

UN SISTEMA DI INTERVENTO AD ALTA EVOLUZIONE

NUOVE IDENTITA' DI CONSUMO, VECCHI BISOGNI, NUOVI RITI SOCIALI TRA SERVIZIO PUBBLICO E PRIVATO SOCIALE TRA SANITARIO E SOCIALE

Riccardo De Facci, Pescara 22 -23 giugno 2016

Una società in cui il consumo di merci, sostanze e cose tra legali ed illegali, nonché talvolta delle persone stesse è fede e religione indiscussa dell'essere moderno, in cui tutto si misura sul come e su quello che consumi o no, diventa decisivo capire cosa questi consumi significano e rappresentano, soprattutto rispetto ad un sistema di intervento e cura datato ed a forte rischio di inadeguatezza ed immobilismo. Un mondo, soprattutto quello giovanile, che in generale nell'identità di consumo, del cosa e del come qualcuno consuma fa uno dei suoi tratti distintivi più forti. Il consumo anche di droghe, quindi, come uno dei tratti identitari, più in generale, della nostra società, ma che trova soprattutto nel mondo giovanile peculiarità e domande che ci sembra utile indagare per comprendere, interpretare e possibilmente affrontare. In questo mondo del consumo non ci sembra attualmente far enorme eccezione il consumo di sostanze psicoattive. "Consumo quindi sonoed ho bisogno dihai voglia di conoscermi ?" potrebbe iniziare così, con quello che sembra un paradosso, questa breve introduzione sull'attuale sistema di intervento e sulla attualità delle risposte verso il variegato mondo dei consumi di sostanze psicoattive. Un consumo generalizzato ed estremamente diversificato per sostanze legali e non, per le varie tipologie di consumatori coinvolti, per le diversificate modalità di consumo, con un abbassamento dell'età delle prime sperimentazioni, in linea con i processi di adultizzazione precoce che la nostra società attiva ma che poi continua per alcuni in età avanzate e non più solo come atteggiamento post adolescenziale ma sempre più in connessione con quello che le persone fanno e sono. Le nostre stesse città stanno cambiando e sono ridisegnate in funzione ed inconseguenza dei luoghi della movida, del divertimento, dell'organizzazione del tempo libero e dei propri stili di vita, (San Lorenzo, corso Como e la Darsena a Milano, il Pigneto a Roma, la Quartieri Spagnoli e Sanità a Napoli ecc.) con un capitolo sui modelli di consumo di sostanze legali e non, che rappresenta parte significativo di questo disegno urbanistico e sociale del futuro. Pensiamo poi alle aree dismesse e le marginalità più estreme che le abitano o ai significati delle grandi aree destinate al gioco più o meno d'azzardo.

Ormai facciamo i conti con consumi, rischi e trasgressioni sempre più connessi ai vari stili di vita e sempre più compatibili con i riti sociali, con una diffusa percezione di normalizzazione di tali abitudini, dovute anche ad una forte diffusione e pressione sociale del consumo.

Per provare a capire cosa accade e come riorganizzarci per rispondere ad i bisogni conseguenti, ormai da più di un decennio, nel mondo delle sostanze stupefacenti e dell'alcool ci sembra prioritariamente necessario superare le vecchie categorie interpretative basate quasi esclusivamente su un unico stereotipo di riferimento. Un'unica rappresentazione della "droga"

costruita sulla dipendenza grave, soprattutto da eroina su cui qualsiasi altro fenomeno si deforma e aggrava (ed allora l'immagine della spirale incontrollabile di perdizione, il tunnel della droga, la fine di tutti i sogni giovanili, la comunità come unica risposta, il sert visto unicamente come distributore della droga di stato (metadone ?). Una chiave interpretativa vecchia, facile e moralmente assolutoria, che si associa immediatamente alla cultura della sicurezza sociale e della punibilità legale, della patologia e sulla chiusura su un approccio di lettura esclusivamente securitario o sanitario. Quello che tale approccio rischia è una interpretazione del consumo di sostanze visto solo attraverso gli occhiali del sintomo e della droga come una risposta al malessere individuale non comprendendo tutto il resto esistente e le importanti innovazioni nelle risposte e dei servizi sia pubblici che del privato sociale in corso di realizzazione soprattutto rispetto ai nuovi fenomeni.

