

SOSTANZE SENZA DIMORA

Una ricerca condotta in servizi che accolgono
persone consumatrici di sostanze
e in condizione di senza dimora



coordinamento nazionale comunità di accoglienza

© 2005 Comunità Edizioni



Sede: Via G. Baglivi 8 - 00161 Roma
tel. 0644292379-0644230403
fax 0644117455
email: *info@cnca.it*
sito web: *www.cnca.it*

Prefazione di Leopoldo Grosso

Le sostanze stupefacenti costituiscono, paradossalmente, un riparo per i senza dimora. Un rifugio illusorio, fugace, con conseguenze indesiderate, ma dal beneficio incontrovertibile per chi vive alla giornata. Le droghe, da sole o in combinazione, tolgono la fame, fanno sentire meno il freddo, smorzano la fatica, danno vigore, risolvono i dolori, tengono svegli se non si deve perdere di vista il pericolo, così come riescono a conciliare il sonno in condizioni anche molto difficili. Anestetizzano la sofferenza fisica e mentale. Tacitano le ansie delle incertezze di una giornata da sbarcare e lasciano dietro alle spalle le angosce delle insicurezze accumulate. Sembrano poter restituire speranza, comunque aprono ad uno stato momentaneo di maggior spensieratezza e di auspicata leggerezza. Alleviano la solitudine, supportano le capacità di intraprendenza interpersonale. E, soprattutto, consentono sprazzi di piacere. Un piacere chimico, autoreferenziale, transitorio: unica gratificazione accessibile, da afferrare non appena se ne presenta l'occasione. Poco importa se la conseguenza, il prezzo da pagare, può improvvisamente diventare molto alto: non solo l'overdose, ma molte malattie connesse all'uso di droga ed alla vita di strada; oppure l'imprevisto, l'incidente di percorso: dal congelamento non percepito, alla rissa per il proprio giaciglio, all'aggressione subita con pregiudizio, alla disattenzione, a volte fatale, per chi vive senza protezione alcuna.

L'uso di sostanze stupefacenti, legali ed illegali, costituiscono una costante della vita di strada: dall'alcool per i "tradizionali" clochard e per molti immigrati senza permesso di soggiorno, all'eroina per le persone tossicodipendenti, al consumo di cocaina ed anfetamine funzionali alle svariate prestazioni richieste dalla necessità di arrangiarsi per sopravvivere, alla coca basata per alcune minoranze etniche, alla ketamina per i "punkabestia", ad altri farmaci e psicofarmaci, al mercato "grigio" in combinazione con birra e cartoni di vino per molti pazienti psichiatrici.

Di fatto si è ormai imposto un policonsumo ed un poliabuso che va al di là delle caratteristiche e delle diverse culture dei suoi assuntori. Distinguere, anche in queste situazioni, tra uso abuso e dipendenza, consente di cogliere l'articolazione ed, al tempo stesso, il profondo radicamento della problematica. Il consumo di sostanze si pone come elemento costitutivo della vita in strada, si "incolla" ma non stravolge, di per sé, la vita dei consumatori. Al popolo della strada e dei senza dimora appartiene senza alcun dubbio un cospicuo numero di persone tossicodipendenti, ma il consumo di sostanze oltrepassa di gran lunga la loro consistenza. È un uso trasversale, diffuso e capillare, che segna e caratterizza il vivere in strada. L'abuso si pone come il possibile *trait d'union* tra consumo e dipendenza. L'abuso è tentazione ricorrente, costituisce un rischio incombente, è un passaggio obbligato per un'eventuale evoluzione nell'addiction.

Tra strada e dipendenza il rapporto è biunivoco. Si può giungere alla vita di strada direttamente dalla dipendenza (tossicodipendenza ed alcolodipendenza), come punto di arrivo dato da una "sregolatezza" di uno stile di vita che ha bruciato ogni legame ed ogni tutela. Viceversa si può giungere alla dipendenza dall'acquisizione delle abitudini della vita di strada, tramite una continua esposizione e contaminazione dei comportamenti di consumo, nell'abbinamento in negativo tra la condizione di forte vulnerabilità sociale e la propria vulnerabilità individuale. Gli stranieri che non trovano le opportunità e la tenacia per far decollare il loro progetto migratorio iniziato in salita, le persone disabili mentali, chi perde lavoro e casa senza i quali si sfilacciano i legami affettivi più prossimi e si rischia di scivolare in spirali depressive sempre più avvolgenti: sono queste le figure sociali a più alta probabilità di smarrimento e che trovano nelle sostanze stupefacenti non solo la protesi al vivere in strada, ma l'illusoria consolazione alla loro solitudine, alla perdita di significanza sociale, al sentimento persistente e corrosivo del proprio fallimento esistenziale.

La vita di strada rappresenta l'intreccio più emblematico tra problematiche sanitarie e sociali.

Il contesto ambientale non consente una buona cura di sé, e chi ha già poca cura di sé sa meno difendersi da condizioni di vita avverse. Le differenti problematiche sanitarie, dalla diffusione delle varie malattie infettive fino alla precarietà dello stato di salute mentale, trovano origine e s'aggravano all'interno di situazioni sociali che costituiscono sia l'agente patogeno che il veicolo del contagio. Sono situazioni sociali che ammalano, mai curano,

molto difficilmente aiutano. Sono situazioni sociali in cui il soggetto è più sovente perdente nel confronto con le forze oggettive del contesto e la soggettività personale viene progressivamente risucchiata e conformata dall'“oggettività” della pressione ambientale. Un dato, riportato dalla ricerca, è particolarmente significativo al proposito. L'intervento si rivela più efficace quanto più è precoce. Si delinea quasi un' "epoca d'oro" dell'intervento per chi è in strada: entro un anno dal “debutto”, altrimenti il rischio di cronicizzazione aumenta e con essa l'indebolimento della soggettività, il credere meno che sia possibile un futuro diverso, che richiede la convinzione e l'ingaggio nel rimontare un presente avverso.

Sorprende e colpisce, nella ricerca, la qualità della sofferenza psichica indagata nella popolazione dei senza dimora. L'asse I, secondo i criteri del DSM IV, contro ogni aspettativa, sembra farla da padrone. Chi pensava che i disturbi di personalità, da quello antisociale a quello borderline, fossero preminenti, deve rivedersi e riesaminare la situazione. Appare una prevalenza di disturbi psicotici e depressivi gravi che indica un alto grado di sofferenza mentale, un più pesante livello di destrutturazione, in cui l'aggressività non è solo eterodiretta o assume la forma della provocazione, della pretesa o della maschera di ruolo, ma risulta fortemente autoindirizzata, con un esame di realtà molto più indebolito, con comportamenti meno prevedibili e maggiormente a rischio.

Quali interventi sono proponibili in una popolazione di senza dimora che appare sempre più in aumento e non solo unicamente confinata negli interstizi delle grandi aree urbane che tradizionalmente producono e calamitano aree di diversa emarginazione?

Il lavoro di bassa soglia, dall'intervento in strada ai dormitori, dalle mense ai drop-in, dall'accesso ai luoghi per l'igiene personale e la cura di sé alle prime cure mediche ed allo screening per le infezioni, ha impegnato molte delle risorse delle associazioni, dei servizi e delle Istituzioni che hanno mostrato sensibilità alla problematica. Gli ultimi dieci anni, non solo in risposta alle esigenze dell'ondata immigratoria, sono stati un'importante stagione di impegno e sperimentazione, che ha raggiunto successi parziali e significativi, anche se incompleti, non definitivi e, soprattutto, non uniformemente diffusi sul territorio nazionale. Che cosa abbiamo imparato? Quali indicazioni qualitative per il nostro lavoro, per un investimento ulteriore che non si riduca ad una replica ed a una pur necessaria implementazione quantitativa dei servizi a bassa soglia?

– I servizi outreach, che vanno incontro alle persone in risposta ai loro bisogni materiali, riescono ad offrire il meglio di sé quando sanno coniugare la prestazione specifica con una forte prossimità relazionale. Offerta di opportunità e costruzione della relazione vanno di pari passo. Ognuna delle due funzioni si appoggia sull'altra. La disponibilità relazionale ha più chance di aggancio con numeri ridotti e molteplicità dei luoghi di accoglienza. No ai grandi casermoni dell'assistenza. L'economia di scala, nel momento in cui preclude la qualità può rivelarsi un boomerang anche sul piano economico.

– L'accesso ai servizi di aiuto deve mantenersi generalista. Non è immaginabile una specializzazione dei servizi a seconda dell'utenza di riferimento, erogando prestazioni affini e sovrapponibili. È pensabile piuttosto che all'interno dei servizi per tutti si sviluppino competenze specifiche in grado di declinare, secondo i bisogni maggiormente caratterizzanti aree di utenza, risposte più adeguate e personalizzate.

– Per le persone straniere si è rivelata di grande utilità la presenza nei servizi dei mediatori culturali. Il passo successivo consiste nell'inserire nelle équipe sociosanitarie dei servizi con maggiore affluenza di stranieri, veri e propri operatori etnici. Nei paesi europei dove da tempo sono state condotte tali esperienze, è aumentato sia l'accesso che l'assiduità della frequenza.

– Da tempo ormai gli interventi di riduzione del danno non solo non si sono affatto mostrati in contrapposizione agli interventi riabilitativi, ma sono risultati sinergici. Un buon servizio di riduzione del danno ha probabilità, tramite la vicinanza relazionale, l'attenzione alla persona ed un atteggiamento non giudicante, di stimolare richieste evolutive che necessitano di essere accolte e valorizzate nella costruzione di percorsi di graduale superamento dello stato di emarginazione.

– La domanda evolutiva che molti operatori di numerosi servizi hanno saputo accogliere e sostenere subisce una strozzatura all'interno della rete dei servizi di secondo livello. Il raccordo tra i servizi a bassa soglia di riduzione del danno sociale e di riduzione del danno sanitario, con i servizi preposti alla cura ed alla riabilitazione, è carente al punto tale da pregiudicare il successo di molti "invii". Esiguità di risorse e di personale, tagli alla spesa, culture difensive delle singole organizzazioni a rischio di autoreferenzialità, insufficienza di una pratica del lavoro di rete che non sia solo nominalistica e formale, mancanza di formazione congiunta degli operatori, paiono costituire i maggiori ostacoli ad una indispensabile collaborazione.

– Politiche abitative di secondo livello (oltre i dormitori), politiche di inserimento lavorativo (differenziate in base ai diversi bisogni e capacità complessive) si pongono come questioni urgenti per portare avanti istanze di inclusione sociale ampiamente raccolte ed evidenziate. È questo il settore che necessita del maggior investimento di risorse, a partire dalla questione carceraria e dalla dimissione dei detenuti che rappresentano ancora una quota considerevole di senza dimora.

– La voce diretta dell’utenza è, ad oggi, troppo esigua. Le strategie di “empowerment” hanno prodotto più in termini di esito di servizio (e questo va bene) che non protagonismo collettivo da parte dei diretti interessati nel confronto istituzionale e nella costruzione delle politiche di territorio.

– È necessaria una piena consapevolezza, da parte degli operatori, della profonda ricaduta del loro lavoro con le fasce marginali, in termini di sanità pubblica e di sicurezza pubblica. Il loro lavoro è testimonianza concreta della protezione della salute di tutti i cittadini. Ed è anche a difesa di una maggiore incolumità dei loro territori. Solo cogliendo appieno la connessione che gli interventi sulla marginalità hanno rispetto alla generalità della popolazione, anche alle Amministrazioni non viziata da pregiudizio ideologico risulterà chiaro quanto un investimento nella direzione auspicata si traduca in un risparmio di spesa a cascata in molti altri settori.

L'Autore è psicologo e Vice Presidente del Gruppo Abele di Torino.

Premessa

Il presente lavoro è il report finale di una ricerca condotta nei servizi che accolgono persone tossicodipendenti senza fissa dimora in varie regioni italiane nel periodo maggio 2004-marzo 2005. Tale ricerca è stata realizzata nell'ambito del progetto "Sostanze Senza Dimora" di titolarità del CNCA, finanziato dal Ministero del Welfare, in base alla L. 45/99 di cui tale ricerca rappresenta la prima fase. Attualmente le competenze in materia sono state trasferite al Dipartimento Nazionale Politiche Antidroga, struttura attivata presso la Presidenza del Consiglio dei Ministri.

In questo report pertanto sarà descritta solo la ricerca fenomenologica e il testo si articola come segue:

- nel primo capitolo vengono citati i riferimenti alla letteratura scientifica che hanno portato alla definizione del contesto, del quadro teorico di riferimento nonché del disegno della ricerca;

- nel secondo vengono presentati i dati rilevati dagli osservatori delle dipendenze che hanno aderito alla richiesta di partecipare alla nostra ricerca;

- nel terzo capitolo si esplicita la ricerca, esplicandone gli obiettivi, i metodi, gli strumenti e le metodologie di analisi;

- nel quarto si presentano i risultati ottenuti dall'indagine svolta nei servizi, nei sistemi di rete di 4 città campione e di una breve indagine volta a sondare il punto di vista dell'utenza;

- nel quinto, sulla base degli elementi definiti, si individuano i modelli emergenti dei sistemi di servizi che si rivolgono all'utenza tossicodipendente senza dimora;

- nel sesto capitolo si delineano i bisogni formativi degli operatori che si occupano di questa utenza multiproblematica;

- nel settimo e ultimo capitolo si tracciano le conclusioni cui si è giunti e le raccomandazioni per implementare il sistema di servizi.

Ci sembra doveroso in questa sede ringraziare coloro che hanno contribuito alla realizzazione di questa ricerca e in particolare:

tutti i Servizi citati nel presente rapporto nella loro fattiva collaborazione e puntualità con cui ci hanno fornito i dati.

Stefano Aliprandini, Laura Amato, Nadia Assueri e Daniela Cerri per il loro prezioso contributo per la realizzazione dei focus group e all'intera ricerca.

I referenti regionali dei servizi CNCA che hanno sostenuto e contribuito alla realizzazione della ricerca: Giuseppe Arrivo, Claudio Bignami, Gioacchino Borruso, Simonetta Dalla Gassa, Franco Di Chirico, Gabriella Feraboli, Andrea Giostra, Matteo Iori, Gianluca Mannucci, Michele Marchi, Fabrizio Mariani, Lucio Migheli, Remo Quadalti, Claudia Paolini, Paolo Piazzesi, Filippo Ragazzo, Enrica Recanati, Marina Ricci, Vincenzo Sacco, Piero Zanelli.

Le esperienze territoriali coinvolte nella ricerca: Gruppo Abele (TO); Cooperativa il Calabrone (BS); Cooperativa Sociale di Bessimo (BG); Cooperativa Lotta contro l'Emarginazione (Va); Comunità di San Martino al Campo (TS); Cooperativa Sociale Comunità dei Giovani (VR); Associazione Gruppi Progetto Uomo (PD); Giovanni XXIII (RE); Cooperativa Centri Accoglienza La Rupe (BO); Associazione Insieme (FI); C.A.T. Cooperativa Sociale (FI); Cooperativa Sociale Il Cerchio (PI); Associazione La Tenda (RM); Cooperativa Parsec (RM); Cooperativa Sociale Magliana 80 (RM); Comunità 21 marzo (LT); Cooperativa Il Borgo (PG); Associazione Il Pioppo (Na); Cooperativa C.A.P.S. (BA); Cooperativa Fenice (PA); Associazione Lotta alla droga (PA).

CAPITOLO 1

TOSSICODIPENDENZA ED ESCLUSIONE SOCIALE NELLA LETTERATURA

1.1 Premessa

Il legame tra tossicodipendenza e condizione di senza dimora si è costantemente rafforzato negli ultimi anni. Tale legame è stato confermato da ricerche e da azioni di politiche sociali, sebbene non esistano né studi né azioni sistematiche a favore di una rete di servizi per questa popolazione specifica.

Il 10 ottobre 2001, la Commissione Europea ha fatto un passo importante verso la lotta contro la povertà e l'esclusione sociale, approvando, per la prima volta, una relazione in cui viene analizzata la politica dei governi in materia di integrazione sociale. Nella relazione presentata alla Commissione europea viene individuata una serie di fattori di rischio gravi che accrescono la minaccia di povertà. Tra questi, vengono citati la disoccupazione di lunga durata, la dipendenza da sostanze a lungo termine, fonti di reddito insufficienti, impieghi qualitativamente inadeguati, bassi livelli di qualificazione e abbandono anzitempo degli studi, crescita in un ambiente familiare socialmente vulnerabile, handicap, stato di salute precario, alcolismo, arretratezza, a vari livelli, dell'ambiente di vita, la mancanza di un tetto o precarie condizioni di alloggio, immigrazione, origine etnica e discriminazione razziale.

Secondo un'indagine dell'Eurobarometro (n.56.1, 2002), la percentuale di popolazione europea a rischio di povertà ed esclusione sociale varia dal 9 al 22%. Il consumo di sostanze stupefacenti può essere considerato alternativamente sia una conseguenza sia una causa di emarginazione sociale (Carpentier, 2002): il consumo di sostanze stupefacenti può provocare un deterioramento delle condizioni di vita, ma, d'altro canto, sono proprio i processi di marginalizzazione sociale che possono portare a ricorrere alle sostanze stupefacenti. Ciononostante, il rapporto tra abuso di stupefacenti ed emarginazione sociale non è un rapporto di tipo causale, perché l'emar-

ginazione sociale «non riguarda tutti i consumatori di stupefacenti» (Tomas, 2001). Tenendo conto di questa complessità, è possibile analizzare il consumo di stupefacenti tra le popolazioni socialmente emarginate e studiare l'emarginazione sociale tra i tossicodipendenti. In tal modo lo scenario emergente può essere riassunto nel grafico seguente, dove si evince che la tossicodipendenza è una condizione che può sussistere o meno in situazioni di emarginazione sociale, ma laddove essa esiste può aggravare la situazione e aumentare il rischio di esclusione sociale.



Fig. 1: Rapporto tra emarginazione sociale e consumo di stupefacenti. Fonte: EMCDDA, Annual Report, 2003.

Questo capitolo vuole presentare una breve revisione della letteratura esistente sulla condizione di senza dimora e uso di sostanze stupefacenti, cercando di caratterizzare l'impatto che questi due fattori possano avere sulla salute fisica e mentale, nonché sull'accesso ai servizi per persone tossicodipendenti in stato di senza dimora. Pertanto si procederà definendo il profilo di una persona che vive in una situazione di senza dimora (homeless) il fatto di essere homeless in relazione all'uso di sostanze stupefacenti, a patologie psichiatriche, all'immigrazione, e l'accesso ai servizi per persone tossicodipendenti senza fissa dimora.

1.2 La condizione di senza dimora

La condizione di senza dimora è una delle forme più gravi di esclusione sociale. Essa può essere il risultato di gravi condizioni di povertà, di disoc-

cupazione, di violenza subita e/o impossibilità economica di accedere al mercato degli affitti per le abitazioni. Oltre a ciò, vi sono altri fattori che possono portare una persona ad essere homeless, quali rotture familiari, problemi di salute mentali, abuso di droghe e alcol, crack finanziari dovuti al gambling, ed isolamento sociale (queste considerazioni sulla marginalità in molti casi estrema, riguardano sia italiani che stranieri, ma se nel primo caso la condizione di marginalità arriva alla fine di un percorso fallimentare, per gli stranieri in molti casi rappresenta una fase quasi obbligata per iniziare il proprio progetto migratorio).

Gli individui che sperimentano la condizione di senza dimora non sono un gruppo omogeneo di persone: il termine “persona senza dimora” si riferisce ad un gruppo ed un problema sociale con diverse caratteristiche, profili e bisogni diversi, ma con una serie di fattori comuni, quali grave situazione di povertà, isolamento sociale, rottura dei legami sociali e familiari, il deterioramento personale ed una mancanza di un luogo (una casa) ove soddisfare il bisogno primario di “ricovero” sicuro (Gonzalez et al., 2000).

Noi consideriamo “senza fissa dimora” anche coloro che si trovano in una condizione abitativa precaria, che risiedono temporaneamente presso amici o parenti o in dormitori pubblici e quindi non solo coloro che dormono in strada.

Chamberlain e Mackenzie (1992) hanno fornito una definizione esaustiva di senza fissa dimora, basandosi sia su criteri di tipo culturale, sia sugli standard alloggiativi. Questa definizione implica tre livelli di mancanza di dimora:

– primaria: riguarda le persone che vivono in strada, dormono sulle panchine, o in autoveicoli, o nelle stazioni ferroviarie;

– secondaria: riguarda le persone che si spostano frequentemente da una situazione alloggiativa provvisoria a un'altra. Tra queste situazioni includiamo coloro che utilizzano dormitori pubblici (centri notturni) e le persone che risiedono temporaneamente con altre famiglie e che vengono ospitati presso un'abitazione occasionalmente;

– terziaria: persone che vengono ospitati presso un'abitazione di altri a medio e lungo termine. Anche questa viene considerata dagli autori una condizione di senza dimora poiché non essendoci un contratto di affitto che tutela la persona, questa può trovarsi improvvisamente senza un tetto.

Riassumendo, essere senza dimora significa molto di più del fatto di non avere “un tetto sulla testa”, implicando una mancanza di sicurezza e di rela-

zioni sociali stabili, nonché una condizione di rischio sanitario. Infatti, uno studio condotto a Philadelphia (Culhane, 2001) attraverso l'incrocio del database di persone con AIDS con quello degli ospiti di centri notturni, ha dimostrato che questi ultimi hanno una prevalenza di AIDS nove volte maggiore a quella della popolazione generale. In un altro studio americano (Johnson, 1996), che ha coinvolto 196 giovani senza fissa dimora a Chicago, emerge quale sia l'alto rischio sanitario tra questa popolazione, poiché circa il 90% del campione riporta almeno uno di questi comportamenti: avere più partner sessuali, il non utilizzo del profilattico, la pratica della prostituzione, l'uso di droghe per via iniettiva.

Riportiamo poi i risultati di un altro studio condotto ad Amsterdam, che descrive le condizioni sanitarie di un campione di 364 persone senza dimora frequentanti dormitori cittadini (van Laere IR, Buster M, 2001): si tratta di una popolazione prevalentemente maschile (84%) con problemi dermatologici (26%), infezioni respiratorie (21%), con problemi di alcoldipendenza (29%) e di tossicodipendenza (21%).

1.3 Uso di sostanze tra i senza fissa dimora

Le persone senza fissa dimora sono segnalate a rischio per il consumo di stupefacenti. Pur non esistendo dati comparabili a livello europeo sulla correlazione tra mancanza di casa e consumo di stupefacenti, in molti paesi sono stati condotti studi specifici ed il consumo di stupefacenti è segnalato essere un problema frequente tra le persone senza dimora (EMCDDA, Annual Report, 2002).

La Danimarca, la Francia, i Paesi Bassi ed il Regno Unito segnalano che fino all'80% delle persone senza fissa dimora che vivono in alloggi di fortuna sono tossicodipendenti; gli indici di prevalenza sono ancora superiori tra le persone che vivono in strada oppure sono senza casa e con altri problemi sociali. Per esempio, secondo un piccolo studio condotto in Irlanda, il 67% degli ex detenuti senza fissa dimora è tossicodipendente (Hickey, 2002). Tra i senza fissa dimora l'eroina è la droga più comune, seguita dalla cocaina e dalla poliassunzione. Anche altri comportamenti ad alto rischio, come l'assunzione per via parenterale e la condivisione degli aghi, sono segnalati essere molto frequenti tra i senza fissa dimora (Goulden e Sondhi, 2001). A questo proposito, uno studio francese (Blanchon, 2003) riporta che i tossicodi-

pendenti senza fissa dimora hanno maggiori probabilità (67% vs 47%) di fare uso di sostanze per via iniettiva adottando comportamenti a rischio.

Nella relazione annuale dell'EMCDDA del 2003 vengono riportati dei dati relativi ai pazienti tossicodipendenti in trattamento, per i quali sono disponibili maggiori dati sulle condizioni sociali. I fattori socioeconomici correlati al consumo di stupefacenti comprendono bassi livelli di istruzione, il precoce abbandono o ritiro dalla scuola, la disoccupazione, bassi livelli salariali e lavori difficili, redditi bassi ed indebitamento, alloggio precario o mancanza di casa, mortalità e malattie correlate alle droghe, scarso accesso all'assistenza, stigma sociale. In rapporto alla sostanza stupefacente consumata ed ai modelli di consumo, si riscontrano notevoli differenze nelle condizioni sociali; le condizioni peggiori sono rilevabili tra i consumatori di eroina ed oppiacei e tra i tossicodipendenti cronici. I dati raccolti a livello europeo sono riassunti nella tabella seguente:

Condizioni sociali		% TD in trattamento
Istruzione (n = 98688)	Non è mai andato a scuola/non ha mai completato le scuole elementari	8.0
	Livello di istruzione di primo grado	43.6
Condizione lavorativa (n = 100000)	Disoccupato	47.4
	Economicamente inattivo	9.6
Condizione abitativa (n = 41299)	Alloggio precario	10.4
	Istituti di vario tipo	7.5

Tab.1 Tratta da EMCDDA, Annual Report 2003.

Un'interessante ricerca condotta a Milano (Rotaris M, 2000) descrive le caratteristiche di un campione di 110 persone tossicodipendenti in carico al servizio SOS Stazione Centrale della Fondazione Exodus. Il consumo di eroina è in prevalenza medio-basso, non stabile nei dosaggi e associato all'uso di psicofarmaci ipnotici ("Darkene" per via endovenosa e "Roipnol" in compresse) ed in molti casi ad alcol, saltuario il consumo di cocaina. Una

buona parte del campione presenta disturbi della personalità fino a persone con problemi psichiatrici e tossicodipendenza sovrapposta. La condizione di abbandono derivata dall'assenza di relazioni significative e lo stato di disordine esistenziale compromettono certamente il quadro. Nel vuoto degli elementi spazio/tempo tipici di un senza fissa dimora, delle relazioni e dell'identità, l'abuso di sostanze si presenta come totalizzante: non è certo un caso la specifica associazione fra eroina e farmaci ipnotici di rinforzo. Tale caratteristica d'abuso si ritrova nella storia delle dipendenze, ma in questo contesto assume una specifica caratteristica, oltre al fatto di essere una costante quasi fissa nelle storie rilevate e ben oltre il fatto di essere una caratteristica d'abuso "povera" che si adatta alle caratteristiche di povertà delle persone osservate. L'autore sostiene che l'eroina con l'ipnotico associato ha valore di negazione totale ed assoluta della percezione del sé e della realtà circostante: «[...] una specie di desiderio di sonno totale, proprio in una persona che per le sue condizioni dorme poco e male, di annullamento assoluto, ove persino l'effetto euforizzante derivato dal composto eroinico debba essere sedato. Si comprende da sé la pericolosità di una situazione di questo tipo ove il desiderio di sonno assoluto assomiglia al coma profondo, senza bisogno di ulteriori spiegazioni sugli esiti e sui rischi possibili».

Una ricerca condotta a Bologna nel 2001 (Ruo) osserva che negli ultimi anni vi sono stati mediamente 2000 interventi di emergenza l'anno nell'area bolognese per problemi correlati all'uso di sostanze stupefacenti. Gli operatori di strada del Comune di Bologna hanno contattato dai 300 ai 500 soggetti l'anno (dal '98 al settembre 2000) e di questi mediamente il 30% non ha mai avuto un contatto con i SerT, il 40% è senza fissa dimora, il 40% non ha effettuato un controllo HIV negli ultimi sei mesi.

