi da proporre e co-progettare; dall'altro lato, l'utente svilupperebbe una propria autonomia e imparerebbe a responsabilizzarsi, aiutato ad essere protagonista della propria vita, trovando sostegno nel servizio.
- L'Europa e l'Italia stanno muovendo i primi passi verso questa direzione, attraverso pratiche, come: il recovery, l'arte- terapia e il peer support.
Quanto però alla loro diffusione, la mia ricerca, molto difficile nel recupero dei materiali, ha evidenziato un quadro ancora molto scarso, anche rispetto ai risultati e alle valutazioni prodotte dai programmi e dai progetti riportati.
- In Europa le iniziative basate sull'idea di welfare generativo sono diffuse maggiormente nel nord, con eccezione della Grecia, della Spagna e del Portogallo.
Si tratta soprattutto di programmi di supporto all'ingresso nel mondo del lavoro, e di pratiche di auto-aiuto, advocacy e educazione tra pari, condotte dagli stessi tossicodipendenti cronici, in un'ottica di responsabilizzazione, di autonomia e di difesa dei propri diritti e doveri.
- In Italia, il quadro è invece molto scarso, ad eccezione della Lombardia e delle Marche, che hanno attuato nuove soluzioni residenziali(case- alloggio) e del Veneto, dove sono state rintracciati diversi tavoli di lavoro e progetti volti alla promozione del recovery in ambito della dipendenza cronica.

La mia analisi è stata un viaggio dall'Europa all'Italia condotto sotto l'occhio di una studentessa che ha voluto riflettere sul mondo della dipendenza, è desiderosa di imparare e di approfondire un tema così articolato e eticamente complesso, che nel corso della sua esperienza di tirocinio, seppur per poco tempo, ha potuto sentire, vedere e sperimentare.

Questo lavoro, vuole essere un contributo, per quanto modesto, alla nuova sfida in campo dei servizi che si occupano di dipendenza, impegnati quotidianamente nell'aiutare chi ha annullato se stesso e la sua quotidianità, e per il quale la sfida più grande è quella di rinascere e di riappropriarsi della propria vita.

Traccia delle interviste ai testimoni privilegiati

1. Cos'è il C.o.ri?
2. Quando nasce?
3. Di cosa si occupa?
4. Quali sono i suoi obiettivi?
5. Chi è l'ente promotore?
6. Quali sono gli altri partner?
7. Qual è l'idea base delle attività del gruppo di lavoro?
8. Cosa si intende per recovery?
9. Qual è l'obiettivo di tale modello?
10. Quali sono le sue fasi d'intervento?
11. Con quali strumenti di lavoro opera?
12. Il modello di recovery nasce nell'ambito della salute mentale. In che modo può applicarsi al campo della dipendenza?
13. Cosa sono le evidence based practices?
14. Quali sono i principi su cui si fondano?
15. Cosa pensa del lavoro che il C.o.ri ha svolto in questi anni?
16. Quali sono le sfide per il futuro?

Indice grafici e tabelle

Grafico 1 Emarginazione sociale del lungo-assistito	12
Tabella 1 Condizione sociale dei pazienti in trattamento	6
Tabella 2 Piani nazionali	22
Tabella 3 Uso di sostanze e criminalizzazione	25
Tabella 4 I servizi in Europa	27
Tabella 5 Programmi educativo-professionali e abitativi	29
Tabella 6 Specificità degli interventi d'inserimento lavorativo	33
Tabella 7 Esistenza di programmi specifici per i tossicodipendenti più anziani	48
Tabella 8 Programmi di distribuzione e/o scambio di siringhe	54
Tabella 9 Utenza e requisiti di accesso nelle consumption rooms	58
Tabella 10 Somministrazione della terapia sostitutiva	59
Tabella 11 Progetto SDDcare	67
Tabella 12 Progetto Recoveu	68
Tabella 13 Obiettivi del progetto	89