Questo pensiero "sanitario" sull'alcool e le droghe è diffuso purtroppo anche in parte del sistema dei servizi attuale, che rischia di rimanere piuttosto statico perché incentrato sulla sostanza vista principalmente come generatrice di patologia e tossicodipendenza a fronte di stili di vita, bisogni e domande molto diversificate in cui questi consumi sono molto diffusi, con la cocaina e l'alcool che nella loro diffusione e nelle varie forme del loro consumo sono emblematici in questo senso.

In mancanza di una maggior capacità di lettura, di una evoluzione strategica di pensiero su questi temi e di una conseguente strategia di azione diversificata, il sistema di intervento preventivo, di riduzione del danno o delle conseguenti offerte terapeutiche e riabilitative, assieme al corpus legislativo, rischiano di diventare anacronistici.

Il fenomeno droga sta rapidamente cambiando perché il mondo si evolve rapidamente ed il mondo dell'alterazione del sé e dell'addiction ne è componente strutturale.

Le attuali condizioni del mondo dei consumi, dei problemi connessi, delle dipendenze e delle sostanze ci interrogano sul nostro modo stesso di leggere ed affrontare alcuni problemi con le risorse e le fragilità personali connesse portandoci a riflettere sul senso stesso di tali consumi e quindi sulle risposte più adeguate che tali consumi richiederebbero. Pensiamo alla forte ricerca di piacere e divertimento spesso sottese, alle forme di autocura rispetto al male del vivere ma anche alle diverse culture e capacità connesse ai vari consumi. Le varie forme di trattamento, gli approcci di prevenzione più classici, le sperimentazioni in comunità ed i vari approcci finora realizzati chiedono un lavoro forte di scambio, rilettura ed approfondimento che le singole realtà non sempre riescono a realizzare.

Occorre saper accettare come le interazioni soggetto-oggetto gratificante (la sostanza psicoattiva) possono essere molto diverse e sono definite in parte dalle caratteristiche del soggetto (uomo e donna, adolescente o adulto ...) in parte da quelle della sostanza (consuetudini sempre più diffuse di policonsumo, mix di sostanze diverse con effetti spesso indefinibili), in parte dalle interazioni tra i due elementi in contesti e situazioni molto diverse tra loro, senza dimenticare la domanda sottesa e le aspettative individuali connesse a tali consumi.

Il comportamento di assunzione di sostanze non si identifica, quindi più soltanto, con la tossicodipendenza, che ne costituisce un caso particolare per quanto significativo nell'attuale

sistema di intervento anche al di là dell'eroina come sostanza di abuso primaria. Pensiamo per esempio al fascino attrattivo delle anfetamine, dell'ecstasy e di tutte una serie di sostanze psicostimolanti sempre più diverse e diffuse, attribuibile alla connessione dei loro effetti con le esigenze portate dalle sempre nuove culture del divertimento, facilitando nei ragazzi i comportamenti di disinibizione, sollecitando una più immediata socialità, consentendo più tolleranza dello sforzo, della fatica e del sonno nei lunghi week end e nelle ore notturne. Oppure al consumo di cocaina quasi giornaliero o per lunghi periodi per persone tra i 25 e 50 anni, connesso a stili più complessivi di vita ad alta prestazionalità, un ritmo vitale che si organizza su un aiuto costante della cocaina per giovani lavoratori autonomi e/o imprenditori. Un consumo quasi strutturale ad un modo di vivere in cui la cocaina è mezzo e risultato atteso per una continua accelerazione dei ritmi di vita ed una pseudo consapevole permanenza in uno stato di positività ed ebbrezza. Ciò che è richiesto alle nuove sostanze o ai nuovi stili di consumo è in definitiva una maggiorazione di tipo prestazionale, in primo luogo connessa alle istanze di divertimento e adeguatezza, ma anche desiderata e apprezzata in altri ambiti della propria vita come il lavoro e le relazioni sociali.

Consumare per stare sempre più al centro dei ritmi vitali del gruppo, del contesto, della "vita" pubblica. Quanto il nostro sistema di risposte si stia facendo interrogare da queste domande è uno delle scommesse future.