Una parte di queste persone sono un gruppo rappresentato da quei soggetti che non possiedono i requisiti minimi per accedere ai servizi (principalmente la residenza in città). Spesso si tratta di tossicodipendenti di strada, senza casa e senza legami relazionali stabili, che vivono in condizioni di grave emarginazione sociale e povertà, dormono dove capita o in centri di accoglienza notturna, non hanno punti di riferimento familiari o amicali a cui appoggiarsi né mezzi di sostentamento e vivono la loro condizione di tossicodipendenza in maniera diversa rispetto ai soggetti in carico ai SerT bolognesi che invece non sono caratterizzati da forme troppo spinte di degrado personale e sociale. Questo gruppo, che vive parallelamente problemi di tossicodipendenza e di povertà, caratterizza il fenomeno a Bologna ma

anche nelle altre grandi città italiane e presenta elementi comuni: mancanza di lavoro, titolo di studio medio basso, ostacoli nell'accedere ai servizi, assenza di una dimora fissa o della residenza nella città di riferimento stanziamento generalmente intorno alle stazioni ferroviarie e aree limitrofe.

Il contatto di questi soggetti "marginali" con il sistema dei servizi avviene in modo sporadico, sulla strada (unità mobili) o in presenza di problematiche evidenti (carcere, 118, ospedale, ...) riconducibili all'area dell'emergenza. In quasi tutte le città italiane chi è senza fissa dimora o ha la residenza in altre province può fare riferimento solo ad un numero limitato di servizi pubblici, difficoltà ancora più accentuata per le persone tossicodipendenti.

1.4 Salute mentale e condizione di senza fissa dimora

Vari studi hanno dimostrato la forte associazione tra senza fissa dimora, uso di sostanze e malattia mentale (Horn, 1999; Hodder et al, 2000). La coesistenza di uso di sostanze stupefacenti e disturbi psichiatrici è generalmente denominata doppia diagnosi, senza definire tra le due patologie un nesso causale. Sono stati condotti studi che indicano una prevalenza di gravi patologie psichiatriche tra le persone senza fissa dimora, e che tale prevalenza stia aumentando (VHS, 2000). Altri autori hanno trovato che tra le persone homeless la prevalenza di schizofrenia, disturbi bipolari, depressione, abuso di droghe e alcol è doppia rispetto alla popolazione generale e che negli Stati Uniti circa il 25% della popolazione senza fissa dimora adulta riporta una qualche forma grave e cronica di malattia mentale (Koegel et al., 1996).

Da un studio recente condotto in Australia (Crofts & Reid, 2000) tra tossicodipendenti per via endovenosa è emersa l'alta prevalenza di disturbi mentali: tra un campione di 196 soggetti, il 37% era senza fissa dimora e all'interno di questo sottocampione la prevalenza di schizofrenia era pari al 18%, mentre altri disturbi di tipo psicotico raggiungevano il 36%. Inoltre gli altissimi livelli (89%) di depressione registrati nel medesimo sottocampione, nonché le sensazioni autoriportate di non sentirsi bene con se stessi (94%) danno un'idea piuttosto chiara dell'alta vulnerabilità del benessere mentale di questo particolare gruppo di popolazione. Gli autori sostengono inoltre che *«it is likely that, in at least a proportion of those affected, their drug*

use – licit or illicit – relates to attempts to self medicate for their psychiatric condition¹».

Infine si riportano i risultati cui è giunta una revisione della letteratura sui trattamenti effettuata dal NIDA (Meuser et al, 1996) sulla compresenza di abuso di sostanze e patologie psichiatriche, dalla quale emerge che le persone con gravi disturbi psichiatrici che utilizzano sostanze hanno maggiori probabilità di avere:

- maggiori tassi di ricadute e di ospedalizzazione
- una più alta prevalenza di depressione, maggiori tassi di suicidi e commettere più atti violenti
- una maggior carenza abitativa e maggiori probabilità di essere senza fissa dimora
- livelli peggiori di compliance ai farmaci e ai trattamenti
- più rotture dei legami familiari.

Sebbene questo studio non si sia focalizzato sulle persone senza fissa dimora, mette comunque in evidenza la complessità dei bisogni e degli interventi necessari per le persone in condizione di marginalità sociale che sono ad alto rischio di diventare anche senza fissa dimora.

1.5 Homelessness tra persone immigrate

L'esperienza riportata dai progetti di bassa soglia, attivati nella città di Firenze, "Outsiders" e "Porte Aperte" (Borselli D. et, al., 2004), rivolti anche a persone immigrate, ha riscontrato essere vari i motivi che hanno influenzato la partenza dal paese d'origine: per alcuni la scelta di espatriare è stata una scelta individuale dettata non tanto dalla mancanza di un lavoro per sopravvivere, quanto dalla necessità di realizzare delle aspirazioni personali sociali ed economiche. Invece per la maggior parte degli altri è stata o un'azione di un gruppo di pari, in questo caso si tratta di persone molto giovani in alcuni casi anche minorenni che sono partiti alla ricerca dell'"avventura", o una strategia familiare dettata dalla necessità della sopravvivenza. Spesso infatti per cercare di uscire dalla crisi economica, la famiglia sceglie il

¹ È probabile che in una porzione di questo campione l'uso di sostanze stupefacenti, legali o meno, sia una forma di automedicazione messa in atto per migliorare le proprie condizioni psichiatriche (n.d.r.).

membro più adatto ad emigrare e contribuisce nella somma di denaro necessaria per il viaggio; in questo caso, l'immigrato sente molto il peso della responsabilità familiare e il fallimento del progetto migratorio porterebbe gravi conseguenze sullo stato psicologico con disagi psichici altrettanto gravi.

Partono con il sogno di vivere in un Occidente spesso mitizzato dagli stessi mass media e dai connazionali come fonte di benessere materiale, sociale e culturale dove è possibile realizzare le proprie aspirazioni.

Sbarcano in Italia, spesso sprovvisti di qualsiasi visto d'ingresso.

Il tempo della persona emigrata non coincide sempre con quello dell'ambiente che la circonda, ma è strettamente influenzato dall'articolazione interna del vissuto spazio-tempo.

Lo spazio del corpo viene modificato da un cambiamento dell'abbigliamento e dell'alimentazione, da un cambiamento nella distanza relazionale, da diversi modi di manifestare gli affetti, da diverse percezioni di benessere e rischio, da diverse concezioni e cura di sé, da diverse concezioni della malattia.

Spesso questo sconvolgimento emotivo e ambientale e la sensazione di non poter superare le difficoltà per raggiungere i propri obiettivi osservando sempre la legalità, li spinge a forme di rischio: piccoli furti e traffici illegali alternati ad attività lecite ma precarie, spaccio che spesso conduce all'uso poi all'abuso di sostanze stupefacenti e alcol, finiscono per coinvolgere queste persone nel circuito della devianza con frequenti episodi di carcerazione. Il legame tra immigrazione irregolare e spaccio e consumo di droghe non può sorprendere: le precarie condizioni di vita si traducono spesso in maggiore disponibilità ad attività illegali.

Un circolo vizioso che aggrava le condizioni di disagio, di solitudine ed emarginazione. In alcuni casi agisce anche la condanna e l'emarginazione della comunità di appartenenza, che spesso vede nel tossicodipendente un elemento di disturbo e di vergogna.

I clandestini, in particolare, rappresentano una quota significativa (insieme ad esempio alle persone italiane senza fissa dimora) anche se "nascosta" delle persone che trovano grosse difficoltà ad entrare in contatto con i servizi. Il risultato è spesso una rapida degenerazione delle condizioni fisiche psicologiche e sociali, che si accompagna ad un fallimento economico e sociale che nella maggior parte dei casi ostacola anche un possibile rientro nel paese di origine.

Consumo problematico e dipendenza costituiscono due aspetti presenti tra la popolazione straniera, soprattutto per quella proveniente dall'area maghrebina e dell'Africa centrale, ma anche per quella proveniente dall'Europa dell'est. Molti dei contatti del progetto "Outsiders" con consumatori di sostanze è avvenuto con persone straniere². "L'alcol, prima ancora che la cocaina e l'eroina, è la sostanza con cui molti immigrati devono fare i conti. Isolamento, solitudine e conflittualità vengono compensate con l'alcol, soprattutto là dove la fatica dell'integrazione, il lavoro duro, la mancanza di abitazione, l'assenza di punti di riferimento affettivi è particolarmente pesante e più difficilmente sostenibile dal punto di vista psichico. L'eroina si fa strada soprattutto nell'area dell'emarginazione grave, dove l'asperità della lotta per la sopravvivenza e la disperazione individuale sono predominanti."³

Fra gli stranieri che fanno uso di eroina la modalità di assunzione più frequente è quella "fumata" o "sniffata"⁴. Secondo le loro affermazioni infatti questa modalità di assunzione è meno rischiosa e ha minori conseguenze rispetto alla salute e ai rischi di dipendenza. In generale si può affermare che il livello di consapevolezza sui rischi derivanti dal consumo di sostanze è

² I livelli di consumo di droghe tra gli immigrati nei paesi dell'Ue non risultano diversi da quelli registrati tra i cittadini socialmente esclusi degli stessi paesi presi in esame: è quanto emerge da uno studio condotto tra il 1999 e il 2002 *dall'Osservatorio europeo sulle droghe (Emcdda)* di Lisbona e consultabile sul suo sito web.

Pur riscontrando differenze culturali nel consumo di sostanze stupefacenti tra i vari gruppi etnici di immigrati nei vari paesi dell'Ue, la ricerca dell'Emcdda evidenzia come molti cittadini immigrati si trovino in situazioni di esclusione sociale, che ne aumentano l'esposizione agli stupefacenti, ma ciò non determina un ricorso alle droghe superiore a quello registrato tra le popolazioni locali che vivono lo stesso problema di mancanza di integrazione sociale.

³ *Inclusione sociale e nuove povertà*, a cura di Leopoldo Grosso e Georges Tabacchi. *Documento per il gruppo di lavoro*, "Vivibilità delle città e inclusione sociale" - Convegno "Strada Facendo: Droga la ricerca e la proposta", Torino, 20-21-22 Settembre 2002.

⁴ Nell'articolo *Sommersi e abbandonati (a cura di Maurizio Veglio, "Narcmafie", Gennaio 2001)* Carla Giochetto, coordinatrice dell'accoglienza diurna e notturna del Gruppo Abele, dichiara che: "Negli immigrati tossicodipendenti si sta rapidamente diffondendo l'assunzione di droghe per via endovenosa, ma manca completamente una "cultura del buco".

influenzato in parte dalla “frammentarietà” di informazioni nel paese di origine, poiché questi fenomeni sono meno diffusi e quelli esistenti (pensiamo ad esempio all’alcool) non emergono per motivi socioculturali o religiosi, e in parte per le difficoltà di accesso alle informazioni di prevenzione qui in Italia. La stessa cosa si può dire per quanto riguarda le tematiche connesse alle malattie trasmissibili sessualmente.

Le persone che hanno iniziato un percorso terapeutico (ad esempio un trattamento metadonico) durante il periodo di detenzione in carcere spesso rischiano di riprendere l’attività di consumo e spaccio poiché, una volta fuori, hanno molti problemi nell’usufruire dei servizi sociosanitari esistenti e ad inserirsi in una rete sociale che in qualche modo funga da fattore protettivo⁵. Inoltre in molte persone straniere non esiste la cultura, o meglio i parametri sono diversi, della terapia come fatto continuativo.

Una ricerca descrittiva riguardante la composizione, le caratteristiche sociodemografiche, i rapporti sociali e le condizioni di salute della popolazione SFD assistita dall’Ospedale San Gallicano (IRCCS) di Roma nel corso del periodo 1999/2000, e presentata al VII Workshop Internazionale su “Cultura, Salute e Migrazione”, sottolinea come la condizione di senza fissa dimora si associa spesso a:

- un’alta esposizione a fattori di rischio nocivi per la salute;
- un’alta esposizione a traumi, incidenti e violenze;
- un’alta prevalenza di malattie;
- un insufficiente accesso all’assistenza sanitaria;
- un’alta mortalità.

Tale ricerca è stata condotta su un campione di 1.631 SFD (di cui 172 nomadi e 142 profughi, rispettivamente il 10,5% e l’8,7%), che rappresentano tra il 10 e il 15% dell’intera popolazione di SFD di Roma, in prevalenza maschi (75,9%) giovani-adulti. Mentre per gli uomini la fascia di età

⁵ È importante rilevare come è proprio l’esperienza carceraria e quindi il contatto con la “giustizia” che spesso fa emergere la condizione di tossicodipendenza delle persone straniere. Al 30 Giugno 2003 su una popolazione detenuta pari a 56.403 persone 14.507 erano tossicodipendenti; di queste 3.375 (23,2%) erano straniere (*Dipartimento Amministrazione Penitenziaria – D.A.P.*)

più rappresentata è quella compresa fra i 18 ed i 34 anni, per le donne è quella fra i 35 ed i 54 anni.

Il 32,9% di questa popolazione è italiana, il 40,9% viene da paesi europei non appartenenti all'Unione Europea, il 14% dall'Africa, il 6,4% dall'Asia, il 2,5% da paesi dell'Unione Europea, il 2,3% dalle Americhe ed il restante 1% dall'Oceania. Gli stranieri sono rappresentati in ordine di maggiore presenza da polacchi, rumeni, bosniaci, ucraini, moldavi, da maghrebini, da iraniani ed iracheni, russi e latino-americani. Il fatto che il 30,6% delle persone senza fissa dimora straniera sia in Italia da meno di tre mesi fa ipotizzare un notevole ricambio di queste persone a Roma. Una quota del 29,6% dei SFD stranieri è in Italia da più di tre anni. Solo il 15% dei SFD stranieri è in possesso di un permesso di soggiorno: ciò evidenzia i problemi esistenti nella politica di prevenzione della clandestinità e di accoglienza degli immigrati, di cui il fenomeno dei SFD può rappresentare una delle conseguenze. Il 10,7% dei SFD ha una storia di detenzione carceraria, che arriva al 30,9% per i SFD con storia di tossicodipendenza.

Le conclusioni cui arrivano gli autori sono che i determinanti socioeconomici (istruzione, occupazione, reddito) sembrano molto importanti nel determinismo della condizione di SFD: sono i soggetti più deprivati ad incontrare più spesso questo destino. Vi è poi una grande eterogeneità geografica per le strade di Roma e un probabile notevole ricambio di immigrati SFD, che solleva il problema della gestione delle politiche di accoglienza. Lo stato di severa deprivazione materiale (dimora, esposizione agli agenti atmosferici, nutrizione) si somma alla scarsità del cosiddetto capitale sociale (la ricchezza e il supporto dei rapporti familiari e sociali) e ai comportamenti nocivi per la salute (alcol, fumo e droghe) comportando un alto rischio di malattia e di morte prematura, che rendono urgente il potenziamento delle strutture di accoglienza (dormitori, mense) e degli interventi di supporto e di riabilitazione psico-sociale.

1.6 L'accesso ai servizi

Studi internazionali di tipo longitudinale sugli esiti dei trattamenti (DATOS e NTORS) hanno ampiamente dimostrato che più a lungo una persona è in trattamento più è probabile che l'esito sia positivo, e che una persona riceve una sorta di beneficio cumulativo nel caso in cui segua, nel

tempo, più trattamenti. Sebbene quindi le ricadute siano piuttosto frequenti, soprattutto entro i 3-6 mesi dal termine del trattamento, tra le persone consumatrici senza fissa dimora, i tassi di abbandono dei trattamenti sono superiori del 75% (Zerger, 2000).

Per una persona senza fissa dimora, oltre alle difficoltà di seguire un trattamento comuni alle persone che consumano sostanze, si aggiungono difficoltà di tipo individuale e una diversa percezione dei loro bisogni; infatti, come messo in evidenza da Acosta e Toro (2000), i tossicodipendenti senza fissa dimora non considerano il problema dell'abuso di sostanze come prioritario, presumibilmente perché i problemi droga correlati sembrano insignificanti rispetto ai problemi quotidiani di ricerca di un alloggio e di cibo.

Non dimentichiamoci infatti che in taluni casi le persone senza fissa dimora non possono neanche avvicinare i servizi perché non hanno (più) una residenza: se una persona, anche se cittadino italiano, non viene trovato (in occasione del Censimento o altro tipo di rilevazione) nel luogo di residenza, il Comune blocca⁶ l'iscrizione anagrafica e la persona perde tutti i diritti. La reiscrizione può avvenire solo attuando soluzioni diverse a seconda delle città.

Per quanto riguarda l'accesso ai servizi, vale la pena specificare che esistono dei meccanismi di esclusione che i servizi stessi mettono in atto:

- territorialità: i servizi istituzionali hanno competenze per le persone residenti in un determinato territorio; questo, che in termini positivi significa maggior legame con la comunità, una maggior conoscenza delle risorse informali, un maggior coinvolgimento della comunità sociale, può tradursi nell'espulsione di coloro che non appartengono ad alcun territorio;

- settorialità degli interventi proposti strutturati per trattare precise categorie di persone con canali di finanziamento diverso, rispondere a bisogni già determinati escludendo le persone con disagio multiplo e bisogni più articolati;

⁶ Per blocco anagrafico si intende l'impossibilità di essere iscritti nelle liste anagrafiche di un Comune in relazione all'assenza di una residenza anagrafica valida. Questo comporta la sospensione dei diritti di cittadinanza (documenti, sanità assistenza, istruzione, ecc.) di cui la persona è portatrice. Diverse sono le risposte a questo problema oscillanti tra la piena apertura e quindi la possibilità per la persona di iscriversi nelle liste anagrafiche del Comune prescelto e la massima chiusura che non permette l'iscrizione neppure per coloro i quali sono seguiti dai servizi del territorio.

– metodologia di lavoro che prevede progetti a termine ai quali le persone devono aderire e adeguarsi: è il servizio che valuta la disponibilità, l'affidabilità dell'utente, la sua capacità di utilizzare correttamente nei tempi e nelle modalità previste le risorse che gli sono dedicate.

Gli unici servizi accessibili per questo tipo di utenza sono quindi di emergenza e quelli che si rivolgono direttamente alle persone senza dimora.

Quindi, come sopra descritto, i criteri di accesso ai servizi pubblici per le tossicodipendenze spesso escludono dai trattamenti riabilitativi tossicodipendenti “marginali”, senza fissa dimora che non hanno la residenza o il domicilio, stranieri clandestini: questi soggetti hanno difficoltà ad accedere anche ad altri servizi sanitari e di medicina di base.

Una finalità cruciale, soprattutto per le strutture pubbliche, dovrebbe essere quella di facilitare il contatto tra i potenziali utenti e i servizi, riuscire cioè ad agganciare il maggior numero di persone possibile costruendo una relazione non “contrattuale”, raggiungere anche gli utenti più destrutturati che non possono rivolgersi ai servizi e quelli che “si perdono per strada” dopo un primo contatto. Questo è un obiettivo che si motiva con la convinzione che avvicinando un servizio a questi soggetti si possano operare azioni rivolte alla riduzione della marginalità sociale, dell'isolamento e dell'esclusione.

Le persone senza fissa dimora con doppia diagnosi sono generalmente considerati un sottogruppo particolare che deve affrontare molti ostacoli per ricevere un trattamento adeguato. Vari studi infatti confermano l'ipotesi che sia i servizi per la salute mentale che quelli per le tossicodipendenze non sono adeguati per affrontare i problemi di questa popolazione, che invece necessita di interventi specifici realizzabili attraverso l'integrazione del sistema dei servizi. In estrema sintesi, sembra che le persone maggiormente a rischio per la propria salute siano quelle che corrono maggiori rischi di essere esclusi dal sistema dei servizi.

Il fatto che molti homeless non si rivolgono ai servizi non può però essere spiegato meccanicisticamente col fatto che una persona senza dimora sia incapace o non voglia aiuto e nemmeno con l'idea che il servizio pone barriere troppo alte. In molti casi vi è una sorta di incompatibilità tra le aspettative che hanno gli homeless tossicodipendenti e le aspettative che hanno verso di loro i servizi.

Una modalità di intervento che crediamo offra buone probabilità di successo nel fare incontrare domanda e offerta è quella rappresentata dalla bassa

soglia, dove i servizi affiancano le persone offrendo loro alcune semplici opportunità, ma mantenendo aperta (anche all'infinito, in taluni casi) la possibilità di fare dei progetti qualora lo richiedano.

Il presente report intende quindi presentare una panoramica dei servizi che operano in questo ambito.

CAPITOLO 2 IL FENOMENO

Numerose ricerche condotte negli Stati Uniti (Wenzel, 1996; Smerek, 1998; Nyamathi, 1999) indicano che dalla metà fino a tre quarti di persone senza fissa dimora hanno problemi di dipendenza da alcol o da altre sostanze; tuttavia sono pochi coloro che ricevono un trattamento per l'abuso di sostanze. Inoltre, da uno studio condotto in Gran Bretagna (Neal, 2001) emerge che persone tossicodipendenti senza dimora hanno una gamma di problemi complessi tra loro correlati e che la più ampia concentrazione di questa tipologia di persone è nelle città medio-grandi (Carnes, 2002).

L'effetto della povertà e delle condizioni socioeconomiche sullo stato di salute e rischio di morte è ben documentato da numerose ricerche (Materia, 1999; Costa, 1999), dove risulta che il rischio di morire e di ammalarsi è più alto nelle classi sociali più svantaggiate e di livello socioeconomico più basso, tra le persone meno istruite, permanentemente disoccupate o socialmente marginalizzate, tra chi ha un disagio abitativo (come i senza fissa dimora), tra chi vive una condizione di solitudine ed isolamento, tra chi è privo della rete di protezione familiare o amicale. Tra i soggetti che presentano un rischio di decesso molto alto rispetto alla popolazione generale vi sono i tossicodipendenti. Numerosi studi epidemiologici concordano nell'evidenziare che i tassi di mortalità sono da 14 a 28 volte più alti di quelli della popolazione generale. L'eccesso di mortalità è attribuibile non solo ad overdose ed AIDS (Cullane, 2001), ma anche ad altre malattie infettive e a cause non direttamente correlate all'uso di droghe per via endovenosa ma alle particolari condizioni di vita di queste persone. In uno studio realizzato a Bologna (Ruo, cit.), oltre a trovare conferma dell'eccesso di mortalità tra i tossicodipendenti, si è riscontrato che alcuni fattori socioeconomici sono significativamente associati con il rischio di morte: il basso titolo di studio, l'essere disoccupati o sottoccupati, l'essere presi in carico dai SerT in età matura. Ciò significa che anche nella condizione di tossicodipendenza, già di per sé molto

penalizzante, si osservano svantaggi legati alla condizione sociale di appartenenza.

Sono comunque pochi gli studi condotti su questa specifica popolazione in Italia, sebbene sia sempre più evidente la relazione dipendenza-mancanza di dimora. Anche le politiche sociali in questo ambito sembrano andare in questa direzione creando servizi ad hoc. Tuttavia, non esistono analisi sistematiche sulla disponibilità e l'accessibilità dei servizi per persone tossicodipendenti senza dimora stabile in Italia.

2.1 Dati epidemiologici

I dati epidemiologici disponibili fino alla data di redazione del presente report riguardano la Regione Lazio, la Regione Sicilia, la ASL di Bergamo, la ASL di Varese, la ASL di Cremona, la ASL di Bologna, la ASL di Reggio Emilia, la ASL 10 di Firenze, la ASL di Pisa, la Città di Bari. Esaminiamo ora in dettaglio i dati raccolti.

Regione Lazio

Il Dipartimento di Epidemiologia della ASL Roma E dispone di dati relativi alla popolazione tossicodipendente senza fissa dimora. Tali dati sono relativi all'anno 2002. Nel corso del 2002 le persone in trattamento ai Servizi pubblici per le Tossicodipendenze (SerT), esclusi i plurimi ricorsi, sono state 11.117, di cui 1.760 (15,8%) nuovi utenti e 9.357 (84,2%) persone già in carico o rientrate in trattamento dopo un periodo di allontanamento dai servizi. Tra i nuovi utenti il rapporto maschi/femmine è di 12:1, mentre tra i vecchi utenti risulta di 7 maschi per ogni femmina.

Tra i nuovi utenti sono equamente rappresentate le classi di età 20-24, 25-29, 30-34 con il 21% della popolazione, l'età media è di 31,3 anni; tra i vecchi utenti oltre il 26% delle persone ha più di 39 anni, l'età media dei vecchi utenti è di 35,5 anni.

Tra i casi incidenti e quelli prevalenti si registrano alcune differenze: la percentuale di assuntori di eroina è del 51% tra i nuovi utenti rispetto a quella dell'88,7% tra i vecchi; inoltre è rilevante notare che tra i nuovi utenti, il 31% usa cocaina e il 15% ha contattato i SerT per uso di cannabis. Il

28,5% dei nuovi utenti contro il 66% dei vecchi, usa la sostanza d'abuso primaria per via endovenosa. Il 43% dei casi incidenti fa uso della sostanza primaria una volta a settimana ed il 27% più di una volta al giorno; i vecchi utenti assumono la sostanza più volte al giorno nella percentuale del 61% e solamente il 6% una volta a settimana. Non esistono differenze significative per l'età media di prima assunzione dei nuovi e vecchi utenti (21,1 e 20,6 anni).

Per ciò che riguarda le 2833 persone in trattamento presso i Servizi del Privato Sociale della Regione, 590 (20,8%) di queste sono nuovi utenti, 2243 (79,2%) persone già in carico o rientrate dopo un periodo di allontanamento dai servizi.

L'85% della popolazione è costituita da persone di genere maschile con un rapporto maschi/femmine di 7:1 tra i nuovi utenti e 6:1 tra gli utenti già in carico. L'informazione sull'età media rileva una differenza di circa un anno e mezzo tra nuovi e vecchi utenti; la distribuzione nelle singole classi di età mostra una proporzione maggiore tra i nuovi utenti di persone di età inferiore ai 24 anni rispetto ai vecchi, comunque tale proporzione è sensibilmente più bassa rispetto a tutte le altre classi di età in cui sono distribuiti i nuovi utenti a conferma di un primo accesso ai servizi che avviene in età avanzata.

Non si rilevano differenze significative nelle caratteristiche sociodemografiche dei nuovi o vecchi utenti. Oltre la metà delle persone è celibe o nubile, ha conseguito la licenza di scuola media inferiore non ha una occupazione stabile.

Gli stranieri di nascita in trattamento presso gli Enti del Privato Sociale per la prima volta nel corso del 2002 sono il 16% rispetto al 7,7% dei vecchi utenti.

Per i dati relativi alle informazioni relative all'uso della sostanza stupefacente primaria si evidenziano le differenze d'uso che si riscontrano tra i nuovi e vecchi utenti: i primi utilizzano eroina nel 56,7% dei casi, contro 80,8% dei vecchi utenti, mentre il 35,8% contro il 14,0% è dipendente da cocaina. A ciò si collega la diversa modalità di utilizzo della sostanza: l'uso endovena si riscontra nel 48,4% dei nuovi casi verso il 74,0% dei vecchi, mentre il 47,0% dei nuovi utenti utilizza la sostanza di abuso primaria fumandola o inalandola, rispetto al 23,6% degli utenti in carico. Si possono osservare differenze nella frequenza d'uso, i nuovi utenti riferiscono di utilizzare la sostanza una volta al giorno nel 28,0% dei casi rispetto al 18,0%

dei vecchi utenti o più volte al giorno 62,7% contro un 73,6% degli utenti già in carico o rientrati.

In media si riscontra una età di primo uso maggiore tra i vecchi utenti (20,8 anni) che tra i vecchi utenti (19,1 anni). Il tempo di latenza tra il primo uso e l'uso continuativo in media è di circa 2 anni e mezzo sia per i nuovi che per i vecchi utenti.