Bibliografia

- ❖ Banon,D., Lazzaroto,C, Radivajevic,K., Selle,P, *Riflessioni per la riorganizzazione dei dipartimenti per le dipendenze*, Selle emme&erre libri, 2011
- ❖ Bartolozzi.B., “L’arte terapia nel trattamento delle dipendenze”, in *Cronicità e (cronicizzazione) nel campo delle dipendenze*, Itaca Gennaio-Aprile 2010, anno XIII, numero 30, Alpes Italia srl
- ❖ Broekaert., E’., Van der Straeten.g., “History, philosophy and development of the therapeutic community in Europe”, in *Itaca rivista*, Maggio 1998, volume III n°2
- ❖ Brunello,N.,“L’intervento socio-riabilitativo tra Ser.T e comunità terapeutica” in *Tossicodipendenza:complessità di un percorso verso l’indipendenza*, Ser.T Azienda U.L.S.S11 Venezia, 17 Maggio 1996
- ❖ Carozza, p., *Dalla centralità dei Servizi alla centralità della persona: l’esperienza di cambiamento di un dipartimento di salute mentale*, Ed. Franco Angeli, 2014
- ❖ CO.GE.S Don Lorenzo Milani società Cooperativa Sociale, *Atti del convegno “Stigma e riabilitazione psicosociale nelle Dipendenze patologiche e nelle Doppie Diagnosi”*, 17- 18 Novembre 2016, Centro Culturale Leonardo da Vinci, San donà di Piave(VE)
- ❖ Coordinamento provinciale dei Ser.D, *Atti della formazione*, 30 Settembre 2016, Sede operativa del Ser.D di Mestre, Venezia
- ❖ Costa, B., “ La famiglia come risorsa, la famiglia come problema” in *La famiglia come problema, la famiglia come risorsa*, Itaca Settembre-Dicembre 2003, anno 7 numero 21, Cedis editrice
- ❖ De ambrogio. U., Pasquinelli. S., *Progettare nella frammentazione*, I quid n°6, Prospettive sociali e sanitarie, 2010
- ❖ “Decriminalizzare in Europa: Sviluppi recenti negli approcci legali riguardanti l’uso di droghe”, in *Dati e studi dell’Osservatorio europeo*, Maggio-Dicembre 2004, anno 8 numero 23/24, Cedis editrice
- ❖ Dell’Acqua, P., *Fuori come va?*, Ed. Feltrinelli, 2010
- ❖ Don Picchi, M., e Bordoni, R., “Gruppo di lavoro sulla riduzione del danno” in *Unità di strada e riduzione del danno*, Itaca, Maggio-Agosto 1997, anno 1 numero 2, Cedis Editore
- ❖ Fondazione Emanuela Zancan, *Vincere la povertà con un welfare generativo, la lotta alla povertà*, Ed. il Mulino Bologna, 2012

- ❖ Giannotti, F.C., “Strutture residenziali per persone dipendenti da sostanze d’abuso con comorbilità psichiatrica”, in *Comorbilità psichiatrica e sistema dei servizi nella tossi-codipendenza*, a cura di M.Coletti e R. Caforio, Quaderni di Itaca , Cedis editrice
- ❖ Grosso, L., “Avvicendamento degli interventi ed accompagnamenti a lungo termine, tra normalizzazione della dipendenza e rischi di cronicizzazione, in *Itaca costruzione di un ruolo terapeutico nel campo delle dipendenze*, Gennaio-Aprile 2010, anno XIII numero 30, Alpes Italia S.r.l
- ❖ *Libro d’interventi: Apprendere e cambiare, Bilancio e prospettive di futuro dell’intervento sulle droghe in Europa*, Itaca, Novembre 1995, Barcellona
- ❖ Pisticelli. D., Marzotto. C., *Per un’epistemologia del servizio sociale*, Franco Angeli 2002
- ❖ “Riabilitazione e reintegrazione sociale negli Stati membri dell’UE e in Norvegia: classificazione e disponibilità delle cure”, in *Dati e studi dell’osservatorio europeo*, Itaca Maggio-Dicembre 2004, anno 8, numero 23/24, Cedis editrice
- ❖ Saccon,D.,Banon, D., Boatto, E., *Evoluzione nelle dipendenze da sostanze: Il problema delle cronicizzazioni*, CLEUP, Maggio 2013
- ❖ Ser.D di Venezia, *Atti del gruppo “Pronti.. via”*, 12, 19 e 26 Maggio 2016, Venezia

Sitografia

- ❖ *2005 Annual report: the state of the drugs problem in Europe*, in EMCDDA, Lisbon, November 2005, www.emcdda.europa.eu
- ❖ *CAMH e riduzione del danno: un documento di riferimento sul suo significato e applicazione per le questioni uso di sostanze*, www.cooplagioiosa.org
- ❖ Carta dei servizi dell'UDO Rolling stones, www.operabonomelli.it
- ❖ Commissione europea, ec.europa.eu
- ❖ *Cos' è la riduzione del danno? La Posizione dell'Associazione Internazionale di Riduzione del Danno (IHRA)*, www.hri.global
- ❖ *Employability and Homelessness News from across Europe*, Febbraio 2010, www.feantsa.org
- ❖ *Elenco dei servizi pubblici per le tossicodipendenze*, Ministero della salute: dipartimento della prevenzione e della comunicazione, direzione generale della prevenzione sanitaria, ufficio VII “ Tutela della salute dei soggetti più vulnerabili”, Roma Gennaio 2005, www.salute.gov.it
- ❖ *EMCDDA INSIGHTS, Social reintegration and employment: evidence and interventions for drug users in treatment*, Ottobre 2012, www.emcdda.europa.eu
- ❖ “European best practice” in *Outreach educational counselling and low-threshold learning opportunities for disadvantaged learners*, www.correlation-net.org
- ❖ European monitoring centre for drugs and drug addiction, *Best practice*, www.emcdda.europa.eu
- ❖ European monitoring centre for drugs and drug addiction, *European report on drug consumption rooms*, www.emcdda.europa.eu
- ❖ European monitoring centre for drugs and drug addiction, *Statistical bulletin 2008*, www.emcdda.europa.eu
- ❖ Focus sulle droghe, *Importanza delle terapie sostitutive per la cura dei tossicodipendenti*, www.emcdda.europa.eu
- ❖ Fondo sociale europeo, *Progetti*, ec.europa.eu
- ❖ *Greater Meaningful Involvement of People Who Use Drugs in 7 Key Principles and 13 Examples of Good Practice*, www.deregenboog.org
- ❖ *L'associazione “La zolla”*, www.wordpress.com
- ❖ Marchesi.L., Granelli., *Politiche e interventi di contrasto all'esclusione, La sperimentazione del progetto Rolling Stones: Soggetti accolti e primi esiti*, 24 Maggio 2013, www.operabonomelli.it/