La necessità attuale di ripensamento delle risposte è quella di provare ad indagare ed a conoscere di più, per comprendere alcuni fattori sempre più legati ai percorsi identitari delle persone che consumano. Pensiamo alle profonde differenze legate alla differenza di genere (il maschile ed il femminile), la situazione economica delle persone coinvolte(tra precarietà e buon livello economico), i diversi contesti di consumo (casa propria, il parco, il rave o i vari locali di tendenza, le periferie più estreme ecc.), ma anche le sempre più diverse sostanze ed i diversi modi di consumarle nonché le attese riposte su questi consumi.

Riteniamo sia fondamentale riavere il coraggio in maniera pragmatica e qualitativa di indagare gli stili di vita e le modalità di approccio diverse, sottese agli attuali bisogni che accedono ai nostri servizi, perché solo questo ci può aiutare a comprendere meglio ciò che realmente accade e come risponderne. Solo da una diversa e miglior comprensione possiamo sperare di arrivare a rivedere anche il nostro sistema di intervento che nella deformazione iniziale in parte moralistica (tutte le droghe sono uguali e male) ed in parte legislativa (illegalità di qualsiasi consumo) nonché nella staticità di alcune proposte terapeutiche (sert, metadone comunità....) rischia di essere sempre più lontano e percepito come inefficace dalla maggior parte delle persone che ne dovrebbero usufruire.

Il sistema attuale di intervento sui consumi problematici di sostanze stupefacenti e altre addiction in Italia è formato da un insieme pubblico di intervento (Sert e Noa) ed una nutrita serie di strutture del privato sociale (centri diurni e comunità residenziali) estremamente diffuso e diversificato su tutto il territorio nazionale ed è formato da almeno 7/8.000 operatori pubblici dei Sert e almeno altrettanti 7/8 000 operatori del privato autorizzato e/o accreditato, che concorrono

insieme alla gestione di una risposta complessiva a regia e forte valenza pubblica nel campo delle dipendenze .

Per provare a cogliere realmente quello che sta accadendo nei territori e sta riverberando nelle nostre accoglienze e nei nostri servizi di cura, ci sembra decisivo provare a condividere una lettura nell'evoluzione dei fenomeni a partire da due grandi macro sistemi nell'area dei bisogni, superando categorie uniche connesse ad una tossicodipendenza da eroina su cui molto di questo sistema è nato e si è organizzato:

- Non è sparito ed esiste ancora un importante fenomeno connesso alla tossicodipendenza da eroina, cocaina ed alcool ed alla marginalità sociosanitaria che pur nella sua riduzione di presenze "visibili sulle strade" ed ad un minor "allarme securitario nelle piazze" si connota ancora con un numero importante (si ipotizzano ancora almeno 250 /300 mila tossicodipendenti in Italia) di storie, percorsi, che rappresentano ancora il 50/80 % delle persone che afferiscono quotidianamente ai nostri servizi (Sert, comunità, unità di strada, drop in). Situazioni per una gran parte, fortemente compromesse ed a grave rischio di emarginazione e di patologie correlate o già in situazioni di cronicizzazione e/o bassa evolutività nel loro rapporto con una dipendenza, una sostanza (eroina, cocaina ed alcool) ma talvolta anche da vari mix di farmaci tra sostitutive, psicofarmaci e alcool, nonché domande sempre più diffuse provenienti dal mondo delle alcool dipendenze "di strada" (stranieri, donne, marginalità senza dimora, disturbo psichico ecc...). Consumi e policonsumi in questi casi aggravati da forti rischi di esclusione sociale grave oltre la dipendenza (con prioritari bisogni di base come un letto, da mangiare, un attimo di pausa, un abito, una doccia ecc...) Tale aggravarsi si confronta con percorsi di presa in carico e cura forse un po rigidi (18, 30 mesi di comunità e nei tempi certi della cura, nelle diagnosi piuttosto schematizzate, per un approccio prioritariamente sanitario e semplificatorio, estrema differenze sui vari territori delle unità di offerta ecc...) che attualmente noi offriamo e che hanno forse bisogno di una ulteriore verifica e revisione profonda, sia nella loro attualità che nell'ormai indispensabile integrazione, connessione e complementarietà continuativa tra offerte ambulatoriali e residenzialità, tra pubblico e privato, tra sociale sanitario, ma anche tra i servizi della riduzione del danno o della risposta sociale e tutto il resto del sistema di intervento e cura.