Su 1620 persone tossicodipendenti censite nei Centri Diurni e Notturni di bassa soglia presenti nel Lazio (di cui oltre 2/3 nella sola città di Roma), oltre il 35% risultano essere persone con condizioni abitative precarie: il 20,5% è senza fissa dimora e il 15,3% è da considerarsi senza una dimora stabile. Tra le persone tossicodipendenti senza dimora, le donne rappresentano oltre il 22%. Questo dato è di particolare importanza perché sembra che la percentuale di donne dipendenti senza dimora sia più consistente rispetto alle donne con soli problemi di dipendenza che sono il 16% della popolazione che accede ai servizi di accoglienza diurna.

Anche per la sostanza primaria di abuso, paragonando le due sottopopolazioni, sussistono delle differenze: se per i senza dimora l'eroina è primaria per il 70%, lo è per oltre il 79% per la popolazione solo tossicodipendente, mentre la cocaina sembra essere più diffusa nel primo sottogruppo (10% vs 7%).

Il dato emergente più macroscopico confrontando le due sottopopolazioni è quello relativo all'età: le persone TD senza dimora sono significativamente più giovani di quelle con dimora: nel primo caso le persone aventi meno di 29 anni rappresentano oltre il 55% mentre nel secondo caso raggiungono il 20%.

Regione Sicilia

I dati forniti dall'Osservatorio Epidemiologico della Prevenzione e della Formazione dell'Assessorato alla Sanità della Regione Sicilia sono relativi all'anno 2002 e descrivono l'utenza in carico ai SerT. Il tasso di prevalenza grezzo della popolazione tossicodipendente è passato, in Sicilia, dall'8 per 10.000 abitanti nel 1991 al 20,34 nel 2002; anche per ciò che concerne l'incidenza si è registrato un costante aumento passando da 3,7 del 1991 al 5,1 del 2002.

Un dato interessante riguarda il genere della popolazione in esame, dove negli anni si è registrata una cospicua diminuzione del rapporto maschi/femmine che è passato da 0:1 nel 1991 a 10:4 nel 2002. Negli anni poi si è regi-

strato un progressivo “invecchiamento” della popolazione dei SerT, sia per ciò che riguarda i casi prevalenti (30 anni nel 1999 vs 31 nel 2002) sia per i casi incidenti (27 anni nel 1999 vs 29 nel 2002).

Per quanto l'eroina sia la sostanza primaria per il 75% degli utenti SerT, questa ha registrato una flessione rispetto all'anno precedente (82%); diversamente la cocaina passa dal 3.5% al 6.5%.

ASL di Bergamo

L'Osservatorio del Dipartimento delle Dipendenze della ASL della provincia di Bergamo ha fornito alcuni dati relativi all'utenza in carico ai SerT e agli Enti del Privato Sociale del territorio.

Complessivamente l'utenza in carico ai SerT è passata da 1894 casi del 1991 a 2857 del 2003. Purtroppo, non disponendo dei tassi standardizzati, non siamo in grado di dire se un aumento di 1000 unità sia significativo o meno, perché semplicemente aumentata la popolazione generale. Negli anni si è registrato un progressivo invecchiamento della popolazione: gli ultratrentanovesenni rappresentavano solo l'1% nel 1991, mentre sono il 18% nel 2003; inoltre, per ciò che riguarda il genere si è registrato un leggero aumento della proporzione maschile dell'utenza, poiché le donne rappresentavano il 16% dell'utenza complessiva nel 1991 mentre sono il 14% nel 2003.

L'eroina era nel 1991 la droga primaria nel 90% dei casi, mentre nel 2003 essa lo è per il 67%; diversamente, la cocaina, droga primaria nel 1991, per il solo 2% del campione, nel 2003 arriva al 13%.

L'utenza in carico ai servizi del privato sociale per l'anno 2003 era pari a 691 persone; la classe di età prevalente è quella 30-39 anni, le donne rappresentano il 16% del totale.

L'Osservatorio ha inoltre fornito i dati complessivi delle presenze di consumatori di sostanze ospitati nei dormitori; tale dato, relativo alle presenze e non quindi alle singole persone, ammonta a 1435 per l'anno 2003.

ASL di Varese

I dati forniti dall'Osservatorio delle dipendenze di Varese sono relativi all'anno 2002 e sono il risultato di una serie di dati raccolti nella rete di ser-

vizi, strutture e progetti di intervento dell'intera Provincia di Varese. Il dato emergente è che tale rete si confronta con una domanda espressa – cioè una richiesta di intervento di aiuto, a prescindere da valutazioni epidemiologiche su incidenza e prevalenza delle dipendenze sulla popolazione generale – in forte espansione. Negli ultimi 5 anni si nota che:

- l'utenza complessiva è cresciuta ogni anno e alla fine del quinquennio l'incremento risulta del 36,7%;

- i tossicodipendenti in particolare hanno segnato andamenti molto più altalenanti, anche di decremento da un anno all'altro, coerentemente con quanto registrato nel complesso della regione Lombardia: rispetto però al dato regionale qui la dinamica è più accentuata, a fine periodo l'utenza della provincia di Varese risulta comunque cresciuta di 1/3, circa il doppio del dato regionale (+16%) registrato nello stesso periodo; l'incremento è però largamente dovuto al salto di utenza avvenuto nel 1999 rispetto all'anno prima;

- una dinamica più accentuata e di costante crescita è invece registrata dal fenomeno dell'alcoldipendenza, che in 5 anni aumenta di 2/3 gli utenti in carico;

- fra le voci in costante crescita e con tassi di crescita maggiori ci sono i detenuti, a conferma di un fenomeno ormai noto e diffuso in tutto il paese.

È stato poi definito dall'Osservatorio un profilo anagrafico dell'utenza tossicodipendente in carico ai SerT sulla base del flusso di dati comunicati da questi alla Regione e al Ministero per le rilevazioni periodiche precedentemente ricordate. Si osserva così che:

- l'idea di un'utenza dei SerT identificabile col consumatore di eroina ormai maturo è vera solo in parte: nel 2002 circa il 30% degli utenti ha meno di 24 anni e questi sono più numerosi di quelli che ne hanno più di 39, e a Varese 45 utenti in carico al servizio nel corso dell'anno non avevano ancora compiuto 15 anni: così giovani in tutta Italia si sono rilevati solo 142 casi;

- si tratta quasi sempre di maschi, nell'86,5% dei casi, anche se nelle fasce di età più giovani le ragazze sono relativamente più presenti;

- dal confronto con l'anno precedente si nota un leggero incremento dell'utenza (+3,6%) ma soprattutto un diverso profilo anagrafico, con l'abbassamento dell'età dei tossicodipendenti senza però variazioni nell'equilibrio numerico fra i sessi;

- i casi incidenti sono stati 1020, pari al 31,5% dei casi seguiti: è un dato

significativo, se paragonato a quello regionale (23,6%) e a quello nazionale (20,5%) rilevato nello stesso periodo;

– i casi incidenti del 2002 sembrano segnare sia un mutamento forte dell'utenza rispetto all'utenza abituale del territorio: la classe di età modale, cioè quello col maggior numero di casi, salta di un decennio e passa dai 30-34 anni del totale utenti ai 20-24 anni di chi ha appena preso contatto col servizio;

– quegli stessi casi indicano una marcata caratterizzazione della provincia di Varese rispetto al contesto regionale e nazionale: il profilo per età è molto diverso, la fascia dei giovanissimi e in generale quella degli under 24 è qui nettamente più presente e sono soprattutto le ragazze preadolescenti ad avere una rilevanza che altrove sembra sconosciuta.

I servizi territoriali rilevano anche dati di tipo sociografico per l'utenza presa in carico. In sintesi tali dati fanno emergere che:

– trova generale conferma la relazione fra tossicodipendenza e indicatori di svantaggio sociale, come per esempio il titolo di studio, visto che il 72% degli utenti dispone solo della licenza media o elementare;

– è un dato che non muta per i casi incidenti, vuoi perché trattandosi di soggetti più giovani possono non aver completato il ciclo di studi, vuoi per effettivo abbandono precoce del percorso d'istruzione; è un dato però che migliora lievemente nel passaggio dal 2001 al 2002;

– si nota, come nella popolazione generale, un maggior livello di istruzione femminile: hanno almeno il diploma il 32% delle donne, contro il 19% dell'utenza complessiva dell'anno 2002.

Più utile a definire la situazione di vita in cui si trovano gli utenti è forse la situazione lavorativa:

– la condizione di svantaggio sociale è evidente anche da un rapporto problematico col mercato del lavoro: sommando tutte le posizioni critiche rilevate in intervista dagli operatori (disoccupazione, sottooccupazione, impiego temporaneo, in cerca di prima occupazione) si arriva al 46,7% degli utenti;

– di contro va rilevato che una quota quasi uguale risulta regolarmente occupata e nel 2001 era ancora maggiore: il dato può sorprendere, anche valutando il non elevato titolo di studio di questa particolare popolazione e le difficoltà comuni all'intera popolazione in tema di ricerca del lavoro, ma ribadisce un fenomeno noto agli operatori, cioè la frequenza di situazioni di convivenza fra consumo, anche di eroina, ed esercizio regolare di una professione;

– il confronto fra casi incidenti e casi prevalenti rivela un processo di ridefinizione del profilo di utenza dei servizi: fra chi era già in carico nel 2002 a spiccare è la quota di disoccupati (31%), fra i nuovi ingressi si nota invece soprattutto la presenza degli studenti (11,7%).

Per ogni utente preso in carico dai servizi viene ovviamente rilevata la sostanza di abuso primario. A partire da questo dato si possono allora fare le seguenti considerazioni sui consumi cui danno risposta i SerT della provincia di Varese:

– in 7 casi su 10 è l'eroina la sostanza per la quale si ha la principale dipendenza patologica quando ci si presenta ai servizi, in un caso su 6 si tratta invece di cannabis, in uno su 12 di cocaina: è la stessa terna di sostanze che assorbe il 95-96% dei trattamenti effettuati dai SerT in Lombardia così come in Italia;

– Varese mostra però qualche specificità territoriale: l'eroina è qui un po' meno significativa rispetto al suo consumo sul territorio nazionale (Relazione Annuale al Parlamento, 2003), mentre lo è nettamente di più la cannabis (presumibilmente per la vicinanza dei cosiddetti "canapai" svizzeri); la cocaina è meno presente fra le dipendenze degli utenti rispetto al dato regionale ma più di quanto avvenga in media nazionale; delle altre sostanze è l'ecstasy, soprattutto, e in seconda battuta le anfetamine, a marcare in modo singolare l'utenza dei servizi locali.

I trattamenti effettuati dai SerT possono essere farmacologici o psicosociali/riabilitativi. Se evidentemente è la valutazione del singolo caso che suggerisce la scelta del trattamento, tuttavia dall'analisi dei dati in forma aggregata si traggono alcune note di sintesi:

– sono stati effettuati 4.250 trattamenti nel corso del 2002 a favore di 3238 utenti, erano 1.490 di meno l'anno prima, per la verità senza che sia avvenuta una pari crescita dell'utenza;

– il profilo dell'intervento è molto diverso da servizio a servizio;

– la dinamica temporale fa intravedere alcune tendenze: l'incremento progressivo degli interventi psico-sociali e riabilitativi, un mutamento nell'orientamento al metadone (divenuto soluzione terapeutica sempre più di lungo periodo), un ricorso più frequente a terapie a base di buprenorfina.

Il complesso degli attori che operano insieme al Dipartimento Dipendenze dell'ASL comprende la rete dei servizi territoriali, le comunità terapeutiche, gli enti – associazioni, cooperative, consorzi, fondazioni, Comuni – che svolgono progetti finanziati dalla L.45/99. Fanno parte delle

soluzioni di intervento anche le Unità Mobili, con azioni e verso target fuori dalla comune portata della rete dei SerT. Attraverso colloqui, scambio di siringhe, distribuzione di profilattici e di altri presidi medici e strumenti di prevenzione o riduzione del danno, le 3 Unità Mobili operative a Varese, Gallarate e Saronno hanno sviluppato quasi 10.000 contatti in 3 anni e scambiato decine di migliaia di siringhe. I dati pubblicati dall'Osservatorio rendono conto puntualmente anche di questi tipi di intervento.

ASL di Cremona

Nell'anno 2003 gli utenti in carico ai SerT afferenti all'ASL di Cremona sono 1226. Di essi, il 20% (250) sono casi incidenti. Le donne rappresentano il 13% del totale e l'11% dei casi incidenti. La classe di età più rappresentata è quella tra 30 e 34 anni (24%), ma gli ultratrentacinquenni rappresentano il 40%.

La sostanza d'abuso prevalente è l'eroina (66.3%), la cocaina è usata come sostanza primaria dal 22.6% del totale, seguita dalla cannabis (10.4%).

ASL di Bologna

I dati relativi al territorio bolognese sono quelli pubblicati sul sito internet dell'Osservatorio delle Dipendenze Patologiche ASL di Bologna.

A Bologna il sistema informativo per le tossicodipendenze è estremamente capillare e coinvolge non solo i SerT ma anche servizi del privato sociale. Infatti è noto che una buona parte di soggetti che non si rivolge ai servizi se non in seguito a problemi sanitari o giudiziari sono principalmente tossicodipendenti che accedono ai servizi della bassa soglia e consumatori problematici.

I tossicodipendenti che frequentano questo tipo di servizi sono molto compromessi vivendo in una situazione di grande disagio sociale (stranieri, clandestini, non residenti in area metropolitana, senza fissa dimora, con problemi psichiatrici, problemi con la giustizia) e possono fare riferimento ad alcuni servizi a bassa soglia di accesso appositamente creati negli anni scorsi (unità di aiuto, sportello sociale, pronto soccorso sociale, unità mobile meta-done) ed ormai entrati a "regime". Per quanto riguarda i consumatori "problematici", va specificato che questi soggetti tendenzialmente non si rivol-

gono ai SerT se non in presenza di circostanze particolari: o perché costretti da interventi repressivi (carcerazioni, segnalazioni delle forze dell'ordine); o quando hanno problemi che emergono in seguito ad accadimenti traumatici (overdose, tentati suicidi, incidenti stradali).

Gli studi più recenti condotti nell'area metropolitana della provincia di Bologna (Ruo, cit.) indicano una probabilità elevata di uso di stupefacenti tra i giovani (cannabinoidi e cocaina) ed evidenziano anche un rischio elevato di avere problemi socio economici, fisici, sanitari e psicologici per i consumatori di tali sostanze. È stato dimostrato come tali rischi risultino correlati all'età di primo uso e alla durata del consumo. È stato inoltre rilevato un rischio di incidente stradale grave di almeno dieci volte rispetto alla popolazione generale sia per i soggetti segnalati dalle forze dell'ordine per consumo di sostanze, sia per i tossicodipendenti in carico ai SerT.

Tali studi denotano un cambiamento in atto nel mondo delle dipendenze: cambiano le caratteristiche socioeconomiche dei consumatori, il rapporto con le sostanze, le modalità di uso, il rapporto coi servizi.

Questi cambiamenti vanno osservati con attenzione per verificare se si tratti di fenomeni di tendenza (su cui programmare e investire risorse) o legati a situazioni contingenti che possono mutare nel breve periodo.

Rispetto agli anni precedenti è in aumento il numero di soggetti contattati complessivamente dai vari servizi in esame, in particolare è in aumento il numero delle prese in carico ai SerT.

Aumenta l'età media, il numero di femmine, di soggetti provenienti da fuori area metropolitana, di senza lavoro, di soggetti con scolarità medio alta. Aumenta anche il numero di soggetti che utilizza la cocaina.

Tra i nuovi contatti, rispetto all'analogo dato del 2002, si evidenzia la crescita esponenziale del numero di soggetti con abuso di cocaina, l'aumento del flusso di stranieri e di residenti fuori area metropolitana, il peggioramento delle condizioni di vita (uno su due è senza lavoro).

Nei SerT diminuisce la percentuale di cocainomani e di poliassuntori. Ciò può spiegarsi in parte col fatto che i servizi forniti dai SerT sono prevalentemente tarati sugli eroinomani (la cui presenza rimane stabile), in parte con le caratteristiche specifiche dei cocainomani, molti dei quali sono stranieri, non residenti e provenienti dal carcere.

La percentuale di utenti dei SerT senza fissa dimora è pari al 6.6%.

Si riportano di seguito i principali risultati di un'indagine condotta nel 2001 (Ruo, cit.) il cui focus è l'utenza tossicodipendente senza dimora.

L'analisi delle informazioni raccolte mette in evidenza la molteplice varietà delle tipologie di utenza che si rivolgono a questi servizi e l'uniformità rispetto ad una comune condizione di povertà e grave disagio socioeconomico ed abitativo. Questa popolazione per l'85% circa è composta da maschi; la fascia di età più numerosa è quella tra i 28-35 anni; l'età è più elevata negli alcolisti e nei "casi sociali". Rispetto alla provenienza geografica la maggior parte arriva da zone extraregionali e fuori provincia e non risiede in città. Per la situazione abitativa una buona percentuale (circa il 50%) risulta senza fissa dimora o ospite presso gli asili notturni dove i tossicodipendenti sono maggiormente presenti.

Emerge in particolare una fotografia dell'emarginazione e del disagio che vede la compresenza di:

- tossicodipendenti (stima mediamente 40-50%);
- alcolisti (stima 15%);
- borderline e psicotici con tossicodipendenza sovrapposta (stima 15-20%);
- stranieri di varia nazionalità (15% circa) con una prevalenza di nord africani tra i quali sono presenti anche tossicodipendenti;
- senza casa, gravi emarginati o disadattati sociali (40%).

In questo ultimo caso in particolare si tratta di persone in situazioni di indigenza che presentano un disagio economico sociale e abitativo. Una situazione a volte determinata da interruzione del rapporto di lavoro, separazione dal coniuge, malattie gravi. È la perdita di uno di questi fattori – lavoro, casa, salute, relazioni – che spesso provoca poi uno scivolamento verso l'emarginazione e la povertà. In questa categoria troviamo spesso anche soggetti dimessi dal carcere o dagli ospedali e persone con disturbi psichiatrici.

La maggior parte dei tossicodipendenti che frequentano i servizi presi in considerazione rientra nella categoria dei cosiddetti "tossicodipendenti di strada". Sono presenti in percentuale consistente (mediamente 50-60%) nei centri di accoglienza a bassa soglia notturni e diurni, intorno al 40% nel centro di ascolto Caritas e Mensa della Fraternità, tra il 5 e il 20% negli altri. Si tratta di persone senza fissa dimora, a volte da poco uscite dal carcere o da comunità terapeutiche, spesso espulse dalla famiglia d'origine, prive di riferimenti immediati. Si tratta di emarginati gravi con problematiche rilevanti e scarse possibilità di cura e recupero, che vengono a far parte anche del "mondo della povertà estrema".

Sono quasi sempre maschi (80%), politossicomani con abuso prevalente di eroina, dormono in strada o in centri di accoglienza notturna, sono privi di relazioni sociali stabili, senza lavoro e possibilità di reddito. In passato molti sono stati in contatto con più servizi ed hanno anche seguito trattamenti comunitari tornando a fare uso di sostanze dopo il distacco dal programma.

In questa tipologia troviamo alcuni residenti a Bologna (una parte tutt'ora seguita dai SerT), ma soprattutto soggetti provenienti da altre regioni e anche extracomunitari privi di permesso di soggiorno. La gravità della situazione è accentuata dal fatto che risultano spesso privi di residenza, di documenti e di libretto sanitario, fattori che aumentano le difficoltà ad accedere ai servizi assistenziali e di cura primari.

La mancanza di residenza preclude nella totalità delle volte anche l'accesso ai SerT e l'inserimento nelle comunità. Inoltre è difficile far prendere la residenza o il domicilio in città a chi viene da fuori anche se "alloggia" presso i ripari notturni cittadini.

ASL di Reggio Emilia

L'Osservatorio sulle Dipendenze patologiche dell'ASL di Reggio Emilia ha fornito i dati relativi all'utenza in carico ai SerT, agli Enti ausiliari territoriali, nonché sulle persone senza fissa dimora relativamente all'anno 2003.

Le persone in carico al SerT sono complessivamente 892 e rappresentano il 10 per mille della popolazione residente totale di età compresa tra i 15 e i 44 anni. Le fasce di età prevalenti sono quelle superiori ai 35 anni, nelle quali ricade oltre il 40% dell'utenza. Le donne rappresentano il 14% del totale e diversamente da maschi, la porzione più consistente (67%) è rappresentata da donne giovani (20-34 anni).

La sostanza primaria è rappresentata dall'eroina (70%) ma l'Osservatorio segnala l'alto numero di politossicomani. A seguire la sostanza più utilizzata è rappresentata dalla cannabis, ma questo dato è determinato dalla presenza di persone segnalate dalle Prefetture o con accesso al servizio tramite il programma "Yellow Submarine", programma di prevenzione e informazione sui rischi di uso di sostanze rivolto alla fascia d'età più giovane.

Relativamente all'utenza in carico agli Enti Ausiliari, pari a 444 persone, la porzione di donne è leggermente inferiore a quella dei SerT (12 vs. 14%).

Dal mese di maggio 2004 poi è partito il censimento sulle persone senza dimora in contatto con il SerT. Tale rilevazione è iniziata in base agli input forniti dal presente progetto. Finora sono state censite 51 persone, pari al 6% dell'utenza totale e la rilevazione è tuttora in corso.

ASL 10 Firenze

I dati sulle tossicodipendenze per l'anno 2003 sono quelli pubblicati dall'Osservatorio Epidemiologico delle Dipendenze della ASL 10 di Firenze, mentre quelli sulle persone senza fissa dimora provengono dalla Relazione Sociale anno 2003 del Comune di Firenze.

Nel 2003 sono 3225 i tossicodipendenti in trattamento. La prevalenza è pari al 6,2‰ mentre l'incidenza è di 1,2‰; le donne rappresentano il 17,7% con un rapporto maschi/femmine pari a 4,7. Il numero medio di utenti per servizio è di 254, con un range di 160-419. Gli utenti si distribuiscono prevalentemente nelle fasce di età tra 30 e oltre 39 (68,9%) confermando il progressivo invecchiamento della popolazione in trattamento. L'eroina continua ad essere la sostanza d'abuso primario, assunta dal 73,9% dei soggetti, ma in diminuzione rispetto agli anni precedenti.

Gli utenti in trattamento anche presso Enti Ausiliari sono 368, pari al 14,5% dell'utenza totale; rispetto agli anni precedenti si registra una flessione.

Nel periodo novembre 2002-marzo 2003 il Comune di Firenze ha attivato un programma di accoglienza per persone senza dimora al fine di dar loro un alloggio per trascorrere i mesi invernali. Le persone accolte sono state 338 e la permanenza media è stata di 2,5 mesi. In particolare le persone erano uomini (88%) e immigrati (68%); inoltre, si segnala la giovane età della popolazione immigrata – il 75% ha meno di 40 anni e la classe maggiormente rappresentata è quella 18-30 – rispetto a quella italiana – il 61% ha tra i 31 e i 50 anni. Tra la popolazione senza fissa dimora italiana, il 17% è tossicodipendente e il 10% ha anche patologie di tipo psichiatrico. Si differenziano nettamente, quindi, i gruppi italiano e straniero: se i primi hanno problematiche più legate alla marginalità e all'esclusione sociale, a Firenze, i secondi ricorrono ai servizi di accoglienza per senza fissa dimora più per una situazione di precarietà sociale ed economica.

Segnaliamo poi i dati forniti dal progetto Outsider, che si rivolge anche

a giovani consumatori di sostanze senza fissa dimora, i cosiddetti Punkabbestia. Le principali caratteristiche dei soggetti contattati dal progetto sono:

- la netta prevalenza di uomini (87%);
- l'alto numero di giovani (il 75% ha meno di 35 anni), specialmente tra i punkabbestia dove oltre il 70% ha meno di 25 anni;
- la consistente presenza di immigrati (50%), provenienti principalmente dai paesi nord africani e dall'Europa orientale;
- la forte presenza di consumatori di sostanze stupefacenti; tra essi il 75% è italiano e il restante sono persone provenienti dal Maghreb.

ASL di Pisa

I dati pervenuti dal Dipartimento delle Dipendenze della ASL di Pisa relativamente all'anno 2003, si riferiscono a 1428 persone in trattamento nei servizi per le dipendenze, di questi oltre l'80% ha richiesto cure per dipendenze multiple o dipendenza da eroina, utilizzata dalla quasi totalità degli utenti. Su 1243 persone si sono raccolti i dati relativi alla condizione socioeconomica: risultano occupati in maniera stabile 608 (49%) individui, 26 sono senza fissa dimora, la metà dichiara di risiedere con i genitori, circa i 2/3 del campione non ha un titolo di studio superiore alla licenza media.

Città di Bari

I dati sono stati raccolti e forniti dalla Coop. Soc. CAPS di Bari. I tossicodipendenti in carico ai SerT della Città di Bari nel 2003 sono 1658; di essi il 7% sono donne. Diversamente dagli altri territori presentati, gli utenti SerT appaiono qui come più giovani, con una classe di età prevalente compresa tra i 30 e i 34 anni.

Le persone in comunità terapeutiche sono 116, rappresentando il 7% degli utenti SerT; anche in questo caso si tratta principalmente di uomini (91%) e anche in questo caso la classe di età più rappresentata è 30-34 anni.

La sostanza di abuso primaria degli utenti dei SerT è l'eroina (73%) seguita dalla cocaina (13%) e dai cannabinoidi (12%).

Il 6% (102) degli utenti in carico ai SerT risulta essere senza fissa dimo-

ra. Si tratta prevalentemente di italiani, uomini, con una discreta prevalenza di disturbi psichiatrici (23%) e dove è frequente una politossicomania.

2.2 Dati infettivologici

I dati di tipo infettivologico relativamente alle patologie droga correlate sono disponibili solamente per la Regione Lazio, la Regione Sicilia, la ASL di Varese, la ASL di Bologna e la ASL 10 Firenze.

Regione Lazio

Per ciò che riguarda la Regione Lazio il dato sui principali esami sierologici, fornito dal Dip. ASL Roma E, risulta disaggregato per servizio pubblico e privato. In entrambi i casi vi è un'alta percentuale di dato mancante (ad es. nei SerT il dato sull'HIV non è rilevato nel 67,3% dei casi, e nel 47,8% negli Enti ausiliari).

Analizzando quindi solamente i dati validi, si ha una prevalenza complessiva di sieropositività del 16%. Gli utenti già in carico risultano riportare una maggior positività al test HIV rispetto a quelli nuovi, soprattutto per le persone in carico ai SerT (17,3% vs 8,8), mentre tale differenza è più contenuta per le persone in trattamento negli Enti del privato sociale (16,6 vs 13,0).

La patologia più diffusa risulta essere l'epatite C, con una prevalenza del 63,6% nei SerT e del 54,9% negli EA. Anche in questo caso la prevalenza è maggiore per gli utenti in carico in entrambi i tipi di servizi.

L'epatite B registra una maggior prevalenza nei soggetti in trattamento presso i SerT (39,5%) rispetto a quelli del privato sociale (23,2).

Regione Sicilia

I dati forniti dalla Regione Sicilia indicano un tasso medio del 5,2% di utenti sieropositivi; negli utenti incidenti tale percentuale è dello 0,7 nei maschi e dell'1,7 nelle femmine, mentre in quelli già in carico essa è rispettivamente del 6,0 e dell'11,9. È però da notare l'alta percentuale di utenti

dei SerT siciliani che non è stata sottoposta al test per l'HIV e che la proporzione di sieropositività riscontrata tra coloro che lo hanno eseguito risulta di gran lunga inferiore rispetto a quella ipotizzabile in "tossicodipendenti di strada". Tale evidenza viene confermata nella coorte di utenti SerT arruolati nello Studio "Vedette" in cui nel 55% dei casi il dato sulla sieropositività risulta mancante. Sui restanti casi, la prevalenza di HIV è del 5,7%.