- ❖ Ministero della sanità, *Linee guida sulla riduzione del danno*, Novembre 2000, www.emcdda.europa.eu
- ❖ Observatoire du droit des usagers, www.asud.org/odu
- ❖ Opera bonomelli onlus, www.operabonomelli.it
- ❖ Ordine assistenti sociali, Consiglio nazionale, *Codice deontologico*, www.cnoas.it
- ❖ Osservatorio europeo delle droghe e delle tossicodipendenze, *Relazione europea sulla droga 2016 : Tendenze e sviluppi*, www.emcdda.europa.eu
- ❖ Osservatorio europeo delle droghe e delle tossicodipendenze, *Relazione annuale sull'evoluzione del fenomeno della droga nell'Unione Europea e in Norvegia 2002*, www.emcdda.europa.eu
- ❖ Osservatorio europeo delle droghe e delle tossicodipendenze *Relazione annuale 2009: evoluzione del fenomeno della droga in Europa*, www.emcdda.europa.eu
- ❖ Osservatorio europeo delle droghe e delle tossicodipendenze *Relazione annuale 2012: evoluzione del fenomeno della droga in Europa*, www.emcdda.europa.eu
- ❖ Osservatorio europeo delle droghe e delle tossicodipendenze *Relazione annuale 2013: evoluzione del fenomeno della droga in Europa*, www.emcdda.europa.eu
- ❖ Perspectives on drugs, *Drug consumption rooms: an overview of provision and evidence*, in EMCDDA, Lisbon, May 2016, www.emcdda.europa.eu
- ❖ *Piano d'azione dell'UE in materia di lotta contro la droga (2009-2012)* www.politicheantidroga.gov.it
- ❖ *Piano d'azione dell'UE in materia di lotta contro la droga(2013-2020)*, www.politicheantidroga.gov.it
- ❖ *Progetto ROLLING STONES*, ai sensi della Deliberazione N° IX / 3239 del 04/04/2012 “Linee guida per l'attivazione di sperimentazioni nell'ambito delle politiche di welfare”, www.operabonomelli.it
- ❖ RECOVEU, www.recoveu.org
- ❖ *ROLLING STONES, Unità d'offerta sociosanitaria a bassa intensità assistenziale nell'area delle dipendenze*, www.operabonomelli.it
- ❖ *Seelight, Elementi e pratiche per l'inserimento lavorativo dei gruppi svantaggiati*, www.caritasambrosiana.it
- ❖ “Social exclusion and reintegration”, in EMCDDA 2003 *Annual report on the state of the drugs problem in the European Union and Norway*, www.emcdda.europa.eu
- ❖ *Social reintegration and employment: evidence and interventions for drug users in treatment*, www.emcdda.europa.eu

- ❖ *Strategia dell'unione europea in materia di droga 2005-2012*, <http://eur-lex.europa.eu/>
- ❖ *Treatment and care for older drug users*, in EMCDDA, Lisbon, November 2010, www.emcdda.europa.eu
- ❖ Tribunale per i diritti del malato, dalla Federazione Italiana degli Operatori dei Dipartimenti e dei Servizi delle Dipendenze , dalla Federazione Italiana Medici di Famiglia e dalla Lega Italiana per la Lotta contro l'Aids, *Raccomandazione civica sulle tossicodipendenze*, www.federserd.it
- ❖ Verster., V., Solberg,U., *Social reintegration in the European Union and Norway*, Lisbon, 11th March 2003, www.emcdda.europa.eu
- ❖ Unione europea, Ministero del lavoro e della previdenza sociale, Iniziativa comunitaria, *Indagine sulle Buone Prassi nell'ambito dello svantaggio socio-occupazionale Ricerca sui Piani d'azione nazionali (PAN) contro la povertà e l'esclusione sociale di Italia, Spagna e Regno Unito (2003-2005)*, www.impresasensibile.cna.it
- ❖ www.dronet.org
- ❖ www.salute.gov.it
- ❖ www.sddcare.eu
- ❖ www.solidarieta79.it
- ❖ www.wien.gv.at

Dizionari

- ❖ Dal Pra Ponticelli.M., (a cura di), *Dizionario di servizio sociale*, Carocci Faber 2005
- ❖ Edigeo(a cura di), *Inglese compatto: dizionario inglese-italiano/ italiano- inglese*, Zanichelli, 2008
- ❖ Nuzzo, M., *Dizionario della lingua italiana*, Marotta editore