– Parallelamente assistiamo ad un consumo estremamente generalizzato di sostanze e/o stili di vita in cui una sostanza, un consumo problematico (cocaina o alcool) ma anche nuove forme di dipendenze (da gioco o da psicofarmaci) appartengono ad un modo di essere, di vivere quasi in maniera inscindibile. Una diffusa intermediazione chimica o una parossistica necessità di stimoli in cui la dipendenza o l'abuso assume forme e bisogni molto diversificati. Come rispondere a queste domande che non presentano sempre una dipendenza esplicita e codificata ma gravi compromissioni fisiche, relazionali, economiche o a quei contesti di vita (discoteche, rave, raduni, sale gioco ecc...) in cui anche il consumo di sostanze o altre forme di alterazione diventa parte di uno stile del vivere e dell'essere? Ma soprattutto consumi che non riconoscono o forse non vi trovano realmente, nelle nostre unità di offerta le risposte più adeguate.

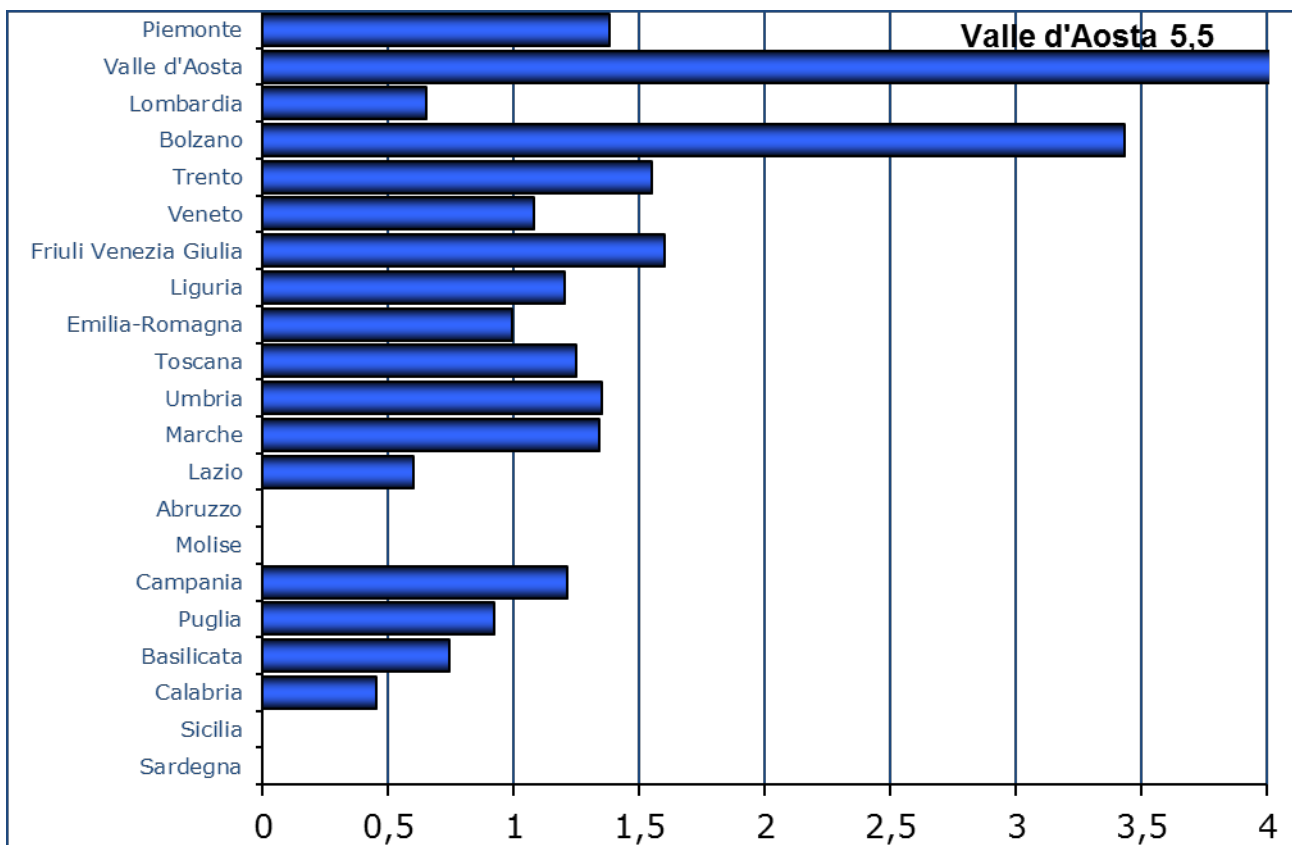
Parte da queste considerazioni la necessità di ricominciare a discutere tra operatori del pubblico e del privato, delle dipendenze e della psichiatria, del sociale e del sanitario sulla necessità di riscrivere parti dei nostri approcci ed interventi nell'ottica di un'alta integrazione tra unità di offerta e modelli di approccio diversi, tra la necessità di un diverso sistema di intervento e risposta. Sempre di più alcuni servizi ed i loro responsabili ed operatori incominciano a sentire la necessità di sperimentare un diverso approccio ispirato da un complementarietà orizzontale tra professioni e saperi diversi, tra mandati e risorse tutte forse da ridefinire, da una presa in carico più complessiva delle fatiche delle persone accolte.