Anche per ciò che riguarda le infezioni HBV e HCV si conferma che la metà circa degli utenti (47,4% per HBV e 44,3% per HCV) sfugga all'esecuzione dei test. La prevalenza di HBV, tra coloro che hanno eseguito il test, è del 30%, mentre quella HCV è del 63,7%.

ASL di Varese

Anche per i dati forniti dalla ASL di Varese non per tutti gli utenti è disponibile l'esito dei test, e la percentuale di casi ove i test sierologici risultano non eseguiti o mancanti oscilla fra il 15% e il 50% circa dell'utenza complessiva.

Sui dati validi è possibile però fare osservazioni sul carico di cura e di ordine epidemiologico:

- nel 2002 erano 557 i sieropositivi seguiti dai SerT: come dire che la quota a rischio AIDS era pari al 23,2% del totale utenti che hanno fatto il test (cioè 2.493 su 3.238);

- i sieropositivi rilevati sono nella maggior parte dei casi nella quota di utenza già in carico: i nuovi utenti incidono infatti solo per il 12%;

- l'incidenza di positività HIV nei due gruppi è in effetti molto differenziata, con un rapporto quasi 1 a 2 fra l'esito del test di chi è già in carico e i nuovi utenti;

- il valore complessivo di incidenza di HIV positività è leggermente cresciuto dal 2001 al 2002; risulta in provincia di Varese inferiore alla media lombarda ma nettamente superiore al dato nazionale.

Per l'epatite B i dati raccolti offrono un quadro così sintetizzabile:

- i casi positivi sono numericamente quasi il doppio rispetto all'HIV, 960 persone, pari al 39,6%: la quota sommersa è invece assai simile;

- molto simile all'epidemiologia della sieropositività appare invece il dato di chi si cela dietro i 96 positivi al test di epatite B: sono gli utenti già in carico (85%), sono quelli di sesso maschile (85%).

Per quel che riguarda l'epatite C, il monitoraggio dei SerT sulla loro utenza segnala che:

– quasi metà degli utenti ne soffre, sono 1523 casi nel 2002 (47% del totale in carico, il 62,5% di quelli che si sono sottoposti al test), come a dire che è questa la più diffusa delle patologie: leggendo i dati in modo ribaltato, i soggetti certamente non affetti (cioè coloro che hanno fatto il test e sono risultati con esito negativo) sono solo 913, contro i 1053 del test per l'epatite B e i 1846 del test HIV;

– permane la comprensibile differenza fra nuovi utenti e utenti già in carico, ma fa riflettere il fatto che la metà dei nuovi utenti che si sottopongono al test risulta già positivo (sono invece 2/3 fra chi è già utente del servizio);

– l'elevato tasso di positività al test riscontrato fra gli utenti dei SerT di Varese non pare però un'eccezione, anzi: è molto simile a quanto rilevato l'anno prima, e persino inferiore sia al dato regionale che al valore medio nazionale.

ASL di Bologna

Nell'area metropolitana della provincia di Bologna tra i tossicodipendenti si registra una sensibile diminuzione della mortalità (in particolare per AIDS) ed una riduzione del rischio di overdose.

Un tossicodipendente su 10 è positivo all'HIV, uno su tre è positivo all'epatite C. Tra le persone con patologie droga correlate, l'età media è di oltre 33 anni, la maggior parte vive in condizioni precarie, è senza lavoro ed ha una bassa scolarità.

Per quanto riguarda i controlli sanitari va evidenziata e combattuta la tendenza da parte dei SerT a non ripetere il controllo almeno una volta l'anno per i soggetti che risultano negativi ai test.

Complessivamente il 42% dei contatti ha dichiarato di aver effettuato un controllo per l'Epatite C ed il 25% per l'HIV nel corso dell'anno 2003. Rispetto all'epatite C solo il 37% ha effettuato il test e complessivamente il 32% risulta positivo ed il 5% negativo. Rispetto all'HIV solo il 19% ha effettuato il test e siamo certi che complessivamente l'8% risulta positivo e l'11% negativo. Da notare che il numero di soggetti con controllo per epatite C e HIV è in calo nel 2003 rispetto agli anni precedenti, mentre è in

aumento tra i nuovi contatti del 2003 rispetto ai nuovi contatti del 2002. Risulta invece stabile negli anni il numero di positivi.

Rispetto all'HIV, il calo del numero dei positivi è dovuto a decessi (8 casi) o dimissioni (16 casi) o abbandoni (5 casi) dai SerT. Rimane elevato il numero dei nuovi soggetti positivi (20 casi) anche se l'età media (34,7 anni) induce ad ipotizzare un recupero del sommerso piuttosto che una ripresa del contagio tra i tossicodipendenti: il 20% proveniva dallo sportello sociale, il 15% dall'ospedale, il 25% alloggiava nei dormitori.

Per stimare la probabilità di trovare i positivi all'epatite C ed all'HIV rispetto a tutte le categorie di analisi è stata effettuata una regressione logistica multivariata e sono stati calcolati l'odds ratio ed i relativi intervalli di confidenza al 95%. In tale modello i rischi relativi di ciascuna variabile sono stati aggiustati per tutte le altre.

Sono state inserite nel modello le variabili relative ad età, sesso, nazionalità, residenza, stato civile, condizione professionale, titolo di studio, situazione abitativa, sostanza di abuso, contatto anche nel 2001, contatto anche nel 2002. Emerge un profilo simile per HIV ed epatite C che evidenzia lunga condizione di tossicodipendenza, emarginazione e povertà. Infatti sono risultati con una più alta probabilità di positività all'HIV i soggetti visti anche negli anni precedenti, le femmine, più anziani, disoccupati e con una bassa scolarità. Analogamente, sono risultati con una più alta probabilità di positività all'epatite C i soggetti visti negli anni precedenti, più anziani, disoccupati e con una bassa scolarità.

ASL 10 Firenze

Il numero di utenti sottoposti al test HIV nel 2003 è di 1047; la prevalenza di HIV+ è pari al 13,2%, in diminuzione rispetto all'anno precedente.

Sono stati sottoposti al test HBV 887 persone, con una prevalenza del 63,7%, in aumento rispetto all'anno precedente. La ASL di Firenze fornisce anche il dato delle persone vaccinate, pari a 500, in aumento rispetto ai periodi precedenti. L'HCV è la patologia che anche in questo caso registra la più alta prevalenza, pari al 76,1%.

2.3 Il sistema degli interventi

Come finora descritto, la popolazione oggetto della presente indagine risulta essere in contatto prevalentemente con servizi di “bassa soglia” piuttosto che a servizi sanitari o di secondo livello per la cura delle dipendenze. Questa popolazione infatti, come già evidenziato, è una popolazione che in primis necessita di veder soddisfatti i bisogni primari e per la quale, quindi, la cura della dipendenza non è certo il problema prioritario.

Vista quindi la peculiarità dei servizi di bassa soglia rispetto a quelli tradizionali di diagnosi e cura delle dipendenze, crediamo sia utile per comprendere meglio il fenomeno una breve digressione su questo tipo di intervento.

Linee guida e modelli dei servizi di prossimità

Nell'Accordo Stato-Regioni del 21 gennaio 1999 relativo alla “*Riorganizzazione del sistema di assistenza ai tossicodipendenti*”, compaiono, a livello nazionale, le premesse per inserire i servizi di bassa soglia nel sistema dei servizi previsti per legge.

Tra “i principi ispiratori delle attività assistenziali” si legge: “*Al centro dell'interesse dei servizi deve esserci la persona quale soggetto portatore di un bisogno, indipendentemente da una effettiva richiesta di intervento terapeutico – ancor meno dalla possibilità di effettuare un trattamento drug free – e dalla disponibilità a recarsi presso la sede del servizio*”.

L'obiettivo prosegue il testo è quello di “tutelare la salute del soggetto” attraverso una serie di possibilità e di obiettivi specifici che vanno da quello “*più ambizioso e non sempre immediatamente conseguibile di una completa riabilitazione a quello più limitato, ma non per questo da trascurare, della induzione di uno stile di vita meno rischioso*”.

I riferimenti ai servizi di bassa soglia divengono espliciti nel capitolo che tratta dei rapporti con il privato; qui infatti dopo un'analisi che tocca il quadro dei servizi che vengono gestiti storicamente dal privato sociale, in cui il “modello comunitario classico” è centrale e prevalente, si arriva ad affermare la necessità di ampliare il quadro degli interventi possibili. In tal senso nell'ottica del sistema di accreditamento che l'accordo propone si definiscono alcuni ambiti di sviluppo tra cui “*l'ampliamento delle tipologie di “pac-*

chetti di prestazioni private acquistabili, non ristretto perciò, come attualmente avviene, alle sole strutture comunitarie residenziali e semiresidenziali, ciò porterebbe da un lato al riconoscimento delle numerose iniziative avviate dal privato sociale in questi anni (centri crisi, unità di strada, programmi brevi, ecc...) dall'altro ad orientare le nuove offerte verso settori probabilmente più carenti piuttosto che verso le tipologie classiche per le quali sussiste al momento un apparente surplus di offerta”.

Nel provvedimento del 5 agosto '99, “*determinazione dei requisiti minimi standard per l'autorizzazione al funzionamento e per l'accreditamento dei servizi privati di assistenza alle persone dipendenti da sostanze di abuso*” che definisce i criteri di applicazione dell'accordo Stato Regioni si indicano concretamente le aree dei servizi che possono essere accreditati. Si considerano 5 aree :

- 1) servizi di accoglienza
- 2) servizi terapeutico riabilitativi
- 3) servizi di trattamento specialistici
- 4) servizi pedagogico educativi
- 5) servizi di tipo multidisciplinare integrato,

ma si indica anche una sesta area di prestazione in cui vanno compresi molti dei servizi di bassa soglia: “programmi di rete e di piano territoriale” che comprende programmi “definiti quali integrativi e/o migliorativi dell'offerta del servizio pubblico dai piani regionali e dai piani di zona... relativamente a settori quali: contatto con utenti non presi in carico dagli altri servizi, con finalità di riduzione delle emergenze e delle complicate e di orientamento preventivo terapeutico generale con particolare riguardo all'indirizzo ai servizi strutturati; supporto sociale e sanitario temporaneo a persone in condizioni di particolare difficoltà o disagio; programmi personalizzati di auto-aiuto, per gli utenti e i familiari, in particolare per gli alcolisti; programmi di formazione ed avviamento al lavoro; programmi educativi/riabilitativi ad impronta sociale”.

Al fine di rispondere in modo adeguato al fenomeno nella sua complessità, viene riconosciuta la necessità di utilizzare interventi complessi di natura sociale, sanitaria ed educativa e, conseguentemente, una gamma di servizi diversificati, ma integrati tra loro.

Un concetto di bassa soglia è espresso chiaramente nelle premesse su cui si basano le strategie e gli interventi di riduzione del danno, cioè il bisogno e l'esigenza di servizi più vicini ai bisogni, alle capacità e alle risorse di per-

sone tossicodipendenti o in altra situazione critica (Linee guida sulla riduzione del danno, 2000).

In Italia di fatto, in un decennio circa, gli interventi di riduzione del danno, dal lavoro su strada ai servizi di bassa soglia, centri crisi, accoglienze temporanee, utilizzo di farmaci agonisti, si sviluppano secondo la logica bottom-up, quindi, non come il frutto di una pianificazione centrale, ma perché promossi spontaneamente e a macchia di leopardo da attori locali, progettati ed implementati a partire dalla capacità di analisi e sensibilità di singoli servizi, salvo rare eccezioni in cui riescono ad assumere la dimensione di un sistema di interventi in grado di integrarsi con il sistema organico dei servizi storici del territorio.

Di fatto questa tipologia di Servizi nasce e si diffonde sull'onda dell'emergenza provocata dalla diffusione dell'AIDS, che in Italia e in Europa è collegata in modo forte alla popolazione tossicodipendente attiva. Molte delle esperienze nascono nelle città utilizzando prima di tutto il lavoro di strada che nonostante fosse già una metodologia sperimentata in alcune realtà come intervento di animazione territoriale e di sviluppo di comunità¹ diviene un modello di intervento articolato e diffuso a seguito dei progetti sviluppati dalla LILA a S.Giuliano Milanese, dalla Fondazione Villa Maraini a Roma, dal Gruppo Abele a Torino, dal Comune di Venezia, per citarne alcuni tra i più noti. Si tratta di interventi che utilizzano unità mobili attrezzate per lo scambio di materiale di profilassi (siringhe sterili, profilattici, naloxone) e materiale informativo. Si sviluppano in seguito molte altre esperienze che utilizzano operatori di strada che intervengono con modalità operative e organizzative diverse, figure professionali e percorsi formativi differenti spesso realizzati in modo autonomo all'interno dei progetti.

Nel 1996 la mappa degli interventi nel campo della riduzione del danno correlato all'abuso di sostanze psicoattive risulta già abbastanza significativa; solo nel campo del lavoro di strada, il coordinamento delle unità di strada costituitosi nel 1996 conta 35 realtà aderenti. Nel 1999 al convegno nazionale tenutosi a Bologna nel mese di marzo erano presenti oltre 100 progetti, con circa 650 operatori.

¹ Sono rintracciabili esperienze di lavoro di strada tra la fine degli anni Settanta e i primi anni Ottanta a Torino: "Vankiglia sballa" da parte della Coop. Valdocco e a S. Severo di Foggia gestito dalla coop. Salute e Territorio.

Con il diffondersi degli interventi che nel corso degli anni sempre di più hanno moltiplicato le loro aree specifiche di applicazione, includendo la condizione di prostituzione, di detenzione, l'abuso di sostanze alcoliche e di nuove droghe, situazioni di marginalità urbana anche le offerte si sono ampliate e articolate in varie tipologie di servizio tanto da creare una situazione piuttosto ricca ma che è necessario definire in termini di Linee Guida. Tale esigenza viene espressa chiaramente al termine dei lavori della II° conferenza nazionale a Napoli e diviene un obiettivo concreto da realizzarsi entro la conferenza successiva prevista per il 1999 e realizzata poi a Genova nel 2000².

Nella premessa delle Linee Guida sulla riduzione del danno si sottolinea la necessità di integrare gli interventi di riduzione del danno all'interno del quadro dei servizi tradizionali e si afferma che esse devono perdere "quel carattere di parallelismo alternatività o sperimentali rispetto al complesso delle attività ordinarie, con il quale sono stati etichettati sino ad un recente passato".

In questo senso le linee guida si pongono tre obiettivi principali:

- ridare o dare dignità scientifica e professionale ad interventi che, almeno in Italia, sono stati assunti o veicolati con una forte carica politica, sino a diventare oggetto di dibattito, o meglio di contendere partitico o di schieramenti;

- aiutare gli operatori del settore ad affrontare e superare il disorientamento conseguente ad un dibattito prevalentemente ideologico e recuperare una dimensione ed una capacità di analisi tecnico operativa, proprie del ruolo e della funzione;

- dare omogeneità, a livello nazionale, agli interventi di riduzione del danno, procedere all'individuazione degli strumenti più validi ed incisivi e razionalizzare così le risorse disponibili in modo da ottimizzarle.

Su questa base vengono individuate le principali tipologie di servizi che possono rientrare in due grandi aree: il lavoro di strada e le strutture intermedie a bassa soglia.

Vengono dedicate altre sezioni specifiche ai materiali di profilassi, ai farmaci sostitutivi, agli interventi in carcere, alla prevenzione della mortalità per overdose, al counseling, ai problemi alcolcorrelati, ai nuovi utilizzi e alle persone tossicodipendenti immigrate.

² *Linee guida sulla riduzione del danno*, Ministeri della Sanità e della Solidarietà Sociale, *Bollettino per le farmacodipendenze e l'alcolismo*, n. 3, anno 2000.

Interventi di strada e/o di prossimità

Gli autori propongono una categorizzazione degli interventi di strada (outreach work nel linguaggio scientifico, adottato a livello internazionale) e individuano quattro aree principali in riferimento alle caratteristiche metodologiche:

– “interventi di comunità” (community based), caratterizzati da una operatività che si colloca in ambito diverso da quello terapeutico e, in generale, istituzionale (pubblico e privato che sia, comunque relativo a “tecnostrutture” del settore sociosanitario). Tale ambito può essere definito “della quotidianità”, cioè delle relazioni sociali ed interpersonali connesse al consumo e alla vita sociale dei consumatori e alle mappe relazionali, culturali e di scambio che i consumatori stessi tracciano. Vi possono essere interventi di outreach propriamente “di strada”, come nella gran parte delle iniziative italiane, che raggiungono i consumatori nei luoghi stessi del consumo o dell’acquisto o dell’aggregazione (detached outreach), interventi che raggiungono i propri clienti in ambienti particolari della quotidianità, come i centri di somministrazione del metadone, in luoghi ricreativi e ludici, o altri luoghi di vita quali dormitori, carcere ecc. (peripathetic outreach), o ancora (ma nella realtà italiana sono quasi inesistenti) interventi mirati a singoli o a gruppi a livello domiciliare (domiciliary outreach);

– “interventi a bassa soglia” (low threshold), caratterizzati cioè dalla rinuncia a porre soglie di ingresso e di accesso ai servizi offerti, tanto dal punto di vista burocratico (residenza, nazionalità, invio da altri servizi, ecc.) quanto dal punto di vista della strategia della presa in carico (sigla di patti terapeutici, obbligo di intervista diagnostica, motivazione al contatto, ecc.);

– “interventi con attenzione specifica alla dimensione gruppale”, secondo una accezione del lavoro di prevenzione ed educazione alla salute che privilegia – come del resto ogni intervento “community based” – l’innescare di meccanismi autoregolativi messi in atto dagli attori stessi attraverso movimenti di cambiamento nelle subculture di gruppo. In questo senso, il lavoro di strada può utilizzare, laddove se ne diano le premesse, “operatori grezzi” scelti all’interno della stessa popolazione target (*peer outreach* o *indigenous outreach*) e modalità quali il supporto tra pari (*peer support*) e l’educazione tra pari (*peer education*);

– relazioni a “legame debole”, non giudicanti, non normative, flessibili nella scelta degli obiettivi pragmaticamente raggiungibili, rispettose di diritti

ti fondamentali quali l'anonimato e segretezza rispetto alle informazioni raccolte sulle singole persone. Un "legame debole" privilegia la negoziazione degli obiettivi, l'instaurazione di una "alleanza comunicativa" che si pone l'obiettivo di restare valida anche in presenza di mutamenti degli obiettivi parziali, di non raggiungimento degli obiettivi o, ancora, di assenza di obiettivi specifici in una data fase della relazione operatore-utente.

Il documento, inoltre, definisce un quadro di orientamento piuttosto approfondito individuando un insieme di condizioni di base che rendono possibile l'attivazione e lo sviluppo degli interventi in modo efficace. Tale quadro si organizza su tre livelli : a) in riferimento alla popolazione target; b) in riferimento al sistema dei servizi; c) in riferimento al territorio e alla popolazione generale.

Popolazione target

il primo concetto messo in evidenza è quello di "alleanza comunicativa" con l'utenza quale che sia la scelta individuale e la manifestazione o meno di domande esplicite. Essa si afferma come una dimensione centrale nei compiti degli operatori in contatto con tutte le tipologie di utenza. L'alleanza comunicativa va privilegiata ma non necessariamente caricata di imperativi pedagogici: nel lavoro di prevenzione è più utile una relazione credibile che un buon consiglio.

Il lavoro di strada si rivolge ad una popolazione di consumatori sempre più vasta che comprende:

- "nuovi" consumatori, spesso socialmente integrati, non in grado di percepirsi come dipendenti, diffidenti rispetto al sistema dei servizi;
- "vecchi" consumatori, spesso ri-sommersi dopo numerose esperienze con il sistema dei servizi e i programmi drug free, spesso in situazione di cronicità;
- consumatori in stato di particolare marginalità sociale, con domande rilevanti dal punto di vista della quotidianità;
- consumatori senza diritti di cittadinanza ed in particolare senza accesso al sistema dei servizi (stranieri illegali e senza fissa dimora);
- consumatori in situazioni di crisi ed emergenza (in ricaduta dopo comunità o carcere, espulsi dalla famiglia, donne incinte, persone con HIV/AIDS ecc.).

Il secondo punto si riferisce alla necessità di adattarsi alle diverse condizioni che il target esprime in termini di bisogni specifici ma delinea delle costanti generali:

- ogni contatto deve avere un suo “esito” (“quel” contatto può essere l’unico);

- il contatto deve lasciare sempre una porta aperta (l’operatore di strada è quello che c’è sempre, qualsiasi cosa accada);

- a fronte dell’impossibilità di una risposta diretta per molte delle domande che arrivano all’operatore, attivare sempre un’opportunità anche se indiretta;

- il contatto può non essere immediatamente “produttivo”: solo una parte delle “alleanze comunicative” costruite si trasformeranno in “alleanze educative” promotrici di cambiamento;

- si deve poter disporre di più strumenti e plurali metodologie di intervento su prevenzione, educazione alla salute, riduzione dei rischi.

Il lavoro di strada si pone in maniera concreta rispetto alla possibilità di produrre cambiamento nei comportamenti a rischio con la consapevolezza che:

- gli utenti come gruppo e ogni utente come singolo sono portatori di particolari razionalità dovute a particolari gerarchie nel rapporto rischi/benefici;

- gli obiettivi devono essere praticabili, dunque non in contrasto con la cultura del gruppo di appartenenza (rischio di espulsione, stigmatizzazione) e rispondenti ad un criterio di autoefficacia;

- gli obiettivi devono essere praticabili, dunque non trovare di fronte a sé impedimenti oggettivi. Le unità di strada devono rendere pragmatica la loro azione educativa fornendo i presidi sanitari necessari ad attuare il cambiamento e a renderlo positivo al test dell’autoefficacia;

- le informazioni devono essere documentate, chiare, radicate nel vissuto reale dei consumatori.

Nell’ottica del lavoro di empowerment deve essere promossa l’abilità e l’autonomia possibili degli utenti singoli e collettivi.

Pragmaticamente e credibilmente, gli attuali rischi corsi dalle persone tossicodipendenti possono essere ridotti e non evitati, tanto sul piano sanitario quanto su quello sociale.

La condizione di vita della persona tossicodipendente è esposta in modo particolare a ricorrenti e profondi stati di vulnerabilità. Risulta necessario

elaborare strategie non tanto di (improbabile) controllo, quanto piuttosto di continuo ri-orientamento, ri-aggiustamento.

Ciò che utilmente può fare il lavoro di strada è sostenere le persone nel cercare o ritrovare personali abilità, saper trovare risorse nel proprio ambiente, saper valorizzare abilità sociali, saper accedere al sistema dei servizi e delle opportunità sul territorio, conoscere i propri diritti.

La dimensione gruppale è significativa, ma è interessante anche il lavoro individuale.

Il lavoro specifico di prevenzione non può fare a meno del protagonismo attivo dei soggetti cui è rivolto: autostima, diritti di cittadinanza, dignità pubblica della persona tossicodipendente non sono scelta ideologica del lavoro di strada, né “alleanza collusiva”, ma premessa metodologica per attivare gli attori sulla scena.

Il sistema dei servizi

1) – Il primo elemento indispensabile è che ogni sistema di servizi elabori con chiarezza le priorità in materia di politiche sulle dipendenze, ridisegnando la gerarchia dei propri obiettivi e attribuendo alla dimensione del lavoro mirato alla popolazione tossicodipendente attiva e alla riduzione dei danni correlati la propria specifica valenza.

– Gli interventi di strada devono uscire definitivamente dalla fase della sperimentazione e della provvisorietà nonché dell’incertezza delle risorse per entrare stabilmente nel sistema articolato dei servizi permanentemente garantiti all’utenza.

2) Viene considerata necessaria: “la presenza in ogni sistema di servizi di una unità operativa di strada nelle modalità che la mappatura di ogni territorio indicherà – con caratteri di stabilità e continuità è prioritario in relazione alla dimensione “tempo”, fondamentale in processi educativi e di cambiamento di comportamenti individuali e gruppali che toccano sfere da un lato intime e profonde”.

3) Deve essere sviluppata una chiara interfaccia del lavoro di strada con il sistema dei servizi con cui stipulare protocolli d’intesa atti a ottimizzare i rapporti tra i servizi stessi. In modo particolare e specifico devono essere garantiti:

– un sistema rapido di presa in carico per i nuovi contatti;

- un sistema rapido di prescrizione di terapie farmacologiche nell’ottica della riduzione del danno;
- un sistema di risposta a situazioni di particolare emergenza;
- un sistema di presa in carico e di offerta di servizi mirati a chi è in fase di tossicodipendenza attiva e non esprime al momento scelte di cambiamento;
- un sistema di ri-aggancio rapido e offerte differenziate per chi è in fase di ricaduta;
- un sistema di accesso ai servizi d’emergenza sanitaria.

4) Sviluppo di una comunicazione efficace tra unità di strada e servizi relativamente all’osservazione e al monitoraggio sugli stili di consumo operati direttamente sulla scena della droga.

5) Lavoro nell’ottica della moltiplicazione delle opzioni e risorse da offrire all’utenza: attenzione particolare va posta ai cosiddetti “luoghi intermedi” (drop in, centri diurni, centri crisi ecc.) basati sulla quotidianità e l’accoglienza a bassa soglia al fine di moltiplicare le occasioni relazionali e i luoghi dove disseminare informazioni e attività di prevenzione.

6) Attenzione alla formazione delle équipes.

Centrale rimane il ruolo della formazione permanente e della supervisione delle équipes, in un lavoro che per definizione procede per “tentativi ed errori e aggiustamenti”, continuamente esposto a modificazioni, spostamenti di pratiche e obiettivi, cambiamenti del contesto, oscillazioni nella popolazione target.

7) Attenzione al sistema di raccolta dati e valutazione (di struttura, di processo, sugli esiti) come aspetto fondamentale per gli operatori (significato del proprio lavoro), gli utenti (adeguatezza, efficienza ed efficacia dell’intervento). Le condizioni per una buona pratica di valutazione includono pertanto sia le risorse economiche necessarie e la disponibilità di un adeguato monte ore degli operatori, sia un lavoro di rete con agenzie a questo attrezzate (osservatori epidemiologici, centri universitari ecc.).

2.3.1 Le Strutture intermedie

Come viene ripetutamente sottolineato, gli interventi di strada si integrano ad altri tipi di offerte; necessariamente, in una logica di sistema il lavoro mobile sul territorio presenta certamente grosse potenzialità e vantaggi

ma non consente una serie di interventi che invece spesso si rendono necessari; si pensi a titolo di esempio alla necessità per una certa fascia di target di poter accedere a luoghi in cui sia possibile riposarsi, lavarsi, lavare le proprie cose, ecc. oppure semplicemente stare, passare del tempo per socializzare.

Le diverse strutture prese in considerazione nell'ambito delle linee guida sono diversamente denominate come drop-in-center, centri di accoglienza, centri crisi, centri diurni, centri notturni, strutture semiresidenziali e/o residenziali a bassa soglia. Lo schema descrittivo proposto individua tre tipologie generali di strutture intermedie a bassa soglia : 1) Unità fissa, 2) Centro di accoglienza diurno (drop in center), 3) Struttura residenziale.

1) Unità fissa

Si tratta di servizi a bassa soglia che offrono materiali informativi sui comportamenti a rischio, distribuiscono siringhe, preservativi, materiali sterili ed in alcuni casi anche incontri di counseling, consulenze mediche e legali. In pratica offrono nell'ambito di una struttura le prestazioni tipiche delle unità mobili di strada. Spesso infatti sono le sedi delle unità di strada e operano in integrazione con le unità mobili esterne.

2) Centro di accoglienza diurno

Esse si configurano come vere e proprie strutture intermedie differenziandosi soprattutto per l'offerta o meno della residenzialità.

In questo senso si distinguono due modelli di struttura: i Centri diurni di Accoglienza a Bassa Soglia (C.A.B.S.) e i Centri di accoglienza a bassa soglia con funzioni residenziali. I C.A.B.S. sia diurni che residenziali rappresentano in sostanza un ampliamento delle Unità fisse in quanto offrono la possibilità di trascorrere del tempo nella struttura. Sono luoghi dove è possibile trascorrere del tempo in alternativa ai ritmi ed ai rischi per la salute e sociali della vita di strada, e offrono servizi di counseling, di consulenza medica, di assistenza sanitaria e di consulenza legale.

Le modalità di accesso prevedono un contatto informale con gli operatori che è prevalentemente finalizzato a facilitare l'uso delle diverse risorse che offre la struttura con informazioni mirate che riguardano anche specifi-

camente le poche ma essenziali regole di convivenza del centro. Nella fase del contatto alcune esperienze raccolgono dati minimi richiesti alla persona.

Il C.A.B.S./R., centro di accoglienza a bassa soglia/residenziale, ha tutte le caratteristiche del C.A.B.S., ma offre anche un'accoglienza notturna con ambienti attrezzati per dormire. Chiaramente si tratta di una residenzialità temporanea che ha l'immediata funzione di rappresentare un'alternativa alla strada e di individuare un tempo intermedio per ricercare soluzioni più adeguate e permanenti (famiglia, amici, associazioni, dormitori, alloggi protetti). Si rivolge a soggetti che si trovano per cause diverse senza abitazione. Particolare attenzione va data alle persone che non hanno fissa dimora nei confronti dei quali l'offerta di un alloggio può essere l'obiettivo principale.

Le regole possono essere variabili. In Italia vale il divieto di consumare in loco e di portare con sé sostanze stupefacenti anche per uso personale. Generalmente si accetta che il consumatore possa frequentare la struttura anche sotto l'effetto della sostanza.

Le strutture intermedie a bassa soglia sono specifiche per tutti i consumatori attivi di droghe pesanti. In particolare, si riferiscono ai consumatori attivi che non hanno contatti con i SerT o con altri servizi, e che frequentemente hanno interrotto le relazioni con le reti di socializzazione primarie e secondarie (famiglia, amici, lavoro, gruppi di pari...).

Le strutture intermedie a bassa soglia sono funzionalmente parte integrante del sistema dei servizi che opera ai diversi livelli (drug-free, metadone) a favore dei consumatori di droghe. Il rapporto con i SerT è indispensabile per facilitare l'accesso di quel consumatore che altrimenti non contatterebbe mai questi servizi. In particolare con le Unità di strada e con altre iniziative che si rivolgono ai consumatori attivi in modo da costituire un circuito collegato per questa tipologia di utenti.

Il tempo di permanenza massimo va attentamente valutato. La residenzialità dovrebbe essere considerata transitoria, tempo intermedio per ricercare altre soluzioni abitative o comunque alla crisi che la persona sta vivendo in quel momento. La transitorietà garantisce la fruibilità a tutti i consumatori che ne hanno bisogno. È opportuno limitare quindi l'ospitalità entro i dieci giorni.

Il numero di posti in fase residenziale non dovrebbe essere elevato (10 posti letto).

In alcuni casi il C.A.B.S. può rappresentare una modalità per coinvolgere utenti dei SerT in trattamento stabilizzante con il metadone a manteni-

mento con difficoltà di socializzazione e che rischiano una sorta di cronicità istituzionale.

Anche l'ubicazione deve essere scelta con cura tenendo presenti alcune valutazioni di opportunità. Vi sono casi di strutture aperte nei pressi della scena della droga, altri che hanno preferito un luogo riservato ma vicino ad altre strutture intermedie a media soglia od alcuni presidi sanitari.

Per quanto riguarda il C.A.B.S. che opera come centro diurno gli orari di apertura possono essere variamente stabiliti in relazione alle esigenze degli utilizzatori. Le Strutture Residenziali lavorano invece 24/24.

3.1 Obiettivi

Nell'ambito del progetto Sostanze Senza Dimora¹, la ricerca si colloca come punto di partenza di tutte le azioni progettuali. Per intervenire e modellizzare un intervento è necessario anzitutto conoscere l'esistente, sia dal punto di vista quantitativo che qualitativo. La ricerca fenomenologica di Sostanze Senza Dimora parte quindi da questo presupposto.

¹ Gli obiettivi dell'intero progetto sono:

- acquisire un quadro cognitivo analitico delle relazioni che intercorrono tra la dipendenza da sostanze e lo stato di senza dimora, ricercandone le relazioni di causa ed effetto o concausa ed effetto molteplici;
- superare le logiche di risposta legate all'emergenza ed all'occasionalità, favorendo l'elaborazione di un approccio sistemico, basato su un quadro organico di riferimento, a livello nazionale, fruibile per la progettazione di efficaci sistemi locali di risposta al fenomeno;
- integrare le politiche ed i servizi rivolti agli homeless, all'interno delle più ampie strategie di contrasto alla dipendenza da sostanze, con l'obiettivo di promuovere la diffusione di un approccio maggiormente sistemico al tema dell'inclusione sociale;
- favorire l'attivazione di rapporti collaborativi tra tutti gli attori impegnati nel settore, agevolando la diffusione di una cultura del network che agevoli la programmazione degli interventi a livello locale, con una visione strategica sul sistema "Italia";
- rafforzare le competenze e delle capacità degli operatori impegnati nei servizi, contribuendo a qualificare azioni che troppo spesso coinvolgono professionalità generiche ed équipe non multidisciplinari;
- promuovere l'elaborazione di percorsi di uscita dalla dipendenza e di inclusione sociale adeguati e sostenibili, che comprendano lo sviluppo delle attitudini individuali, dei processi di empowerment dei destinatari e più elevati standard di qualità della vita.

Come in ogni ricerca scientifica, si è pertanto partiti con una revisione della letteratura esistente sul fenomeno, per quanto in questo caso il fenomeno sia molto ampio, comprendendo tipologie di disagio sociale e coinvolgendo persone con grandi problemi di marginalità: tossicodipendenti “di strada”, senza fissa dimora, alcolisti, fuoriusciti dal carcere, dimessi dalle comunità, affetti da disturbi psichici, stranieri, immigrati clandestini.

La tossicodipendenza rappresenta comunque il punto di partenza: è una delle forme in cui si manifesta il disagio e genera povertà, destrutturazione ed emarginazione, in particolare per la fascia dei “tossicodipendenti di strada”, non seguiti da nessuno. Gli interventi e i contatti di questi soggetti con il sistema dei servizi sono circoscritti il più delle volte all’ambito sanitario o all’area dell’emergenza.

Ci siamo quindi limitati ad analizzare la letteratura scientifica recente il cui focus fosse la tossicodipendenza e la condizione di senza dimora. I risultati cui si è giunti sono esposti nel primo capitolo del presente rapporto.

Dalle considerazioni emerse, si è quindi ritenuto opportuno cercare di analizzare i vari contesti, partendo dai dati epidemiologici disponibili relativamente alla tossicodipendenza e alla condizione di senza dimora tra i tossicodipendenti (TD SFD).

La ricerca aveva pertanto i seguenti obiettivi.

1. Stimare il fenomeno in un dato territorio. Il primo obiettivo della ricerca è stato proprio quello di capire se il fenomeno sia già stato indagato e soprattutto se vi fosse una raccolta sistematica dei dati relativi ai tossicodipendenti senza fissa dimora da parte degli Osservatori sulle Dipendenze Regionali o di altri organismi competenti. In caso affermativo, l’obiettivo è quindi di ottenere una stima della prevalenza e dell’incidenza del fenomeno sia rispetto alla popolazione generale, sia rispetto a quella tossicodipendente. I dati raccolti sono riportati nel cap. 2.

2. Stimare la capacità dei servizi esistenti in relazione alla prevalenza e all’incidenza di TD homeless. Una volta acquisita l’entità del fenomeno, ci si è chiesti quante opportunità fossero accessibili e disponibili sui vari territori per fornire dei servizi a persone TD SFD². L’obiettivo era quindi quel-

² Per persone senza dimora si intende persone che non hanno un’abitazione stabile da almeno tre mesi.

lo di creare una “mappa” dei servizi di bassa soglia esistenti, delle prestazioni erogate, analizzando anche le interconnessioni tra servizi.

3. Descrivere i servizi esistenti e l’utenza in carico. Secondariamente, si è quindi voluto indagare nel dettaglio i servizi “mappati”, descrivendone le tipologie, le loro modalità di funzionamento, le procedure, i punti di forza e di debolezza, i sistemi di monitoraggio e valutazione. Inoltre, si è indagato sulle caratteristiche dell’utenza di tali servizi e sulle problematiche e sui bisogni da questa presentate.

4. Analizzare la rete dei servizi. Il lavoro di rete è un servizio sociale svolto in un ambito territoriale in cui si attiva una presa di coscienza da parte di una comunità rispetto ai suoi problemi, aiutandola a costruire, o ricostruire, legami e interazioni fino a farsi direttamente carico dei problemi e ricercare nella comunità stessa le risorse per affrontarli. L’obiettivo che si pone la rete dei servizi è quello di dare risposte diverse a bisogni diversi, per cui i singoli servizi tendono a differenziarsi e a specializzarsi, lavorando però in maniera integrata tra loro, in un’ottica sistemica.

Partendo dall’analisi quantitativa dell’esistente, si intende valutare come il sistema dei servizi risponde ai bisogni di questo tipo di utenza, da quali servizi è composta la rete, quali altri servizi andrebbero inclusi in un determinato territorio.

5. Quale modello di rete viene attuato e quali sono gli aspetti da implementare. L’aspetto strutturale e funzionale della rete assume importanza in termini oggettivi, in quanto caratterizza proprio la realtà di rete. È pertanto fondamentale capire quali elementi favoriscono un buon lavoro di rete, quali un ostacolo, quali dimensioni culturali, operative e istituzionali entrano in gioco, l’efficacia di questo modello di intervento rispetto ai bisogni e alle aspettative degli utenti TD SFD che si rivolgono ai servizi sociali e sanitari.

Nella presente ricerca si è pertanto voluto capire il tipo di modello attuato in un determinato territorio, in base a vincoli normativi e operativi, e quali elementi andavano implementati attraverso la formazione degli operatori coinvolti.

3.2 Metodi e Strumenti

La presente ricerca si è avvalsa di due metodologie complementari di indagine, quella di tipo quantitativo e quella di tipo qualitativo.

I metodi applicati alla ricerca qualitativa non sono di recente invenzione e hanno una lunga tradizione in varie discipline accademiche (Murphy et al., 1998). Ciò che è emerso da una revisione recente della letteratura è il far convergere tutte queste tecniche sotto un paradigma comune, spesso con l'obiettivo di essere in posizione simmetrica con la ricerca quantitativa. Nella ricerca sanitaria, *evidence based medicine* ha ancora di più sottolineato questa differenza di approcci con il risultato di definire la ricerca qualitativa "quello che non è la ricerca quantitativa" (Sackett et al., 1997).

L'errore di definire la ricerca qualitativa in opposizione a quella quantitativa è oltremodo evidente, in quanto la ricerca qualitativa si deve anch'essa basare, parimenti a quella quantitativa, sull'evidenza empirica, altrimenti non si può parlare di ricerca. La differenza tra le due metodologie sta nel fatto che l'evidenza, ossia i dati raccolti, non è in forma numerica e richiede un'analisi di tipo interpretativo piuttosto che statistico. È oltremodo assurdo sostenere che anche i dati numerici non siano comunque sottoposti a un processo di tipo interpretativo mentre vengono raccolti e analizzati. Si pensi ad esempio un questionario atto a valutare il livello di depressione, che seppur utilizzando una scala attendibile debitamente validata, traspone le sensazioni e le opinioni di un individuo sotto forma numerica: è inevitabile che ci siano delle interpretazioni da parte dei ricercatori.

Il porre la ricerca quantitativa come il *golden standard* della ricerca sociale è soprattutto dovuta alla facilità di interpretazione dell'*outcome*: per rispondere alla domanda "il farmaco X è più efficace del farmaco Y" è ovvio che è necessario ricorrere a un trial controllato e randomizzato per ottenere il maggior numero di informazioni possibili e generalizzabili. Ma nella ricerca sociale le variabili non sono così facilmente definibili così come non lo è neppure l'*outcome*.

La ricerca qualitativa ha il suo impiego ottimale laddove sia necessario qualcosa di diverso e più ricco rispetto ai numeri per descrivere un fenomeno.

Una fondamentale differenza tra la ricerca quantitativa e quella qualitativa sta proprio nella metodologia del campionamento.

I ricercatori "quantitativi" hanno l'obiettivo di reperire un consistente –

in base ovviamente alla potenza dello studio – campione casuale che sia sufficientemente rappresentativo della popolazione generale, al fine di eliminare le differenze individuali che ne inficerebbero la generalizzazione, e potendo nel contempo effettuare delle inferenze statistiche.

I ricercatori “qualitativi” si rivolgono invece a un piccolo campione specifico al fine di produrre una spiegazione plausibile e coerente del fenomeno in studio. L’obiettivo è quindi quello di studiare un fenomeno e/o le sue interazioni con altre variabili e capirlo. I risultati non saranno statisticamente generalizzabili, ma lo potrà essere il modello e la teoria che da questo tipo di studio vengono prodotti.

In sintesi, i metodi della ricerca qualitativa si rivelano particolarmente utili e proficui nei casi in cui:

- è necessario descrivere un fenomeno sotto l’aspetto del come questo avviene;

- nella fase “esplorativa” di una ricerca al fine di chiarirne meglio la formulazione e concettualizzare delle ipotesi;

- è importante tener conto del punto di vista del gruppo target: il metodo dell’intervista in profondità, ad esempio, è un utile strumento che permette di indagare certi aspetti, soprattutto quando essi si riferiscono a comportamenti che riguardano comportamenti non socialmente desiderabili, quali l’uso di sostanze stupefacenti.

3.2.1 Metodi quantitativi

Al fine di conoscere l’impatto del fenomeno nei servizi a bassa soglia sono stati costruiti due strumenti ad hoc: una scheda di rilevazione e un questionario.

La scheda è stata costruita come strumento agevole al fine di conoscere le caratteristiche principali dei servizi, le fonti di finanziamento, le tipologie di servizi offerti, le modalità di lavoro di rete.

Tale scheda è stata inviata a tutti i gruppi del CNCA che gestiscono servizi di bassa soglia, rivolti alla popolazione target del presente progetto, da soli o in partnership con altri enti del pubblico o del privato sociale.

Di seguito si riporta la scheda di rilevazione.

Scheda di rilevazione

1. **Denominazione per esteso**

2. **Indirizzo**

3. **Referente**

4. **Natura giuridica**

- 1. Servizio Pubblico (SerT)
- 2. Ente accreditato
- 3. Ente non accreditato
- 4. Altro (specificare)

6. **Denominazione del Progetto/Servizio:**

7. **Ente Titolare del Progetto/Servizio**

8. **Ente gestore del Progetto/Servizio**

9. **Fonti di finanziamento del progetto/Servizio**

10. **A quale tipologia di servizi appartiene il vostro progetto/servizio? (più risposte)**

- Servizio ambulatoriale
- Equipe territoriale (un'equipe mobile che ha come strumento la relazione e come luogo il territorio e non è dotata di camper o unità mobili per l'accoglienza)
- Unità mobile
- Unità fissa con funzioni legate all'unità mobile
- Servizio di bassa soglia diurno a libera accoglienza (Drop-in)
- Servizio di bassa soglia residenziale a libera accoglienza (Dormitorio)
- Servizio di presa in carico o dell'accoglienza intesa come primo momento di un potenziale percorso terapeutico
- Altro.....

10.1 **giorni di funzionamento a settimana** []

10.2 **orario di funzionamento giornaliero** []

11. **tipologia di servizi forniti** (più risposte)

- 1. Accoglienza
- 2. orientamento e counselling
- 3. mensa e/o docce
- 4. dormitorio
- 5. distribuzione materiale di profilassi (siringhe, profilattici)
- 6. ascolto e sostegno psicologico
- 7. trattamento farmacologico
- 8. sostegno psichiatrico
- 9. invio a servizi di secondo livello

11. **Modalità di integrazione con altri servizi del Privato Sociale**

- 1. di tipo informale - tra operatori
- 2. di tipo formale - esiste una sorta di protocollo di collaborazione
- 3. altro _____

11.1 Se informale:

come è stabilita la collaborazione tra questo servizio e gli enti inviati:

11.2 Se formale:

- 1. In che anno è nata la collaborazione? [][][][][][]
- 2. Ci sono altri enti che rientrano in questo protocollo: sì no

12. **Modalità di integrazione con altri servizi Istituzionali (Ser.T/ Servizi sociali Comune/ Forze dell'Ordine**

- 1. di tipo informale - tra operatori
- 2. di tipo formale - esiste una sorta di protocollo di collaborazione
- 3. altro _____

12.1 Se informale:

come è stabilita la collaborazione tra questo servizio e gli enti inviati:

12.2 Se formale:

- 1. In che anno è nata la collaborazione? [][][][][][]
- 2. Ci sono altri enti che rientrano in questo protocollo: sì no

Tutti i servizi che hanno inviato la scheda compilata hanno costituito l'universo dei servizi da cui si è partiti per analizzare più in dettaglio i servizi e l'utenza.

I dati pervenuti dalla scheda sono stati codificati in formato numerico e inseriti in un database.

La metodologia di analisi è consistita principalmente nella distribuzione di frequenza delle variabili e in tabelle di contingenza di alcune variabili ritenute più significative.

In seguito si è quindi proceduto con la costruzione di un questionario per approfondire le caratteristiche dei servizi, il personale impiegato, i punti di forza e di debolezza del servizio, le modalità di monitoraggio e valutazione, le caratteristiche dell'utenza che si rivolge a tali servizi, i bisogni della suddetta utenza.

Il questionario è stato trasferito sul sito della Soc. Demetra per la compilazione dello stesso on line. Poiché vi era una domanda filtro, che permetteva la compilazione di una parte relativa alla residenzialità del servizio, per semplificare la procedura di compilazione, sono quindi stati costruiti due questionari, uno per servizi residenziali e uno per residenziali, essenzialmente identici tra loro.

Per garantire la privacy delle informazioni, sono state assegnate delle password a entrambi i questionari, preventivamente fatte conoscere a tutti i servizi che avevano risposto alla scheda di rilevazione.

I servizi che hanno compilato il questionario on line hanno costituito il campione dell'indagine. I dati ottenuti su un file di testo sono stati trasferiti sul software SPSS vers. 10.0 e con questo analizzati.

Le metodologie di analisi dei dati utilizzate sono state le distribuzioni di frequenza di tutte le variabili, delle tabelle di contingenza e l'analisi della varianza univariata – analisi delle componenti principali – con variabile indipendente area geografica (nord, centro e sud).

3.2.2 Metodi qualitativi

I metodi impiegati nel presente studio sono quelli del focus group e dell'intervista in profondità.

Il Focus Group

Il focus group è un metodo di intervista di gruppo che utilizza la comunicazione tra ricercatore e intervistati al fine di ottenere più dati. A differenza delle interviste di gruppo, che permettono la raccolta di dati da più persone contemporaneamente, il focus group utilizza esplicitamente l'interazione tra i componenti del gruppo come generatore di dati. Questo significa che il ricercatore non si limita a porre domande al gruppo, il quale risponderà a turno, ma incoraggerà la comunicazione tra i vari membri del gruppo stesso. Questa metodologia è particolarmente utile per esplorare non solo gli atteggiamenti e le opinioni delle persone ma per capire perché la pensano in quel modo.

I focus group furono originariamente usati in studi sulla comunicazione per esplorare il gradimento di programmi televisivi (Merton et al., 1956) e sono via via diventati un metodo comunemente usato per valutare l'efficacia di messaggi di educazione alla salute, esaminando il livello di comprensione sulla malattia e su comportamenti di evitamento della stessa da parte del pubblico (Basch, 1987; Kitzing, 1995).

L'idea di fondo del focus group è il fatto che i processi di gruppo facilitano le persone a indagare su un argomento e a svilupparlo in maniera più approfondita di quanto lo potrebbe fare una persona in modo individuale; tuttavia, se il gruppo esalta le ricchezze individuali secondo il principio gestaltico che il tutto è maggiore alla somma delle parti, si è però esposti al rischio di annichilire le voci di dissenso e la presenza del ricercatore potrebbe inibire alcune persone nell'esprimersi liberamente.

Nel presente studio si è utilizzata tale metodologia nella fase semiconclusiva della ricerca con il duplice obiettivo di arricchire i dati quantitativi precedentemente raccolti e di indagare aspetti sui modelli di rete nel sistema territoriale di interventi per persone TS SFD con l'obiettivo di focalizzare gli elementi caratterizzanti i modelli dei servizi che si rivolgono a questo gruppo target, la rete esistente, le modalità di funzionamento di tale rete, i punti di forza e quelli di debolezza, nonché i bisogni formativi degli operatori al fine di implementare il modello esistente.

Le persone inviate a partecipare al focus group sono stati i responsabili operativi di servizi pubblici e privati, che si rivolgono all'utenza oggetto dell'indagine, di un determinato territorio.

A tal fine si è compiuta un'ulteriore selezione del campione, utilizzando

criteri di rilevanza e di rappresentatività geografica; in altri termini, dopo aver effettuato l'analisi dei dati quantitativi, sono stati selezionati territori che presentassero modelli di rete di servizi peculiari, ma che al contempo fossero diversi tra loro per dimensioni del territorio (città piccola, media, grande e metropoli) e per distribuzione geografica (Nord Est, Nord Ovest, Centro e Sud). Le città che quindi sono state selezionate per effettuare i focus group sono state Varese, Bologna, Roma e Palermo.

Vista la corposità degli argomenti, si è optato per effettuare tre focus group per ciascun territorio.

Il primo Focus Group ha l'obiettivo di compiere l'analisi del territorio. Questo focus è previsto come attività da svolgersi nella fase della ricerca fenomenologica e funge da raccordo tra la prima fase del progetto e la seconda. Il punto di partenza della discussione sono quindi i dati emersi nella prima fase per concludere con una analisi condivisa dei modelli esistenti e della rete attuale. A tal fine sono stati quindi evidenziati i seguenti temi.

1. Quali elementi caratterizzano la vostra realtà, cosa caratterizza i vostri interventi?
2. Quali sono le caratteristiche della vostra utenza (genere, sostanze di abuso, trattamento, stranieri ...)?
3. Quali altre esigenze presentano gli utenti? Quali tra i servizi da voi forniti sono quelli più importanti per i vostri utenti? Oltre ai servizi da voi forniti vi sono richieste di altro tipo?
4. Come rispondete a queste altre esigenze? Come vengono effettuati gli invii?
5. Esiste una rete e come lavora (coordinamento, soggetti, modalità di comunicazione, ...)?
6. Quale servizio (o istituzione) esistente manca nella vostra rete?
7. Quali sono i punti di forza e di debolezza della vostra rete?
8. Come potrebbe funzionare meglio questa rete?
9. Gli operatori necessitano di una formazione più specifica? In quale ambito?

I focus group sono stati condotti da un ricercatore; era prevista la presenza di un osservatore e gli incontri sono stati tutti audioregistrati, previo consenso di tutti i partecipanti.

L'intervista in profondità

Il concetto di intervista qualitativa nasce dalle procedure della *grounded theory* (Glaser & Strauss, 1998), la quale si contrappone all'approccio epistemologico deduttivo, secondo cui i dati vengono raccolti in maniera sistematica e quindi analizzati in base a una metodologia definita a priori. Al tempo stesso la *grounded theory* non sposa la posizione tipicamente induttiva del "naturismo sociologico", che si caratterizza da una totale apertura da parte del ricercatore verso le osservazioni empiriche senza alcuna ipotesi a priori, perché formulabile solo a posteriori.

L'approccio da noi seguito si colloca in maniera intermedia tra i due precedentemente esposti, utilizzando una metodologia induttivo-deduttiva: riteniamo che un'ipotesi a priori sia fondamentale per la raccolta dei dati e per generare la struttura della griglia di intervista, ma la tempo stesso è necessario procedere in maniera flessibile per approfondire tematiche espresse dall'intervistato e rilevanti per lo studio, che non erano precedentemente ipotizzate.

Il modello di intervista utilizzato è quello dell'intervista semistruutturata, secondo cui da una traccia di intervista con domande aperte che definiscono l'argomento su cui si focalizza l'intervista. Da tale traccia di intervista sia l'intervistatore che l'intervistato possono divergere al fine di esplicitare un concetto con maggiore dettaglio. Si sottolinea che l'obiettivo dell'intervista nella ricerca qualitativa è scoprire qual è la struttura dei significati attribuiti dall'intervistato a uno specifico argomento e il compito del ricercatore è quello di evitare di imporre la sua struttura e le sue opinioni nel modo maggiormente possibile. Il ricercatore deve restare il più neutro possibile anche dinanzi a posizioni opposte alle sue credenze e valori. È evidente che un bias prodotto dalla presenza stessa del ricercatore è inevitabile.

Nel nostro studio sono state condotte delle brevi interviste a quindici persone tossicodipendenti che si trovano in condizione di senza dimora da almeno tre mesi. La brevità ci è sembrata una condizione fondamentale per ottenere la disponibilità di persone tossicodipendenti attive a rispondere, e a rispondere in maniera coerente. Le interviste sono state condotte in tre centri notturni per tossicodipendenti della città di Roma. Non sono stati posti criteri di reclutamento eccetto il fatto che su cinque interviste effettuate per centro, una fosse di una donna e una di uno straniero. Per ovvi motivi di privacy è stato garantito il completo anonimato e agli stranieri non sono state

poste domande relative alla clandestinità, che, non essendo comunque rilevanti per gli scopi dello studio, avrebbero spaventato le persone. I ricercatori hanno trascritto le risposte degli intervistati.

Di seguito viene presentata la traccia di intervista seguita.

Data: __/__/__/____ Servizio: _____
Età: [][] Genere: [][]
Nazionalità: _____

1. Come hai conosciuto questo servizio?
2. Da quanto tempo lo frequenti?
3. Cosa trovi di valido in questo servizio e perché?
4. Cosa invece cambieresti e perché?
5. Quali altri servizi frequenti?
6. Cosa pensi della rete dei servizi per persone che usano sostanze e si trovano senza casa a Roma?
Cosa c'è di valido e cosa cambieresti e perché?
7. In questo momento di cosa ritieni aver maggiormente bisogno?

CAPITOLO 4 I RISULTATI DELLA RICERCA

Il quadro emergente rilevato attraverso i dati pervenuti dagli Osservatori sulle Dipendenze è in sintesi il seguente.

– Vi è una cospicua porzione di persone tossicodipendenti che vivono in una condizione di senza dimora in senso lato (cfr. §1.2) che varia tra i vari territori. In particolare tale situazione sembra essere più diffusa in città grandi e metropoli.

– Le persone in carico ai Servizi delle dipendenze sono prevalentemente uomini, di età compresa tra i 35 e i 39 anni.

– Da rilevare il dato fornito dagli Osservatori che rilevano la situazione delle persone tossicodipendenti senza fissa dimora, che offre un quadro di questa popolazione come più giovane rispetto a quella generale in carico ai Servizi e con una porzione femminile più rilevante.

– La sostanza di abuso primaria è l'eroina, ma il pattern di abuso più consueto è quello del policonsumo (alcol, psicofarmaci).