I quadro normativo

Lo strumento Legislativo che disciplina l'intera materia è il Decreto del Presidente della Repubblica n. 309 del 1990 (Testo Unico sulle tossicodipendenze) costruito quasi esclusivamente su un target di tossicodipendenza da eroina ormai cambiata profondamente e per quanto riguarda la determinazione dell'organico e delle caratteristiche organizzative e funzionali dei Servizi per le tossicodipendenze delle Aziende Sanitarie Locali la materia è tuttora regolata dal D.M. n. 444 del 1990 che necessita una revisione e concertazione con le Regioni alla luce anche dei nuovi poteri connessi alle regioni in sanità e dei nuovi modelli di sanità carceraria con la modifica dell'art.5 della costituzione. In più facciamo i conti con una necessaria riorganizzazione dei servizi delle dipendenze (non avvenuta compiutamente ancora in quasi nessuna delle regioni italiane) in Dipartimenti così come auspicato dall'Accordo Stato Regioni del 1999 (Provvedimento 21 gennaio 1999 - Accordo Stato-Regioni per la "Riorganizzazione del sistema di assistenza ai tossicodipendenti" e Accordo Stato regioni per la "Riorganizzazione delle comunità terapeutiche del privato sociale") e dalla Legge 328 del 2000. "Legge quadro per la realizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali".

Soprattutto nell'organizzazione dei servizi ambulatoriali e dei modelli di comunità accreditate o autorizzate, assistiamo a 20 modelli regionali organizzativi diversi, tra collocazioni in assessorati al sociale o sanitario indifferentemente, sotto la psichiatria, sotto la direzione sociale o autonomi, tra professionalità diverse nelle percentuali di formazione dei servizi, negli investimenti economici (come sintetizzato nello schema sottostante) e nelle varie tipologie di offerte diurne e residenziali esistenti ed accreditate, dalle 2 uniche tipologie di comunità di alcune regioni (pedagogica e psicoterapeutica) alle 14 tipologie di altre(dalle comunità di prima accoglienza, per doppie diagnosi, per coppie, per madri con figli, per policonsumatori, per minori, per alcolisti, strutture per il reinserimento, per cronici ecc.

Rapporto spesa regionale per le dipendenze sul totale della spesa del Servizio Sanitario



Criticità e azioni programmatiche

Si evidenziano in maniera sintetica alcune criticità di sistema a cui riteniamo sia necessario far fronte con specifiche azioni programmatiche nel prossimo periodo.