– La patologia della tossicodipendenza si associa fortemente ad altre patologie (droga correlate e di tipo psichiatrico) con un'elevata presenza di comorbidità.

– Non esiste una modalità di raccolta sistematica di informazioni su TD SFD e questo rende i dati dei vari Osservatori difficilmente comparabili.

– I dati forniti sono relativi quasi esclusivamente all'utenza in carico ai servizi pubblici (SerT), pertanto non sono esaustivi per la conoscenza del fenomeno.

4.1 I servizi rilevati

Tutti i servizi che sono stati inclusi nella rilevazione sono servizi di “bassa soglia”, ossia servizi che si caratterizzano come immediatamente vicini ai

bisogni delle persone che sperimentano sulla loro pelle situazioni di alta vulnerabilità sul piano bio-psico-sociale; vulnerabilità che ha a che fare con la salute delle persone, con la condizione mentale, con la capacità di stare in relazione con gli altri e valorizzare le proprie reti relazionali. Sono inclusi in questo tipo di servizi quelli di accoglienza che svolgono una funzione di informazione, di orientamento e di accompagnamento. Spesso sono servizi nei quali l'offerta di aiuto precede, quasi sempre, la domanda: da qui la modalità di andare verso le persone in difficoltà spesso perché nel servizio sono disponibili delle risorse che sono in grado di compiere un'analisi della domanda, anche quando questa è inespressa.

I servizi di bassa soglia sono complementari ai servizi formali di cura: rispondono ad alcune domande molto calibrate sul qui ed ora, instaurano una relazione che non prefigura un contratto né una presa in carico continuativa nel tempo; il rapporto viene giocato nel tentativo di stabilire un qualche grado di significato nella relazione e nello scambio comunicativo. Questi servizi però si connettono ai servizi formali di diagnosi e cura, sono dei facilitatori all'accesso dei servizi che prevedono una presa in carico di più ampio respiro, sulla base di un contratto, che prevedono un trattamento strutturato e sono in buona parte gestiti dall'ente pubblico (SerT, Enti locali).

I servizi di bassa soglia hanno una ragione di essere in quanto sono partner, sono complementari e sono connessi ai servizi formali di cura, di riabilitazione e di reinserimento sociale.

Per quel che concerne le tipologie, possiamo individuare alcune aree: centri di ospitalità notturna, sportelli sociali, centri diurni, mense, docce, lavanderie; questi potrebbero essere rivolti a persone "senza fissa dimora", siano essi alcolisti, tossicodipendenti o altro. E ancora: unità mobili e drop in per tossicodipendenti, prevalentemente consumatori abusanti di eroina e cocaina.

Nella maggior parte dei casi questi servizi nascono e vengono progettati per rivolgersi a dei particolari target; questo si rileva anche per il fatto che vengono utilizzati canali di finanziamento differenziati e specifici. D'altra parte, proprio per la tipologia delle prestazioni offerte che si caratterizzano per essere altamente accessibili e spesso focalizzate sui bisogni primari, nella realtà intercettano e vengono utilizzati dall'utenza più varia, non necessariamente in target rispetto al mandato del servizio. Una delle conseguenze più rilevanti rispetto a questo è che quindi tendono a configurarsi come osser-

vatori non selettivi sulle marginalità. Questo aspetto pone due questioni fondamentali: la prima è che questi servizi vengono fruiti da persone che altri non incontrano, impattano cose che altri non vedono, rilevano un “sommerso o un ri-sommerso”; la seconda è che diventa ancora più ampio il divario tra la complessità delle domande che arrivano e la scarsità delle risposte a disposizione, obbligando quindi i servizi a definire necessariamente dei criteri di esclusione/inclusione per le persone cosiddette “fuori target”.

Un altro aspetto che caratterizza questi servizi è la precarietà: hanno per definizione risorse scarse, spesso sono sperimentali, hanno un alto grado di incertezza e di instabilità. All'interno di un quadro di riferimento di questo tipo però devono garantire un'alta professionalità e un buon rapporto tra qualità e quantità delle prestazioni, per poter essere efficaci in relazione alle marginalità di cui si occupano. Questi servizi devono quindi fare i conti con una continua scelta di allocazione delle risorse limitate a fronte di domande e bisogni in continuo aumento e diversificazione.

Un punto molto dibattuto tra gli operatori che lavorano all'interno dei servizi di bassa soglia sono le competenze professionali necessarie. L'utenza che accede a questi servizi “di frontiera” è estremamente problematica, sia dal punto di vista del quadro clinico sanitario, sia dal punto di vista delle competenze relazionali; è quindi importante poter contare su operatori esperti e capaci di gestire relazioni d'aiuto in situazioni limite, in grado di gestire conflitti e mediazioni anche con il contesto e tra gli utenti stessi. Inoltre, essendo servizi che intervengono all'interno dello snodo di una rete complessa di servizi formali di cura, devono poter interagire con enti di diverse tipologie (dal SerT al Servizio Sociale del Comune, alla Questura.) creando prassi e protocolli, condividendo pratiche di lavoro al fine di migliorare la qualità della vita delle persone che vi accedono. La formazione professionale più classica non sempre riesce a coniugare i saperi necessari allo svolgimento di questo tipo di lavori che richiedono un continuo e costante aggiornamento degli operatori stessi. Inoltre, i contesti e le utenze di cui si occupano richiedono una grande capacità di contenimento delle ansie degli operatori che spesso si trovano nella condizione di non poter contare sulle risorse necessarie per poter rispondere ai bisogni che vengono loro portati, aumentando i fattori di stress già strutturali ed esponendo questi servizi più di altri al turn over degli operatori.

I servizi che hanno compilato la scheda di rilevazione sono stati com-

più spesso 37. La rilevazione è avvenuta in tutta Italia, con una prevalenza del Nord, dove è situato il 43,2% (16) dei rispondenti, mentre il Centro ha costituito il 32,4% (12) e il 24,3 (9) % il Sud.

In dettaglio i Servizi che hanno risposto sono i seguenti:

Nome del Servizio/Progetto	Ente titolare	Ente gestore
“Centro per adulti in difficoltà” : Drop in e Dormitorio - Torino	Associazione Gruppo Abele Torino	Associazione Gruppo Abele Torino
“Access” : Dormitorio - Varese	Comune di Varese	Cooperativa Sociale Lotta contro l'emarginazione (MI)
Unità mobile	ASL Varese	Cooperativa Sociale Lotta contro l'emarginazione (MI)
“Sperare” : Unità Mobile - Gallarate	ASL Varese	Cooperativa Sociale Lotta contro l'emarginazione (MI) + Croce Rossa Italiana
“Zona Franca” : Drop in Varese	Cooperativa Sociale Lotta contro l'emarginazione (Mi)	Cooperativa Sociale Lotta contro l'emarginazione (MI)
“Unità Mobile” : Milano	ASL Città di Milano	Cooperativa Sociale Lotta contro l'emarginazione, Comunità del Giambellino, A77, Lila Milano
“Punto” : Drop In - Bergamo	Cooperativa di Bessimo Albergo Popolare, SERD di Bergamo	Cooperativa di Bessimo BG),
“Drop In” : Cremona	Cooperativa di Bessimo	Cooperativa di Bessimo (BG) + altri
“Progetto Strada” : Unità fissa e Drop In - Brescia	ASL Brescia	Coop di Bessimo (BG) - Coop Il Calabrone (BS)
“Area Accoglienza per persone Senza Fissa Dimora” : Centro di Accoglienza Diurno e Dormitorio – Verona	Coop. Sociale “Comunità dei Giovani” – onlus (VR)	Coop. Sociale “Comunità dei Giovani” – onlus Verona
“Unità di Strada per persone senza fissa dimora” : Trieste	Comunità di San Martino al Campo - Trieste	Comunità di San Martino al Campo - Trieste
“Casa di Ercole” : Dormitorio - Reggio Emilia	Comune Reggio Emilia (RE)	Associazione “Centro Sociale Papa Giovanni XXIII”
“LA TREGUA” : Centro Accoglienza - Reggio Emilia	Associazione “Centro Sociale Papa Giovanni XXIII” (RE)	Associazione “Centro Sociale Papa Giovanni XXIII” (RE)
“Rifugio notturno della solidarietà” : Dormitorio - Bologna	Comune di Bologna	Cooperativa Sociale Centri Accoglienza La Rupe (Bo)
“Isola che non c'è” : Dormitorio per persone punkabestia - Bologna.	Comune di Bologna	Cooperativa Sociale Centri Accoglienza La Rupe (Bo)
“Abba-Stanza” : Laboratorio occupazionale Bologna	Cooperativa Sociale Centri Accoglienza La Rupe (Bo)	Cooperativa Sociale Centri Accoglienza La Rupe (Bo)
“Outsiders” : Unità di Strada – Firenze	Comune Firenze	C.a.t. Cooperativa sociale (Fi) - Associazione Insieme Onlus (Fi) - Associazione Progetto Arcobaleno (Fi)

"Porte Aperte" : Centro Diurno a bassa soglia - Firenze	ASL 10 Firenze Comune di Firenze	Associazione Insieme Onlus (Fi)
"Gulliver" : Unità di Strada - Pisa	Conferenza dei Sindaci Zona Pisana	Cooperativa Sociale Il Cerchio – U.F. SerT Zona Pisana
"Scarpanto" : Centro Diurno a bassa soglia - Roma	Parsec Cooperativa Sociale a r.l. (Roma)	Parsec Cooperativa Sociale a r.l. (Roma)
"Scalo" : Centro Diurno a bassa soglia - Roma	Comune Roma	Parsec Cooperativa Sociale a r.l. (Roma)
"Aldea" : Centro diurno a bassa soglia + Dormitorio - Roma	Comune Roma	Associazione Capodarco, Cooperativa Il Cammino -, Associazione La tenda Roma
"LA NOTTE" : Centro Notturmo - Roma	Comune Roma	Cooperativa a.r.l. ONLUS Magliana '80 - Roma
"Unità di strada" : Roma	Cooperativa a.r.l. ONLUS Magliana '80 - Roma	Cooperativa a.r.l. ONLUS Magliana '80 - Roma
"Atlante" : Centro accoglienza bassa soglia - Roma	ASL RM E	Cooperativa a.r.l. ONLUS Magliana '80 - Roma
"Asylum" : Centro accoglienza bassa soglia - Roma	Comune Roma	Cooperativa a.r.l. ONLUS Magliana '80 - Roma
"Ulises" : Centro accoglienza bassa soglia - Roma	Comune Roma	Cooperativa a.r.l. ONLUS Magliana '80 - Roma
"Centro Di Accoglienza A Bassa Soglia" : Diurno e Notturmo - Perugia	Comune Perugia	CONSORZIO ABN (attraverso le cooperative consorziate "Il Borgo" e "La Rete")
"Time Out" : Centro Diurno Napoli	ASL NA 4	Associazione "Il Pioppo" Onlus
"Solaris" : Centro di prima accoglienza - Somma Vesuviana (Na)	Ufficio di Piano Ambito territoriale Na 12 (Capofila: Comune di Pomigliano D'Arco - Na)	Associazione "Il Pioppo" Onlus
"To Care" : Dormitorio Somma Vesuviana (NA)	Associazione "Il Pioppo" Onlus	Associazione "Il Pioppo" Onlus
"Drop in Center" : Centro Diurno e Notturmo a bassa soglia Napoli	Associazione "Il Pioppo" Onlus	Associazione "Il Pioppo" Onlus
"IL PIOPPO" : Comunità Quartiere - Napoli	Associazione "Il Pioppo" Onlus	Associazione "Il Pioppo" Onlus
"Il delfino" : Unità di Strada Bari	Cooperativa Sociale C.A.P.S. Bari	Cooperativa Sociale C.A.P.S. Bari
"Area 51" : Centro diurno a bassa soglia Bari	Cooperativa Sociale C.A.P.S. Bari	Cooperativa Sociale C.A.P.S. Bari
"Metropolis" : Centro Diurno Palermo	Associazione Lega contro la Droga Onlus - Palermo	Associazione Lega contro la Droga Onlus Palermo
"DROP-IN SERVICE" : Centro diurno a bassa soglia Palermo	DIPARTIMENTO DIPENDENZE ASL. 6 Palermo	FENICE COOPERATIVA SOCIALE a r.l. (PA)

In generale la titolarità dei servizi è per il 54,1% (20) dei casi di enti pubblici, ma la gestione del servizio è in mano a enti del privato sociale. Sebbene non esistano differenze significative per area geografica, tuttavia si riscontra che il Centro è la zona in cui vi è in proporzione la maggior prevalenza di servizi con titolarità pubblica.

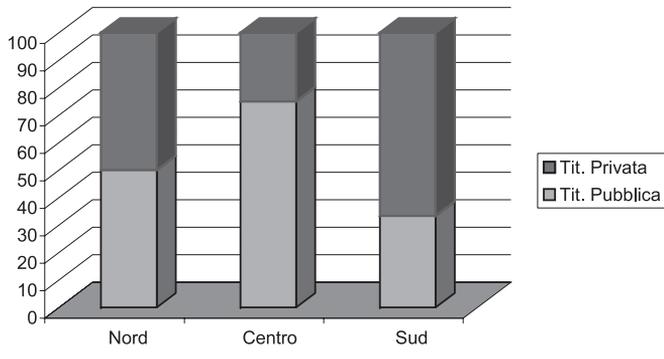


Fig. 2 Distribuzione percentuale del tipo di titolarità per area geografica (n=37)

Si è poi analizzata la tipologia di finanziamento dei servizi: la modalità di finanziamento più frequente sembra essere il Fondo Nazionale di Lotta alla Droga (48%, n=18) ma risulta essere anche determinante il finanziamento dei singoli Comuni (37,8%; n=14), spesso attraverso i Piani di Zona. Anche in questo caso non si registrano differenze significative tra nord, centro e sud, sebbene in quest'ultimo vi sia una prevalenza di finanziamenti a valere sul FNLD.

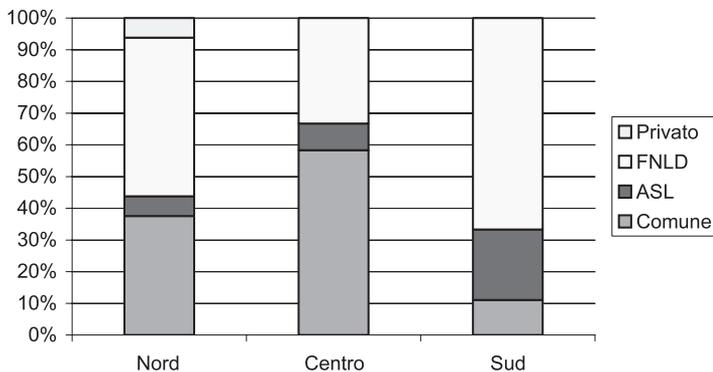


Fig. 3 Distribuzione percentuale del tipo di finanziamento (n=37)

I servizi rispondenti risultano essere multifunzionali: i rispondenti infatti identificano più tipi di servizi per il medesimo progetto/servizio, come riportato nella tabella 2, dove il totale percentuale è maggiore di 100, poiché erano possibili più risposte. Come si evince dalla tabella, comunque, la tipologia prevalente risulta essere il drop in o centro a bassa soglia diurno.

Tab. 2 Servizi di appartenenza

Tipo di servizio	N	%
S. Ambulatoriale	1	2.7
E. territoriale	3	8.1
UdS	8	21.6
Unità fissa	4	10.8
Drop in	26	70.3
Dormitorio	11	29.7
Accoglienza	12	32.4
Altro	4	10.8
Totale	69	186.5

Incrociando la tipologia del servizio per l'area geografica emerge come i dormitori risultino equamente distribuiti nel territorio nazionale, come il servizio di "unità fissa", ossia un servizio di unità mobile non itinerante, sia più diffuso al Centro, e come un servizio di accoglienza intesa come primo momento di un potenziale percorso terapeutico sia più tipico del Sud (Fig. 4). Inoltre, si sottolinea come un servizio più propriamente sanitario, quale quello del servizio ambulatoriale, che come espresso nel §2.2 non è propriamente un servizio di prossimità, sia presente solo al Sud.

Per ciò che riguarda le prestazioni erogate, l'orientamento e il counseling risultano essere effettuati da quasi la totalità dei servizi, così come l'invio a servizi di secondo livello e l'ascolto della persona. Le prestazioni erogate sono riportate nella tabella seguente.

Tab. 3 Prestazioni erogate

Prestazioni erogate	N	%
Accoglienza	31	83.8
Counseling	34	91.9
Mensa/doccia	20	54.1
Dormitorio	13	35.1
Mat. profilassi	25	67.6
Ascolto	32	86.5
T. farmacologico	5	13.5
Sost. psichiatrico	3	8.1
Invio	33	89.2
Totale	165	445.9

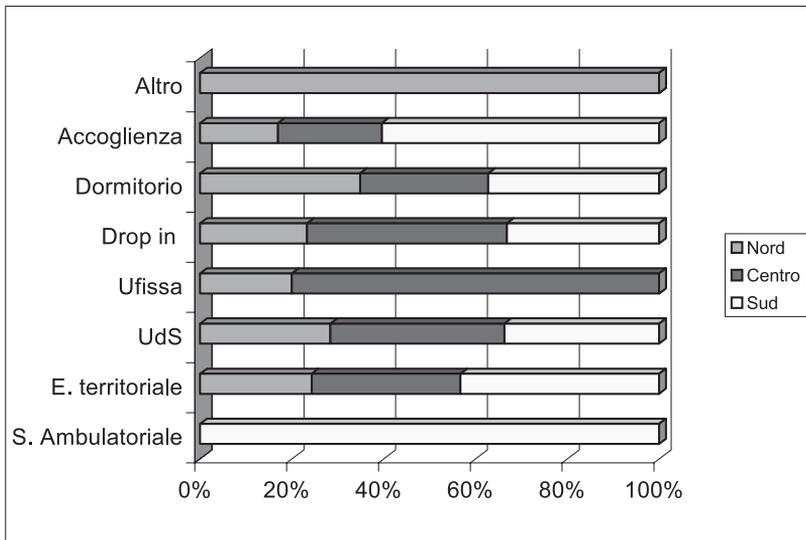


Fig. 4 Distribuzione percentuale di servizio per area geografica (n=37)

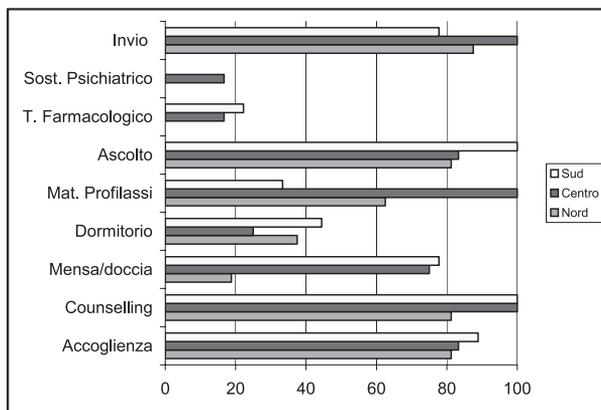


Fig. 5 Distribuzione percentuale delle prestazioni per area geografica (n=37)

Analizzando anche per il dato relativo alle prestazioni le differenze per area geografica riportate nella fig. 5, si evidenzia una tendenza generale dei servizi a fornire le medesime prestazioni, in quanto tutti i servizi rispondenti erogano prestazioni di orientamento e counseling, materiale di profilassi, ascolto e invio a servizi.

Ciononostante, i servizi riportano un'integrazione con altri servizi, sia del privato sociale che del pubblico; la differenza principale sta nel fatto che con i primi si tende ad avere una modalità di raccordo di tipo informale, tra operatori, mentre con i secondi si utilizzano strumenti ben definiti, quali convenzioni e/o protocolli di intesa.

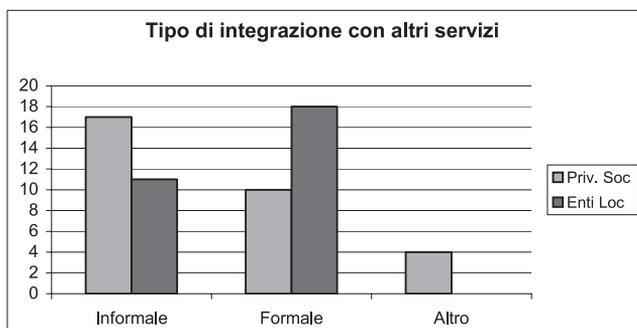


Fig. 6 Distribuzione del tipo di integrazione con enti locali oppure del privato sociale (n=37)

Tra le tre aree geografiche le maggiore differenza è al Sud, dove persiste la modalità informale di integrazione anche con gli enti pubblici.

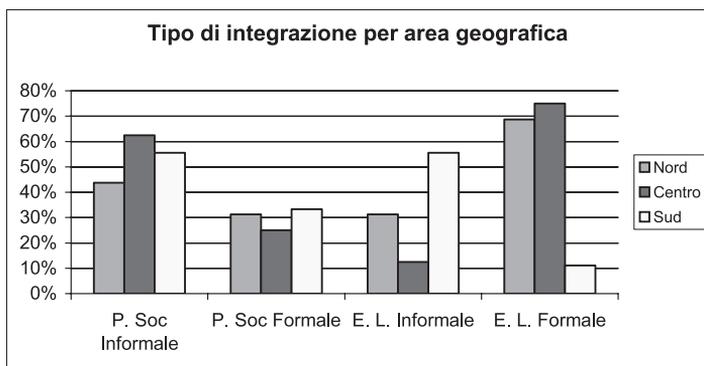


Fig. 7 Distribuzione del tipo di integrazione per area geografica (n=37)

4.2 I servizi rispondenti al questionario

Dei 37 servizi rispondenti alla mappatura solo 23 (62,2%) hanno poi compilato il questionario dettagliato sul servizio e sull'utenza.

Denominazione del Progetto/Servizio:	Ente Titolare del Progetto/Servizio:
Progetto "Gulliver"	Conferenza dei Sindaci Articolazione Zonale Pisana - U.F. SerT di Pisa
Drop-in Service	Dipartimento Dipendenze Patologiche AUSL 6 Palermo
Unità di Strada per persone senza fissa dimora	Comunità di San Martino al Campo Trieste
Asilo notturno	Comune di Verona
Asilo notturno	Comune di Verona
Centro di accoglienza diurno per persone senza fissa dimora	Comune di Verona
Centro Diurno "Area 51"	C.A.P.S. Bari
"Unità di strada "Il Delfino"	C.A.P.S. Bari
Centro Diurno a bassa soglia "Porte Aperte Aldo Tanas"	Azienda ASL 10 Firenze Comune di Firenze

Drop-in. Servizio a bassa soglia per persone in difficoltà	Associazione Gruppo Abele Onlus
Unità di strada "Outsiders: interventi di recupero di gruppi marginali nel territorio fiorentino"	Comune di Firenze
Casa di Ercole	Comune di Reggio Emilia
CPA, Centro Diurno Scarpanto	Parsec Cooperativa Sociale a.r.l. Roma
Centro di Prima Accoglienza Roma Centro Scalo	Parsec Cooperativa Sociale a.r.l. Roma
Abba-Stanza	Centro Accoglienza La Rupe Bologna
Centro Notturmo per Tossicodipendenti	Agenzia Comunale per le Tossicodipendenze Comune di Roma
Progetto Strada	ASL Brescia
Zona franca2	Coop. Lotta Contro l'Emarginazione Varese
PUM	ASL Varese
Comunità "Casa don Carlo"	Associazione Progetto Essere Padova
Casa di ospitalità notturna a bassa soglia	Comune Torino - Gruppo Abele Torino
Comunità "La Tregua"	Associazione "Centro Sociale Papa Giovanni XXIII" Reggio Emilia
Isola che non c'è (Progetto Punkabestia)	Comune di Bologna Settore Sicurezza

Il campione risulta pertanto costituito da servizi di bassa soglia, come riportato nella tabella 4. Risulta subito evidente la non rappresentatività geografica di tale campione rispetto all'"universo" (i servizi mappati), poiché il Nord costituisce il 60% dei servizi rispondenti, quando nella fase precedente esso rappresentava il 43,2% del totale. Inoltre non risultano rappresentate le unità di strada e tutti quei servizi che non hanno una modalità sistematica di registrazione e descrizione dell'utenza in carico. In sintesi, quindi il campione non risulta essere descrittivo della realtà di servizi emersa nella prima fase della ricerca e riteniamo che questo sia dovuto alla tipologia dei dati richiesti dal questionario che presumibilmente non tutti i servizi sono stati in grado di fornire. Tuttavia, si è proceduto ugualmente con l'elaborazione dei dati del questionario sia perché comunque non sappiamo

se il campione della prima fase sia veramente “uno spaccato” dell’esistente, in quanto non esiste un archivio italiano di servizi a bassa soglia, e in secondo luogo non ci risultano a tutt’oggi ricerche pubblicate sullo stato dell’arte di servizi di bassa soglia rivolti a TD SFD.

Tab. 4 Descrizione del campione

	N	%
<i>Distribuzione per area geografica</i>		
Nord	14	60,9
Centro	6	26,1
Sud	3	13,0
Totale	23	100,0
<i>Tipologia di servizio</i>		
Drop In	11	47,8
Centro Diurno	7	30,4
Centro Notturno	5	21,7
<i>Prestazioni erogate (modalità)</i>		
Analisi della domanda	19	82,6
Filtro e orientamento	22	95,7
Trattamento farmacologico	2	8,7
Prestazioni mediche	6	26,1
Interventi di riduzione del danno	14	60,9
Psicoterapia	2	8,7
Supporto psicologico	12	52,2
Segretariato sociale	19	82,6
Informazione sanitaria	18	78,3
Counselling MST	16	69,6
Counselling telefonico	11	47,8
Laboratorio	12	52,2
Orientamento e formazione professionale	3	13,0
Inserimento lavorativo	3	13,0
Servizio mensa	8	34,8
Servizio doccia	16	69,6

I servizi risultano essere gestiti prevalentemente (87%) da enti del privato sociale e nei restanti casi (13%) da enti locali (ASL o Comune). Si tratta di servizi che forniscono prestazioni in qualità di Drop in, Accoglienza diurna e Accoglienza notturna.

Le prestazioni sono quindi soprattutto a carattere sociale, ma anche le prestazioni sanitarie in senso lato (includendo quindi la distribuzione di materiale di profilassi e invio a servizi sanitari) sono una caratteristica specifica di questo tipo di servizi.

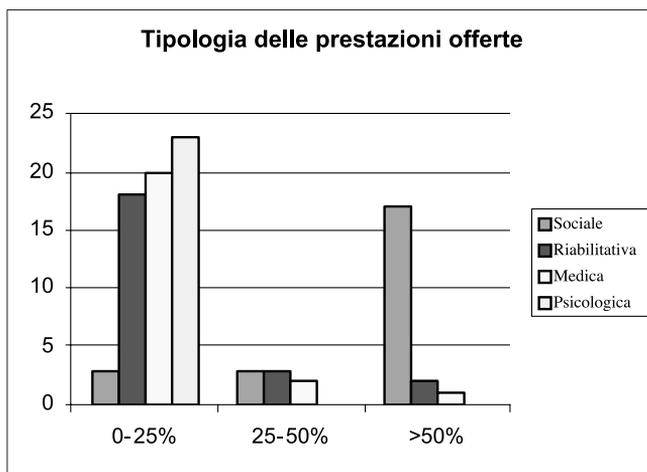


Fig. 8 Distribuzione delle prestazioni offerte

Al fine di evidenziare delle differenze tra le tre aree geografiche sono stati costruiti due indicatori sintetici, mediante un'analisi fattoriale con Rotazione Varimax. Questo metodo ha permesso di individuare due fattori, espressi come combinazione lineare delle variabili in studio, ossia in questo caso per quelle alle prestazioni erogate dai servizi (item 14-31). I due fattori risultanti hanno una capacità informativa simile alle variabili, ma sono numericamente inferiori al numero delle variabili. Questo ci ha permesso di stimare eventuali differenze nelle prestazioni erogate rispetto alla variabile "locazione geografica" (nord, centro e sud). A tal fine è stata utilizzata l'analisi della varianza (metodo ANOVA – one way) utilizzando come variabile

indipendente la locazione geografica e come variabili dipendenti i due fattori precedentemente costruiti con l'analisi fattoriale.

Come riportato nelle seguenti tabelle (Tab. 5 e 6) emerge che esistono delle differenze significative per area geografica relativamente all'area prioritaria di intervento (sociale, riabilitativa, medica, psicologica) nel tipo di prestazione erogata.

Tab. 5 Risultato dell'Anova per l'indicatore "Area della Prestazione"

Tipo	N	Media	Errore std.	p
Nord	14	-0.45615	0.401034	0.033
Centro	6	0.387449	0.738793	
Sud	3	0.745589	0.289224	

I servizi del Nord sono caratterizzati da un'offerta per tipo di prestazione meno varia: i servizi tendono a essere ben definiti come servizi sanitari, di supporto psicologico oppure con valenza prettamente sociale per cui ogni servizio è caratterizzato da una gamma di prestazioni ben specifiche; al contrario al Sud le offerte si situano su uno spettro più ampio e multifunzionale.

Tab. 6 Risultato dell'Anova per l'indicatore "Modalità della Prestazione"

Fattore "Modalità della prestazione"	N	Media	Errore std.	p
Nord	14	0.032818	0.630194	0.032
Centro	6	0.770665	0.800798	
Sud	3	-1.650723	1.969337	

Analogamente a quanto sopra esposto la gamma di prestazioni presenta delle differenze geografiche: al Centro si ha la più ampia varietà di prestazioni.

Per ciò che concerne il personale, esso è composto mediamente da circa 7 unità, con una prevalenza di educatori professionali (82,6%) e di operatori di base (60%). È minima la presenza di persone in servizio civile (4,3) e infermieri (8,7) ma è piuttosto bassa anche la presenza di operatori con formazione "sociale" come sociologi (17,4) e assistenti sociali (17,4).

Il 52% delle strutture rispondenti impiega operatori con esperienze risolte di tossicodipendenza; la metà di essi ha effettuato con successo il percorso terapeutico in comunità affiliate al medesimo Ente del privato sociale dove ora prestano servizio.

Considerando l'utenza giornaliera media e il numero medio di operatori, si ottiene il rapporto tra operatori e utenti che risulta essere pari a 1:19. Anche per questo dato abbiamo registrato delle differenze significative tra le medie (tab.7), per cui se al Centro e al Sud il numero medio di personale impiegato si aggira intorno alle 10 unità, al Nord questo numero si abbassa significativamente. Crediamo di poter correlare questo dato anche con la maggior specificità di servizi e prestazioni fornite al Nord

Il metodo impiegato è stato anche in questo caso quello dell'Anova one way, dove la variabile indipendente è la locazione geografica e quella dipendente è proprio il numero di operatori impiegati.

Tab. 7 Risultato dell'Anova per l'indicatore "personale impiegato"

Nr. Personale impiegato				
	N	Media	Errore std.	p
Nord	14	6,7	1,422439	0,033
Centro	6	10,16667	2,271808	
Sud	3	9,666667	1,666667	

I servizi del nostro campione hanno un ottimo livello di monitoraggio degli interventi e spesso anche di procedure di valutazione dei processi e degli esiti. Non sappiamo se questa attenzione al monitoraggio e alla valutazione sia diffusa in tutti i servizi o sia un bias di selezione. Il questionario infatti prevedeva una batteria di domande sulle caratteristiche dell'utenza e sulle sue dimensioni numeriche; è pertanto possibile che solo i servizi in grado di fornire agevolmente questi dati abbiano risposto al questionario, creando quindi un'autoselezione del campione.

Nell'87% dei casi esiste un sistema informativo nel servizio. Esso consiste prevalentemente nella messa a punto di strategie di sviluppo condivise dall'équipe (78%), nella creazione e compilazione di una scheda di rilevazione sul servizio e sull'utenza (74%). Tale scheda viene elaborata statisticamente e diffusa mediante report oppure in momenti di discussione e confronto interni.

L'analisi che compiono gli operatori relativamente ai loro servizi fa emer-

gere quali punti di forza il lavoro in équipe multidisciplinare, modalità che caratterizza i servizi a bassa soglia, l'integrazione con altri servizi in un'ottica di lavoro di rete e la professionalità degli operatori. Nel seguente grafico vengono riportate le differenze percentuali tra i punteggi attribuiti ai punti di forza (valore positivo) e quelli di debolezza (valore negativo). Risulta evidente che il maggior punto di debolezza sono le risorse economiche e in misura minore la formazione degli operatori che sono già in servizio.

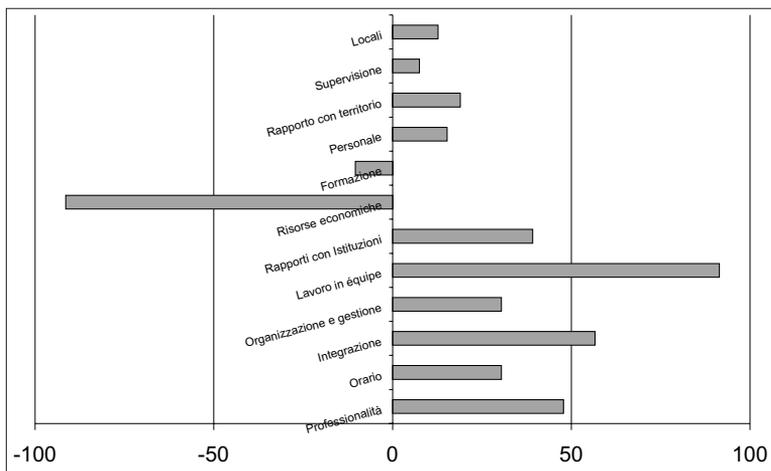


Fig 9 Distribuzione dei punteggi: punti di forza e di debolezza dei servizi

I servizi si occupano di persone con problemi di abuso in maniera esclusiva (35%), in maniera prevalente (52%) o in modo marginale (13%).

Caratteristiche dell'utenza

Complessivamente l'utenza in carico ai servizi del campione è pari a 3.227 unità. Questo dato non comprende però l'utenza del servizio gestito dal Gruppo Abele a Torino, poiché in questo caso i dati forniti non riguardano le persone bensì i contatti. Tale dato, che era pari a 21.280 contatti in

un anno, non solo non era un dato corretto (si tratta di contatti e non di persone, per cui se la medesima persona frequenta il servizio 100 volte in un anno essa viene registrata per 100 volte), ma avrebbe inoltre falsato tutte le altre informazioni vista l'ampia numerosità.

Nella figura 10 viene riportato un grafico sulla capacità del servizio:

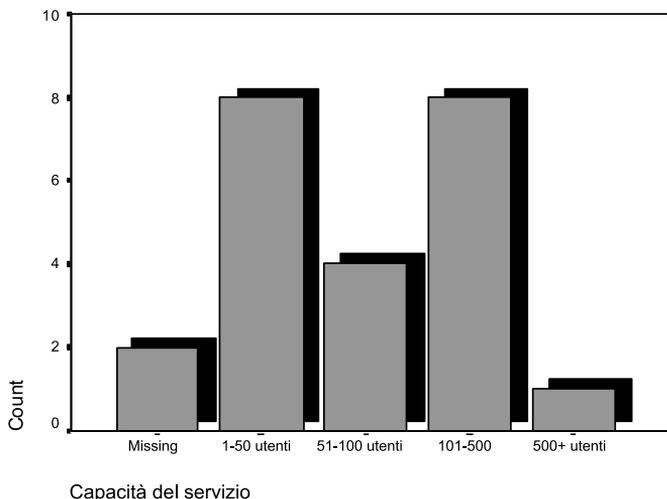


Fig. 10 Distribuzione dei servizi per range di capacità

Le caratteristiche complessive dell'utenza sono riportate nella tabella seguente. È interessante notare le differenze di genere tra l'utenza solo TD e quella TD SFD¹. Tra le donne TD, che complessivamente rappresentano il 20% dell'utenza, quelle anche in situazione SFD sono più della metà, mentre tutte le persone transessuali TD risultano essere anche in stato di senza dimora. Ovviamente riteniamo che tale dato sia casuale, ma comunque indicativo della difficoltà di trovare alloggio per persone portatrici di maggiori problematiche e soggette a rischio di maggior esclusione sociale.

¹ Per persone senza dimora si intende persone che non hanno un'abitazione stabile da almeno tre mesi.

Tab.8 Caratteristiche dell'utenza

	N	%
Maschi	2578	79,9
Femmine	622	19,3
Transessuali	27	0,8
Totale	3227	100,0

Utenza SFD		% sul totale
Maschi	1182	45,8
Femmine	354	56,9
Transessuali	27	100,0
Totale	1563	48,4

Classe di età prevalente SFD	
Maschi	28-37 anni
Femmine	28-37 anni
Transessuali	18-27 anni
Totale	28-37 anni

Stranieri SFD		
	805	24,9
di cui: Nord Africa		80,0
Est Europa		20,0

Rispetto al 2002 l'utenza di TD SFD è aumentata per il 40% dei rispondenti facendoci desumere un trend in aumento del fenomeno. Come verrà esposto nel paragrafo seguente, inoltre, si registra comunque un aumento della popolazione SFD in generale, dovuto all'aumento di fasce di popolazione che vivono in condizioni di grande disagio economico e alloggiativo.

Per quello che riguarda le problematiche sanitarie emerge un'alta prevalenza di poliassuntori, dove l'eroina viene sovente associata all'alcol, alla cannabis e agli psicofarmaci.

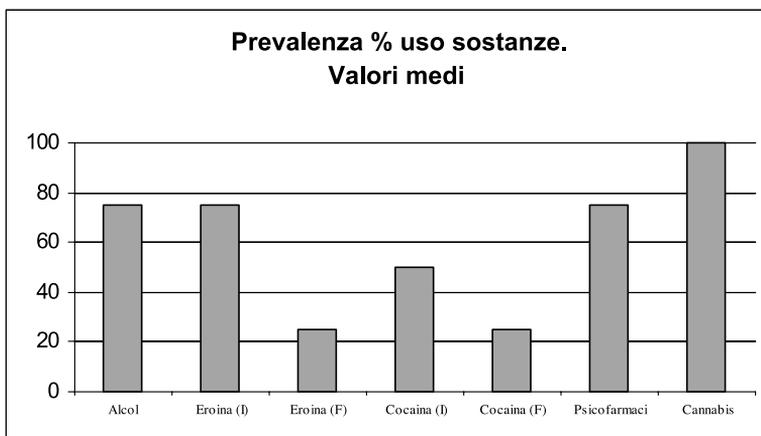


Fig. 11 Distribuzione per tipo di sostanza consumata

Come per i servizi, si è proceduto con la costruzione di un indicatore sintetico mediante una procedura di Analisi fattoriale con Rotazione Varimax che ci ha permesso di ridurre il numero di variabili pur non abbassando la loro capacità informativa. L'analisi fattoriale è stata impiegata con le variabili relative alle informazioni sulle sostanze utilizzate dall'utenza al fine di verificare eventuali differenze significative per aree geografiche al fine di ipotizzare interventi diversi in funzione dei pattern di uso specifici. È stata quindi effettuata l'ANOVA one way, con la variabile indipendente "locazione geografica" e con variabile dipendente il fattore risultante dall'analisi fattoriale. Come espresso dalla tabella 10, non si registrano delle differenze significative, ma comunque il policonsumo è registrato in misura minore dai servizi del Nord.

Tab. 10 Risultato dell'Anova per l'indicatore "Poliassunzione"

	N	Media	Errore std.	p
Nord	14	-0.31373	0.405819	0.723
Centro	6	0.161651	1.111431	
Sud	3	0.722461	1.70356	

Rispetto alla compresenza di altre patologie, gli operatori riportano che oltre la metà dei loro utenti sia affetto da HCV e in misura inferiore da HBV e HIV, mentre, per ciò che concerne le patologie mentali, viene messo in risalto come quelle psicologiche oppure quelle psichiatriche minori siano diffuse nella popolazione in esame. La figura 12 riporta le principali comorbidità.

Anche in questo caso è stato creato un indicatore sintetico con la medesima procedura per verificare eventuali differenze nella distribuzione delle patologie droga correlate rispetto alle tre aree geografiche (metodo Anova-one way): anche in questo caso non si rilevano differenze significative, sebbene siano gli operatori del Nord Italia a riportare una maggiore prevalenza di comorbidità nella loro utenza (tab.11).

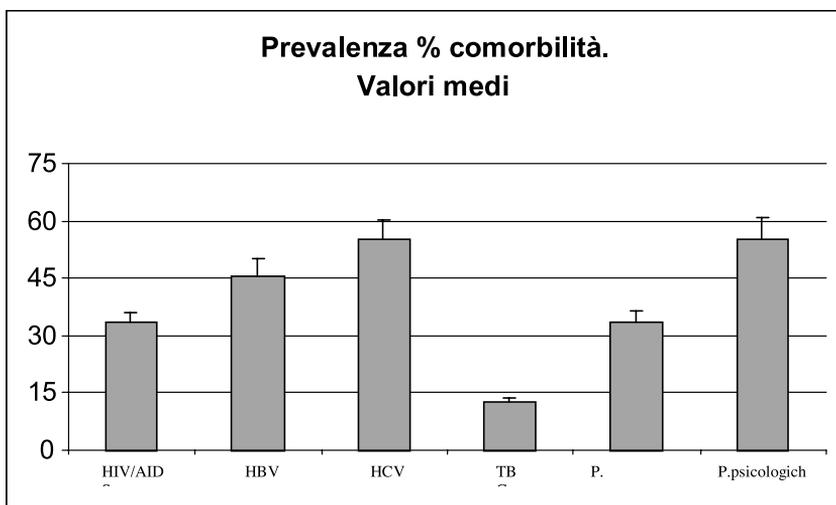


Fig. 12 Distribuzione delle comorbidità

Tab. 11 Risultato dell'Anova per l'indicatore "Presenza di comorbidità"

	N	Media	Errore std.	p
Nord	14	0.196256	0.340182	0.534
Centro	6	-0.16871	0.650956	
Sud	3	-0.31677	1.415132	

La differenza non è significativa, ma si registra una presenza di più comorbilità al Nord.

Si è poi chiesto agli operatori quali siano le richieste più frequenti che l'utenza TD SFD fa ai servizi. Come è rappresentato nel grafico 12, l'utenza esprime una generica richiesta di aiuto, seguita da un bisogno di ascolto e da un momento di tregua dalla vita di strada. Riteniamo anche rilevante la frequenza di richieste relative all'inserimento lavorativo che risultano essere paritarie alla necessità di un alloggio. I bisogni sociali quindi sono percepiti come prioritari rispetto a quelli sanitari e questo sottolinea l'importanza di servizi a bassa soglia dove le persone possono trovare un momento e uno spazio per allontanarsi dalla strada, indipendentemente dall'astenersi dall'uso di sostanze.

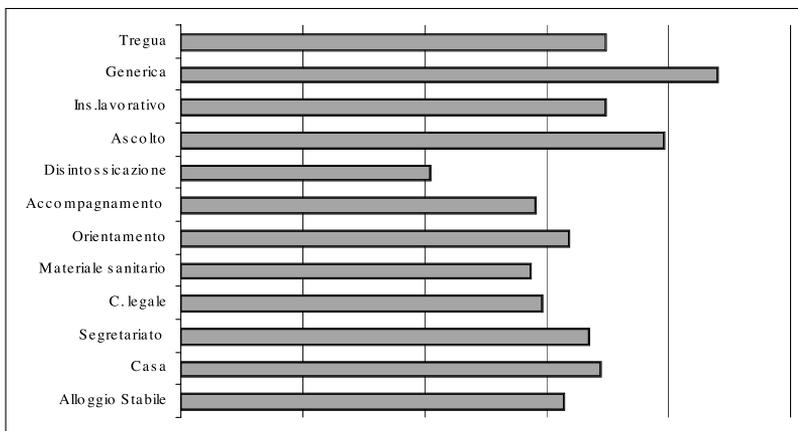


Fig. 12 Richieste dell'utenza

In estrema sintesi, i nostri risultati sono in linea con quelli presentati da altri studi (Acosta, cit.) dove il soddisfacimento dei bisogni primari risulta quindi essere prioritario su altri tipi di bisogni e soprattutto rispetto a quello di cura della dipendenza.

Attraverso un indicatore sintetico² dei bisogni dell'utenza è stato verifi-

² L'indicatore sintetico è stato creato mediante una procedura di analisi fattoriale. Il fattore estratto è quello con maggior saturazione rispetto agli item originali. Tale fattore

cato se esiste una differenza significativa tra le aree (Anova one way). I risultati dell'analisi della varianza sono esposti nella tabella 12, dove si nota che esiste una differenza significativa rispetto alla numerosità di bisogni dell'utenza: al Sud le persone hanno un maggior numero di bisogni differenti tra loro.

Tab. 12 Risultato dell'Anova per l'indicatore "Bisogni utenza"

	N	Media	Errore std.	p
Nord	14	-0.33528	0.436278	0.017
Centro	6	-0.54105	1.097765	
Sud	3	2.199681	0.469156	

L'ultimo item del questionario era relativo alla modalità di accesso ai servizi; tale item prevedeva una modalità di risposta multipla, poiché le persone possono accedere al servizio attraverso differenti canali. La distribuzione delle frequenze delle risposte mette in luce l'importanza del libero accesso, quindi del "passa parola" tra utenti quale forma di comunicazione e pubblicizzazione del servizio. Riteniamo però che sia parimenti importante l'invio al servizio da parte di strutture pubbliche: questo è un indicatore di un buon funzionamento della rete, dove le strutture pubbliche assolvono compiti medico farmacologici e i servizi di bassa soglia soddisfano bisogni più di tipo sociale in un'ottica di differenziazione-integrazione tra servizi.

Tab. 13 Distribuzione per modalità di accesso

Invio da:	N	%
Stutture Pubbliche	15	65,2
Stutture Private	7	30,4
Libero accesso	16	69,6
Invio tra pari	11	47,8

si associa quindi con tutti gli item eccetto per l'item "consulenza legale". L'indicatore risultante, pertanto, non include questo item.

4.3 Analisi delle reti di servizi

In seguito all'analisi dei dati quantitativi, si è svolta un'indagine qualitativa in quattro città campione: Varese, Bologna, Roma e Palermo. In ognuna delle città sono stati condotti tre focus group con i referenti dei servizi che si rivolgono a persone TD SFD al fine di indagare sui modelli di rete esistenti.

Nello specifico hanno partecipato all'indagine i seguenti servizi:

VARESE:

- Drop in, Cooperativa Lotta contro l'Emarginazione
- Unità Mobile, Cooperativa Lotta contro l'Emarginazione
- Comune di Varese, ufficio adulti in difficoltà
- SerT Varese
- Caritas Varese

BOLOGNA:

- sportello sociale Comune di Bologna; Coop. Nuova Sanità
- unità di aiuto Comune di Bologna; Coop. Nuova Sanità
- unità di strada; SerT ASL di Bologna
- Centro Ascolto; Caritas
- dormitorio Il Rifugio; Coop La Rupe
- Servizio per punkabestia; Coop La Rupe
- progetto Abba-stanza, Coop La Rupe
- avvocato di strada; Ass. Piazza Grande
- servizio di reinserimento socio-lavorativo; Coop. La Strada
- servizio sociale adulti Comune di Bologna, Coop. Dolce
- Centro di Accoglienza; Opera Padre Marella

ROMA:

- Centro Prima Accoglienza (CPA) Scalo, Parsec
- CPA Aldea
- CPA notturno e diurno, Magliana 80
- CPA e UDS Tartaruga
- III municipio, servizio sociale area adulti
- SerT di P.zza Cinque Giornate
- Agenzia Comunale Tossicodipendenze
- Fondazione Villa Maraini

- Sala Operativa Sociale Comune Roma
- Comunità di S. Egidio
- DSM Via Boemondo ASL RMA
- Accoglienza alcolisti e tossicodipendenti, Istituto S. Gallicano
- Ospedale Spallanzani
- SerT Rebibbia

PALERMO:

- Cooperativa Sociale Azzurra
- Drop-in(Cooperativa Fenice)
- Centro di accoglienza per Senza fissa dimora
- Commissariato di Bagheria
- Polizia Polfer c/o Stazione Ferroviaria di Palermo
- Casa dei Giovani
- U.S.L. 6 Dipartimento Dipendenze Patologiche
- Camper Amico
- Prefettura di Palermo
- Lega Contro la Droga- Metropolis
- CISS (Cooperazione Internazionale Sud Sud)
- ANLAIDS
- Missione Speranza e Carità

Caratteristiche dell'utenza

In tutte e quattro le città l'utenza target è costituita da persone tossicodipendenti poliassuntori con una lunga storia di problemi di droga, spesso accompagnata da problemi psichiatrici e da isolamento sociale. Il fenomeno viene osservato complessivamente e in tutte e quattro le città in forte crescita dove la persona SFD tossicodipendente è oggi maggiormente isolata e lontana dai servizi malgrado sia portatrice di un disagio sempre più articolato e complesso che necessita di più aree e livelli di intervento.

Da tutti gli operatori viene percepita come consistente la percentuale di persone straniere, per le quali risulta ancora più difficile un intervento, visto il problema dei documenti. Ad eccezione del territorio di Varese, dove molti TD risultano comunque essere occupati, in generale la percentuale dei disoccupati è molto alta.

In tutti i territori, inoltre, si sta sempre più diffondendo il fenomeno di mancanza di dimora tra soggetti che stanno ora affrontando il problema della cosiddetta “nuova povertà” e che sono ad alto rischio di esclusione sociale, nonché a fare uso di sostanze, tra cui si segnala l'alcol. Si tratta di persone che l'attuale crisi economica ha portato ai margini della società e che se non supportata in tempo potrebbe rischiare l'esclusione sociale, persone su cui è importante intervenire precocemente per evitare soprattutto il rischio di cronicizzare il loro status. Una ricerca specifica effettuata dall'Istituto San Gallicano di Roma su “La condizione di salute delle persone senza fissa dimora” ha dimostrato che è estremamente più facile il loro reinserimento psico-sociale se avviene nel primo anno della condizione di senza dimora, mentre molto più difficile risulterà più lunghi sono gli anni di permanenza in strada.

Infine, si segnala una particolare utenza presente in maniera consistente solo a Bologna, tra le quattro città campione, i cosiddetti “punkabestia”, ossia persone che hanno problemi di dipendenza conseguenti alla loro scelta di vivere in gruppo e in strada. È una popolazione metropolitana che ha scarsi contatti con i servizi. La peculiarità di Bologna è che, grazie all'esistenza de “L'Isola che non c'è”, struttura rivolta a questa tipologia d'utenza, in cui è possibile accogliere anche i cani, si è avuto l'aggancio con questa popolazione. Il consumo di sostanze è di tipo poliabuso e le sostanze utilizzate sono eroina, amfetamine, cocaina e alcol. È una popolazione caratterizzata da un basso tasso di criminalità, poiché il recupero di denaro avviene mediante richiesta ai passanti (“scollettano”), “performance di strada” (giocolieri, mangiafuoco), vendita di hashish. I “punkabestia” vivono con i cani, sono una popolazione nomade, ma fino a un certo punto, caratterizzata da un senso di appartenenza di tipo tribale. Hanno in genere un basso livello di istruzione ma, diversamente dalla popolazione tossicodipendente generale, hanno altri interessi, come ad esempio la musica. Mostrano inoltre buon livello di compliance alle cure sanitarie, per cui sono i pazienti TD meno problematici, anche se necessitano di una grande flessibilità (ad es. affidamento del metadone). Se si mandano a servizi con soglie più alte si rischia di perderli. Nel loro gruppo attuano il controllo sociale (ad es. si autogestiscono le overdose). Vi sono anche stranieri.

Di fronte a questa utenza multiproblematica, che ha bisogno di tipo alloggiativo, sociale, sanitario, in tutti i territori sono stati creati dei servizi per rispondervi, sebbene in alcuni casi in maniera più integrata ed in altri

più parcellizzata e frammentaria, in altri tentando ogni singolo servizio una presa in carico tout court.

I bisogni che vengono principalmente soddisfatti sono quelli di un alloggio, sebbene temporaneo (non in tutti i casi) e di un pasto caldo.

Se il bisogno alloggiativo, essendo un bisogno primario, è sicuramente quello più rimarchevole, non è certo da meno della necessità di avere una residenza anagrafica: senza residenza non c'è il rilascio della carta di identità; senza carta di identità non c'è libretto sanitario e accesso al Sistema Sanitario Nazionale, né all'assistenza sociale di territorio.

Un altro bisogno evidenziato è la possibilità di accesso a tutte le cure sanitarie e quindi non solo il trattamento farmacologico con farmaci sostitutivi. A questo proposito è stata più volte sottolineata la scarsa collaborazione con i DSM territoriali per le diagnosi (e quindi le cure) di tipo psichiatrico.

Un ulteriore bisogno non sempre soddisfatto è rappresentato dalle scarse opportunità presenti su quasi tutti i territori (ad eccezione di Varese) per venire incontro ai bisogni di inserimento lavorativo. Il caso di Bologna – progetto AbbaStanza – è visto con interesse da tutti, anche se non si tratta di vero inserimento lavorativo, ma di produzione di lavoro a tempo. Sempre a Bologna citiamo l'esperienza della Cooperativa di tipo B “Piazza Grande”, dove gli utenti operano come operatori “pari” nelle strutture a bassa soglia della città.

In tutti i territori si avverte una difficoltà a prendere in carico persone che sono in una fase reattiva rispetto alla propria condizione di tossicodipendenza di strada, ossia a soddisfare bisogni di secondo livello, non semplicemente di accoglienza, che permettano alla persona di ricostruire la sua identità sociale. È emersa la generale carenza di un sistema intermedio di risposte che possa aiutare e facilitare l'emancipazione da uno stato di estremo disagio e criticità ad un livello di maggiore benessere e che obbliga quindi i servizi di pronta accoglienza per le tossicodipendenze che accolgono SFD a svolgere necessariamente una semplice funzione di contrasto all'emergenza.

Le reti dei servizi

Non ci è possibile parlare di un solo tipo di rete, ma di varie tipologie che risentono delle differenze culturali, amministrative e del territorio (inteso

anche in senso geografico) di riferimento. Non esiste pertanto un modello unico, ma modelli che sono “nati e cresciuti” in seno a particolarità specifiche. Questo dimostra quanto la rete sia non un meccanismo *deus ex machina*, quanto proprio una modalità che nasce da un dato territorio e che da esso viene implementata.

A Varese, quindi, la rete è fatta principalmente da un gruppo di persone, rappresentanti di enti pubblici e del privato sociale, che si conoscono e interagiscono in maniera molto informale tra loro, sebbene supportati da protocolli di intesa formali. L'informalità segue qui prassi consolidate e quindi in qualche maniera sistematiche, anche se gli operatori lamentano un coordinamento ufficiale della rete che andrebbe eseguito dal Comune.

A Roma, in qualche misura la rete ha degli aspetti simili a quella varesina, dove i contatti fra i nodi avvengono genericamente in modo sistematico, ma il successo sembra essere legato più alla buona volontà e disponibilità di operatori particolarmente sensibili e collaborativi che a un reale mandato di integrazione per la gestione del “caso”. Spesso, inoltre, la “creatività” dell'operatore sociale supplisce la carenza dei servizi e della rete.