- Legislazione nazionale superata (309 del 1990) e che necessità di un profonda revisione nella definizione dei LEA e dell'organizzazione dei servizi sia pubblici che del privato sociale oltre all'aspetto penale verso i consumi.
- Disomogenea attenzione sui vari territori a organizzare i servizi in rapporto alle differenti tipologie di pazienti ed alla differenziazione dell'offerta nonché estremamente disomogenea applicazione degli atti di intesa del 1999 Stato -regioni sull'organizzazione dei servizi delle dipendenze e sulla riorganizzazione delle comunità terapeutiche..
- Inadeguatezza nella continuità dell'assistenza, per lo più dovuta ad una scarsa integrazione tra i servizi sanitari pubblici e strutture del privato sociale (comunità terapeutiche), così

come tra servizi sanitari e servizi sociali, tra servizi delle dipendenze e della salute mentale.

- Difficoltà nella definizione condivisa della pervasività e della gestione della comorbilità psichiatrica (o doppia diagnosi) e della varie forme di disagio psichico dovute anche a altre nuove sostanze circolanti o a nuovi modelli di consumo.
- Difficoltà ad intercettare quella popolazione maggiormente a rischio, che difficilmente si rivolge spontaneamente ai servizi, o per una scarsa o nulla percezione del rischio, o per situazioni di grave emarginazione sociale. Esiste, in particolare, ancora una quota di soggetti eroinomani che non esplicitano una domanda di trattamento e sono fortemente a rischio per l'infezione e la diffusione dell'HIV, HBV, HCV, per overdose e per processi di esclusione sociale e relazionale e possibile conseguente coinvolgimento in episodi di criminalità e microcriminalità. A questo gruppo di persone devono essere fornite tutte le informazioni e le prestazioni necessarie a tutela della loro salute e di quella della collettività.
- Disomogeneità nella formalizzazione dei rapporti di collaborazione fra servizi territoriali pubblici e gli organismi del volontariato, degli Enti Ausiliari e delle comunità locali.
- Quasi totale azzeramento negli ultimi 10 anni dei fondi specifici territoriali, dedicati agli interventi di prevenzione territoriale e nelle scuole e per il reinserimento socio lavorativo.
- Scarsa diffusione di programmi di valutazione della qualità (valutare gli esiti nella pratica).

Per ovviare a tali criticità sono necessarie specifiche azioni programmatiche future:

- Razionalizzare le modalità di presa in carico, creando percorsi e programmi di intervento differenziati per tipologie di pazienti, in rapporto ai bisogni sanitari e sociali. Implementare il sistema delle unità di offerte e la collaborazione fra servizi per garantire tutte le prestazioni necessarie: dalla rdd alla presa in carico precoce, dalla cura ambulatoriale e residenziale alle strutture di residenzialità leggera territorialiecc.
- Creare le condizioni per un coordinamento territoriale fra i vari servizi sanitari per una globale tutela della salute dei soggetti interessati (comorbilità psichiatrica, malattie infettive, disagio psichico, disagio sociale ecc.).
- Implementare le azioni di prevenzione universale, selettiva, indicata e di rdd, tramite ad es. il potenziamento di unità mobili (unità di strada) e i centri di prima accoglienza (servizi a bassa soglia), con il coinvolgimento dei comuni, dei servizi sociali, delle forze dell'ordine, delle farmacie, delle politiche giovanili ed altro nella realizzazione di interventi di rete e del sistema socio assistenziale delle risposte.
- Implementare i programmi di formazione e la conoscenza degli interventi basati su prove di efficacia. Implementare la cultura della valutazione.
- Implementare gli interventi di prevenzione primaria, basati su prove di efficacia, che devono articolarsi in interventi "universali" (diretti alla popolazione generale) e "selettivi" (diretti a target mirati della popolazione giovanile) .

In tale contesto e prospettiva, acquista importanza strategica la collaborazione interistituzionale tra tutti gli enti coinvolti nel sistema con gli altri enti coinvolti, primo fra tutti il Dipartimento Politiche Antidroga presso la Presidenza del Consiglio dei Ministri, i vari ministeri dalla Sanità, interni e Giustizia ed istruzione tra gli altri, il coordinamento delle regioni, l'Ance, gli enti nazionali del privato sociale delle comunità e della società civile anche attraverso la costituzione della già

prevista legislativamente, Consulta nazionale per il contrasto alle tossicodipendenze ed a similari Consulte e tavoli regionali nonché l'organizzazione puntuale ogni 3 anni delle previste Conferenze nazionali sulle droghe, assenti in realtà in Italia da almeno 15 anni.