A Palermo risulta invece ancora necessario effettuare degli sforzi per “ragionare” sulla rete. La rete infatti non è vista tanto come una sorta di *forma mentis*, quanto una risorsa a cui ci si appella se emergono dei problemi a cui gli operatori non riescono a rispondere da soli. Ad esempio, i casi psichiatrici vengono trattati con la modalità del *rimpallo* tra i servizi di Salute mentale e i SerT. Rispetto ai problemi che si trovano a dover affrontare con gli utenti, emerge la mancanza di progetti integrati sia tra gli operatori appartenenti ad uno stesso servizio, ma soprattutto tra quelli appartenenti a servizi diversi.

Il lavoro di rete, in generale, viene oggi stimolato e agevolato dalla L.328, se gli Enti locali si fanno carico di coordinare i tavoli di lavoro attraverso i Piani Regolatori Sociali e/o Piani di Zona, come nel caso di Roma e Varese. A Palermo, infatti, dove il Comune è assente, gli operatori non hanno neanche menzionato questa possibilità di lavoro integrato.

Laddove si può parlare di rete, tra i *punti di forza* vi è la fattiva collaborazione degli operatori e la messa in atto di procedure piuttosto sistematiche, al fine di rispondere in maniera integrata e ampia alle diverse problematiche presentate dagli utenti.

Per ciò che riguarda i *punti critici delle reti analizzate*, in più casi si è rilevato il problema primario all'interno della rete, ovvero la carenza e spesso

manca assoluta di servizi ed interventi soprattutto di secondo livello. Si delinea una *rete* tutto sommato attiva e collaborativa ma che, per suo mandato e per limiti di risorse insufficienti, offre suo malgrado una sorta di accoglienza di pronto soccorso, tesa ad intervenire soprattutto sull'emergenza e il contenimento del disagio e dell'impatto sociale. Il quadro risulta scarso soprattutto di strumenti e offerte che possano permettere la reale presa in carico della persona in un'ottica di promozione di processi e di differenziazione dell'intervento, capace di cogliere il livello estremamente complesso di bisogni e richieste, spesso l'azione risulta quindi frammentata a dispetto dell'organicità e della stabilità e sembra portare più alla cronicizzazione che alla reale "cura".

Gli operatori infatti delincono un'immagine dell'utente in quanto persona estremamente affaticata, oltre che dalla sua patologia e il suo stato, dalla necessità di dover reperire in un territorio, talvolta frammentato, servizi spesso insufficienti o assenti e alla quale appaiono spesso negati i principali diritti di cura e assistenza. La rete risulta a sua volta debole e sofferente oltre che di una reale carenza di risorse, anche di pratiche di accoglienza e presa in carico maggiormente definite e condivise.

Un aspetto che andrebbe implementato in alcuni territori è relativo alla necessità di restituire, attraverso l'evidenza di studi scientifici, la misura degli esiti della rete attuale per favorire una reale ri-programmazione della stessa in funzione, oltre che dei bisogni espressi dall'utenza, anche da un riscontro fondamentale dell'efficacia dell'intervento.

Ulteriore punto critico emerso è quello legato al carcere. Si evidenzia la necessità di lavorare su tre livelli: *prima del carcere*, attraverso il supporto di sportelli di consulenza legale e accesso al gratuito patrocinio; *durante la detenzione*, cercando di dare continuità all'intervento, attraverso il supporto di realtà che lavorano dentro il carcere; *dopo il carcere*, cercando di favorire il più possibile una dimissione protetta dal carcere. Questo ultimo aspetto, riportano gli operatori del SerT di Rebibbia di Roma, è stato sollevato in molti tavoli e a varie autorità istituzionali competenti, sebbene mai raccolto se non da iniziative sporadiche e limitate nel tempo e nello spazio. Secondo una specifica normativa dell'Ordinamento Penitenziario, chiunque risulti essere in difficoltà all'uscita dal carcere deve essere segnalato e inviato ai servizi territoriali competenti: Servizio Materno Infantile per le madri coi figli, ASL per chi ha problemi di salute, Enti locali per chi ha problemi amministrativi e di residenza. Questa prassi raramente viene applicata se non nei piccoli centri e

sempre per la disponibilità individuale di operatori sociali particolarmente sensibili. Quindi, la rete di accompagnamento e sostegno all'uscita dal carcere o è assolutamente inesistente o è di tipo informale e destrutturata, che diventa efficace sul caso singolo ma inefficace in generale.

Per il detenuto tossicodipendente, inoltre, il momento dell'uscita risulta essere spesso altrettanto drammatico quanto quello dell'entrata e raramente i servizi si occupano di favorire un'uscita protetta che possa prevedere, ad esempio per i SFD, un primo posto di accoglienza e per dormire. Come è noto, la maggiore incidenza di episodi di overdose spesso fatale, avviene proprio all'uscita da strutture protette di cui il carcere è tipico (si trovano ad esempio molte siringhe abbandonate nella zona circostante e nei parcheggi intorno alle strutture penitenziarie).

Parallelamente, è emersa l'opportunità di attivare politiche di prevenzione all'interno delle case circondariali prima dell'uscita dal carcere, intervenendo nelle carceri a livelli diversi, con azioni formative in ambito socio-sanitario differenziate, sia per chi dirige e opera, sia per i detenuti.

4.4 Il punto di vista degli utenti: analisi delle interviste effettuate a tossicodipendenti in condizione di senza fissa dimora

Alla nostra analisi si è aggiunta una serie di informazioni raccolte tra persone TD SFD utenti di tre servizi di accoglienza della città di Roma; in particolare 4 interviste sono state realizzate all'interno del Centro "Scalo San Lorenzo" gestito dalla Coop. Parsec, 5 nel servizio "Tartaruga" dell'Ass. La Tenda e 5 nel Centro Notturmo della Coop. Magliana '80. Il campione risulta complessivamente costituito da 9 uomini italiani, 3 uomini stranieri e 2 donne italiane. Il disegno (cfr. §3.2.2) prevedeva che vi fossero 3 donne ma nel periodo di rilevazione (febbraio-marzo 2005) solo 2 donne hanno dato la loro disponibilità ad essere intervistate.

L'intervista è stata condotta da un operatore all'interno dei Centri che si è fatto garante dell'anonimato degli intervistati.

I maschi italiani hanno un'età media di 43 anni, gli stranieri di 44 mentre le donne di 38 anni. Per quanto questo campione non sia staticamente rappresentativo possiamo notare come le donne siano sensibilmente più giovani rispetto agli uomini. Gli stranieri sono tutti provenienti dal Nord Africa (Marocco e Algeria).

Le maggiori differenze per genere riguardano il fatto che mentre tra gli uomini risulta essere molto diffuso il passa parola, e soprattutto gli stranieri sottolineano come siano gli amici il “mezzo” che li ha portati a conoscere il servizio e a frequentarlo, le donne ne sono venute a conoscenza solo attraverso altri servizi di bassa soglia, quali le unità di strada e drop in.

Tra gli utenti si nota una certa cronicizzazione del loro stato di TD SFD: la maggior parte dichiara di frequentare il Centro di accoglienza notturno da più di due anni. Anche questo crediamo però possa essere un bias di auto-selezione del campione: infatti solo gli utenti che più “si fidano” degli operatori possono aver concesso l'intervista e naturalmente tra coloro che più si fidano è altamente probabile che vi siano utenti da tempo conosciuti dal servizio.

Tra i motivi per cui si rivolgono al servizio le persone intervistate in primo luogo sottolineano il soddisfacimento dei bisogni primari, quali mangiare, lavarsi e dormire, ma accanto a questi vi sono altresì necessità di essere accolti, ascoltati e poter stare insieme ad altre persone. Come è emerso dal questionario rivolto ai servizi, sono quindi questi momenti di “tregua” dalla vita di strada a rivestire la massima importanza dell'utenza: non si tratta quindi della mera erogazione di vitto e alloggio, ma del creare un ambiente di accoglienza della persona, dove essa possa avere un sostegno da parte di personale qualificato, ad essere la vera attrattiva del servizio.

Alcuni intervistati lamentano la brevità e la limitatezza dei posti di accoglienza: a Roma sono attivi solo 4 centri notturni per complessivi 40 posti; di conseguenza, per favorire l'accoglienza di più persone possibili sono consentite solo 5 notti consecutive a centro. Riteniamo che per quanto questo sia un limite, vi siano anche degli aspetti positivi, quali ad esempio il contrasto alla cronicità e l'attivazione delle risorse interne alle persone che vengono continuamente stimolate a migliorare il loro stile di vita. A questo proposito, infatti, chi scrive ritiene che per ogni persona è necessario definire dei tempi specifici di “presa in carico”, ma che questi debbano essere congrui al dato di realtà e alle specifiche individuali: se per qualcuno sono necessari pochi mesi per poter riattivare le proprie risorse e avviare processi di inclusione sociale, per altri possono essere necessari anni. Sicuramente 5 giorni sono un periodo ben lontano dalla possibilità di far riattivare le risorse individuali.

Tuttavia, si avverte una cronicità dell'utenza intervistata, poiché tra gli altri servizi frequentati vengono citati gli altri centri notturni e i SerT.

Un altro aspetto critico è la possibilità di un'opportunità lavorativa retribuita: il lavoro è sentito dagli intervistati come il punto debole del sistema di servizi per TD SFD a Roma. Parlare di lavoro e tossicodipendenze è quindi sempre più necessario nella prospettiva di uno strumento di approccio ad altissima potenzialità evolutiva ben oltre il reinserimento: basti pensare alla finalità di stabilizzazione sociale che può offrire l'occasione lavorativa per una persona a mantenimento metadonico, nonché la valenza ergoterapica di percorsi accompagnati di inserimento nelle cooperative sociali.

L'inserimento lavorativo delle persone svantaggiate rappresenta dunque una sfida per tutti coloro (operatori, datori di lavoro, associazioni) che da diverse prospettive si occupano di interventi terapeutici e di inclusione sociale di soggetti deboli.

CAPITOLO 5

I MODELLI EMERGENTI

I tossicodipendenti senza fissa dimora che frequentano i servizi che hanno partecipato all'indagine rappresentano un gruppo con grandi svantaggi sanitari e socio-economici. Sono quindi una popolazione con particolari bisogni che necessita di servizi specifici e diversi.

Non avere un'abitazione significa dover cercare quotidianamente un posto per dormire, un posto per mangiare, un posto in cui lavarsi e pulire gli indumenti, un posto che consenta di non stare in strada tutto il giorno e di evitare che il tempo che rimanga eventualmente a disposizione sia solo un tempo morto.

Dai risultati emersi, i punti in comune tra i modelli di rete analizzati sono il fornire un sostegno della soddisfazione dei bisogni primari, la quale generalmente consente alle persone la sopravvivenza. A volte, la difficoltà principale risiede nell'insufficienza quantitativa dei servizi offerti, a fronte di una domanda in espansione. Al di là delle deficienze specifiche (per il numero di posti disponibili nei dormitori e la loro collocazione non uniforme sul territorio), manca spesso la necessaria integrazione tra i servizi a bassa soglia e i servizi che svolgono attività di sostegno e accompagnamento, prevalentemente mirati su bisogni specifici e più evolutivi, perché finalizzati a un percorso di reinserimento sociale pieno. I servizi a bassa soglia rispondono all'emergenza, ma non riescono a fare da "trampolino", poiché la strozzatura avviene successivamente, in quanto nelle reti da noi considerate sembrano mancare proprio dei servizi di secondo livello.

Allo stato attuale, permane un rapporto inadeguato tra le strutture di primo livello, per lo più di emergenza, e quelle in grado di accogliere e fare evolvere la domanda degli utenti nel tempo. Mancano, in sostanza, strutture post-dormitorio, di transizione, "volano" che consentano alle persone che hanno ritrovato un lavoro, di potersi riappropriare anche di un'abitazione. Questo dato risulta essere presente al Nord, al Centro e al Sud.

Dai focus group condotti nei quattro territori campione si rileva come gli operatori facciano fortemente riferimento al lavoro di rete, intendendo con ciò che essi, andando oltre i confini del loro servizio, lavorano con altre strutture, con altre risorse. Queste prassi, quasi ovunque consolidate, sono nate e agite per spinte diverse, dovute principalmente alla sensibilità dei singoli operatori, o al contesto operativo territoriale che facilitato il coinvolgimento di più attori, o ad alcune significative trasformazioni sociali che hanno fatto emergere nuovi soggetti, capaci di interloquire con gli operatori e i servizi, o una combinazione di questi elementi.

L'esigenza di prendere in considerazione la dimensione collettiva dei problemi e, nello stesso tempo, di restare ancorati all'utenza, portatrice di complesse domande di aiuto, ha determinato negli operatori di tutti i territori analizzati la necessità di mettere in atto pratiche che permettessero di intervenire a livello del collettivo, pur contemplando la possibilità di farsi carico del singolo.

Molte di queste pratiche sono rimaste generalmente a livello empirico e costituiscono un patrimonio professionale, talvolta anche ricco, ma poco trasmissibile se non per trasmissione diretta con gli altri operatori. Nel caso del territorio palermitano, ad esempio, la prassi della rete ha questa modalità: si attua e viene agita con e attraverso i singoli operatori, che in maniera non sistematica contattano altri operatori sul singolo caso.

In altri territori le prassi di rete sono state oggetto di una sistematizzazione e di una generalizzazione, fino alla formalizzazione di una metodologia di lavoro sociale che presenta forme distinte e articolazioni con caratteristiche peculiari. È il caso di Bologna, dove si è creato un vero e proprio sistema per fornire risposte alla tossicodipendenza problematica, dove i modelli di intervento sono coerenti e congruenti con la teoria che ha portato alla creazione di quel sistema.

Nei casi di Roma e Varese ci si trova di fronte a una pratica "forte", cioè sperimentata nel tempo e verificata negli effetti, che dalla teoria dei modelli di rete prende delle chiavi di lettura e spunti metodologici, riformulandoli nella prassi in modo da operare aggiustamenti di percorso e produrre congruenza tra teoria e prassi.

5.1 Il modello “Varese”

Il sistema di Varese risente sicuramente della piccola dimensione territoriale, che può facilitare i rapporti tra operatori e quindi tra servizi. La stessa rete si è creata attorno a pratiche sedimentate e i nuovi servizi nascono proprio in base alle esigenze della rete. A questo proposito citiamo infatti la nascita di un nuovo progetto di inserimento lavorativo (SPARSI) per persone svantaggiate, ivi inclusi i tossicodipendenti attivi, che è stato progettato dalla rete per rispondere al bisogno dell’utenza di intraprendere un percorso lavorativo. L’esperienza del Progetto SPARSI è quindi il risultato di un buon lavoro di rete, che può contare su una regia del gruppo di lavoro, l’utilizzo di strumenti comuni quali ad esempio la scheda di segnalazione, il lavoro di équipe.

L’analisi dei bisogni del territorio varesino ha portato alla realizzazione di progetti su cui gli operatori si interrogano su come trasformarli in servizi inseriti nei piani di zona della legge 328, o accreditati in ambito socio sanitario. La trasformazione da progetto a servizio necessita della costruzione di strumenti comuni, di modelli e di metodologie condivise. Strutturare procedure, costruire un modello è necessario per ovviare ai limiti insiti in reti come quella varesina, rete costituita da persone che si conoscono e che rischiano di soffrire eccessivamente il venire meno di una delle figure di riferimento.

Per quanto quindi il sistema varesino rappresenti un buon modello di rete, tuttavia lo riteniamo poco esportabile proprio perché nato prima dalla prassi che dalla teoria, risentendo quindi dell’influenza dovuta al contesto.

5.2 Il modello “Roma”

Analogamente il sistema romano rappresenta delle caratteristiche che lo rendono peculiare e radicato al territorio. Il sistema è molto ancorato alla prassi, come quello varesino, ma diversamente da questo risente in maniera molto negativa di una carenza di *policy* sulla marginalità, la cui esistenza favorirebbe delle offerte di servizi maggiormente articolati e differenziati, in grado quindi di superare il primo livello di offerta “emergenziale”. A Roma, infatti, sono due realtà lontane e spesso non tra loro comunicanti (sebbene non sia così sulla carta): i servizi che si occupano di tossicodipendenza e quel-

li di persone senza fissa dimora. Per questi ultimi la politica del Comune di Roma ha creato anche servizi di secondo livello dei quali gli operatori che si occupano di tossicodipendenze fanno poco o nulla e addirittura dichiarano “impossibile” inviare i propri utenti, all’interno dei quali sarebbe concretamente possibile iniziare a considerare progetti e nuovi obiettivi con la persona per il suo reinserimento psico-sociale e/o per la cura della propria salute.

Gli operatori segnalano la carenza di un sistema intermedio di risposte che possa aiutare e facilitare l’emancipazione da uno stato di estremo disagio e criticità ad un livello di maggiore benessere, e che obbliga quindi i servizi di pronta accoglienza per le tossicodipendenze che accolgono SFD a svolgere necessariamente una semplice funzione di contrasto all’emergenza.

La non sistematicità e una mancanza di policy è ulteriormente confermata dalle modalità di raccolta dati relativi alle tossicodipendenze e alle persone, che avviene in modo frammentato e non condiviso e che quindi lascia più alla percezione che all’evidenza scientifica la lettura del fenomeno.

Un miglioramento del sistema attuale è rappresentato dal Piano Regolatore Sociale, ossia la modalità attuativa della L. 328/00 (cfr. Appendice 1), che, per suo mandato, dovrebbe essere uno strumento del Comune capace di mettere in rete le diverse risorse e garantire interventi omogenei, sia a livello cittadino che municipale. All’interno del Piano vi sono altri sottosistemi che intervengono in ambiti specifici, come quello per le tossicodipendenze, quello per i SFD, per le persone con problemi psichiatrici. Tale politica di intervento permetterebbe il superamento della logica della separazione dei servizi per alcune categorie e la necessità di promuovere una maggiore integrazione, vista la complessità e trasversalità di alcune sfere di disagio. Sarebbe auspicabile un servizio di pronta accoglienza capace di accogliere il SFD in generale, a prescindere dal disagio concomitante che esprime, per poi intervenire e orientare in un secondo momento in servizi specifici di livello superiore.

5.3 Il modello “Bologna”

Il modello di rete di Bologna è estremamente articolato e, diversamente dai precedenti, nasce da una teoria applicata alla prassi. Il sistema pertanto è la messa in atto del community care, ossia la valorizzazione delle risorse comunitarie grazie all’integrazione tra esse. È un sistema a matrice dove l’in-

tera marginalità viene monitorata e in qualche modo gestita dallo Sportello Sociale.

Vogliamo sottolineare in questa sede che l'Ente locale è presente in maniera indiretta, in quanto anche il Servizio Sociale Adulti è gestito dal punto di vista operativo da un ente del privato sociale, in convenzione con il Comune di Bologna.

Il sistema risulta comunque ricco e con servizi di varie tipologie, dal sanitario, al sociale, all'inserimento lavorativo. Ad una prima occhiata ci sembra di individuare nel sistema bolognese un'eccellenza che però riteniamo più teorica che pratica. Il sistema sembra infatti pensato per fornire molte e complesse risposte all'utenza problematica, senza però consentire facilmente un passaggio ulteriore per coloro che vogliono e/o possono uscire da una condizione così problematica.

Si ha l'impressione e si corre il rischio, come rilevano anche alcuni operatori durante i focus group, che tutte queste strutture possano diventare dei "ghetti" in cui le persone che vivono in condizione di marginalità si relazionano e scambiano esperienze con altri che vivono nella loro stessa condizione e dove viene a mancare un contatto con la realtà esterna (assenza di un lavoro di promozione della persona all'esterno dei circuiti).

La consapevolezza è che chi, per le ragioni più svariate, "cade" nella povertà o in una situazione di disagio fa sempre più fatica ad uscirne fuori ed intraprendere un percorso di vita normale sia per la perdita gradualmente sempre più pesante di risorse personali, sia per le varie dinamiche di esclusione sociale. E questa condizione è ancora più severa per i tossicodipendenti. Il rischio reale è che queste strutture divengano dei "luoghi di contenimento" del disagio, barriere invisibili ma impenetrabili che separano dal mondo esterno.

5.4 Il modello "Palermo"

La situazione nel capoluogo siciliano ci appare molto diversa da quelle finora enunciate. Innanzi tutto vogliamo sottolineare l'assenza del Comune, quale interlocutore e nodo di rete privilegiato nei territori, perché latore di risorse e opportunità a valenza sociale, non facilmente ascrivibili ad altri enti pubblici. In secondo luogo, la non continuità delle risorse, che porta alcuni progetti ad avere considerevoli interruzioni per mancanza di fondi.

Un'ulteriore peculiarità della realtà palermitana è costituita dalla presenza di operatori dell'ordine pubblico (Polizia e Polfer) che comunque svolgono un'attività di tipo sociale, gestendo centri di ascolto per persone TD e i loro familiari presso i commissariati PS.

Rispetto ai problemi che si trovano a dover affrontare con gli utenti, emerge la mancanza di progetti integrati tra gli operatori appartenenti ad uno stesso servizio, ma soprattutto tra quelli appartenenti a servizi diversi.

Alla base di tale carenza sembra esserci la poca o nulla comunicazione tra i servizi stessi. Un altro problema denunciato soprattutto da chi opera nella bassa soglia è dovuto allo stato di emergenza in cui vengono fatti gli interventi, i quali si limitano spesso solo ad un tamponamento della situazione portata dall'utente.

Alcuni operatori lamentano che nel sistema sia lacunoso l'aspetto diagnostico, che non sempre è esaustivo, soprattutto per ciò che concerne i disturbi psichiatrici. Se la diagnosi fosse completa, essa consentirebbe, infatti, di arginare i possibili danni dati dal disturbo psichiatrico e agevolerebbe il lavoro degli operatori dei diversi servizi, i quali si trovano spesso a dover da soli comprendere l'entità della malattia.

Gli operatori delineano la tendenza dei servizi a sovrapporsi nella presa in carico a causa della scarsa conoscenza reciproca e la tendenza di una minima condivisione solo per i casi più difficili, tralasciando la riflessione sui casi ordinari, o ritenuti tali. La procedura messa in atto sembra una rete che viene coinvolta solo quando un servizio non è più in grado/non vuole prendere in carico un utente multiproblematico. Gli operatori partecipanti ai focus group parlano di tamponamento delle richieste piuttosto che di processo di cambiamento come meccanismo preponderante all'interno dei servizi. Viene sostenuto da alcuni che spesso il meccanismo fallimentare della rete è legato al fatto che gli altri servizi vengono contattati solo quando ci si trova di fronte all'urgenza.

La maggior parte degli operatori sembra d'accordo nel ritenere che all'interno del territorio palermitano il contributo del volontariato sociale è diventato negli anni un indispensabile anello della rete dei servizi rivolti alla persona, al punto da indebolire il ruolo svolto dai servizi pubblici e del privato sociale che tenderebbero invece ad appoggiarsi ad esso. Anche il ruolo del privato sociale non può rappresentare la soluzione assoluta rispondente a tutte le esigenze. Andrebbero, secondo gli operatori presenti, sollecitati i servizi pubblici e gli enti locali.

5.5 Alcune considerazioni

In sintesi, l'analisi dei modelli ci porta ad effettuare le seguenti considerazioni:

– una sostanziale differenza tra Nord e Sud. Tale differenza, già emersa dai dati quantitativi raccolti, diventa ancora più esplicita con il raffronto con i dati qualitativi. Sicuramente la più lunga storia di sperimentazione e di servizi di riduzione del danno e di bassa soglia al Nord ha portato questi a un maggior consolidamento di metodologie e quindi alla creazione di modelli sistematici, che pur partendo dalla pratica si sono consolidati nel tempo. Oltre a questo, incidono anche fattori di ordine economico: laddove vi è una continuità di risorse è più facile sperimentare, monitorare, ricalibrare il servizio. Da una sperimentazione che nasce da una spinta pionieristica, si è passati a un sistema differenziato e integrato, dove i singoli servizi erogano prestazioni specifiche in un'ottica macro di integrazione tra le singole prestazioni. Al contrario, al Sud ci sembra di osservare ancora un sistema in embrione, dove i ruoli e le funzioni dei singoli nodi di rete non sono ancora ben definiti, e dove il coinvolgimento degli altri servizi avviene per delega assoluta;

– ruolo degli Enti locali: deleganti o partecipanti? Riteniamo che uno dei punti nodali delle reti dei servizi rivolti a TD SFD sia rappresentata dalle istituzioni pubbliche che per loro natura non creano soluzioni di continuità proprio per il loro mandato di social policy. Nel nostro campione abbiamo i casi (Palermo e Bologna) in cui i policy maker non appaiono direttamente coinvolti nel sistema di rete e quindi ci si chiede quanto veloce possa essere la risposta delle politiche sociali. Un'analisi condotta dal Gruppo Pompidou (Hartnoll, 2004) sul legame tra prassi e politiche sociali, mette in luce l'importanza di uno stretto legame tra politica e prassi, non solo per pianificare gli interventi, su basi scientifiche e in base ai reali bisogni dell'utenza, ma anche per allocare le risorse: *“Mapping the drug situation and the range of responses not only opens the door to more rational discourse but is an important first step for needs assessment, planning responses and allocating resources”*¹. Cre-

¹ Monitorare la situazione dell'uso di droga e il ventaglio di risposte non solo apre la porta a un discorso razionale (su basi scientifiche) ma è un importante primo passo nell'analisi dei bisogni, nella programmazione degli interventi e nell'allocazione delle risorse (ndr)

diamo quindi che laddove l'ente locale abbia un ruolo solo di delega al privato sociale e non sia direttamente coinvolto, il sistema possa produrre risposte non adeguate e non immediate ai bisogni dell'utenza.

CAPITOLO 6

I BISOGNI FORMATIVI

La realtà operativa di questi anni ha inequivocabilmente dimostrato che nel settore della tossicodipendenza non esiste una risposta esaustiva ed unica, così come non esiste uno strumento valido per tutte le situazioni e tutti i soggetti. Non esiste, dunque, “la tossicodipendenza”, ma tante tossicodipendenze quanti sono i soggetti, per i quali, necessariamente, va predisposta una risposta personalizzata e finalizzata agli specifici problemi.

La necessità di rispondere a tutte le esigenze poste dall'uso/abuso di sostanze determina una complessità tale a livello organizzativo, strumentale, professionale, operativo, che rende, di fatto, impossibile per un singolo servizio, anche ricco di personale e risorse strutturali, riuscire a soddisfare tutte le esigenze poste dal problema e a dare risposte esaustive.

I campi d'intervento dei servizi sono, infatti, molteplici: la prevenzione primaria (attraverso l'informazione, la promozione della salute e l'educazione sanitaria), la prevenzione secondaria (quando c'è già un consumo di sostanze), la presa in carico e la cura (con trattamenti clinici personalizzati), la risocializzazione ed il reinserimento sociale (momenti conclusivi di un processo terapeutico). Risposte predefinite o interventi inadeguati possono, quindi, determinare l'aggravamento e la cronicizzazione dello stato di dipendenza. Il problema è aggravato dal fatto che i servizi non sono chiamati ad occuparsi solo di eroina, ma di tutte le sostanze psicoattive, legali ed illegali, e di tutte le forme di uso.

L'Accordo Stato-Regioni del 21 gennaio 1999 afferma che «tenuto conto che al raggiungimento degli obiettivi propri dell'area delle dipendenze concorrono molteplici unità operative e servizi appartenenti a tutte le strutture primarie dell'Azienda USL (distretto, ospedale, ecc.), nonché altri soggetti ed Enti pubblici e privati - che a vario titolo e con varia responsabilità, operano sul territorio - il modello organizzativo “dipartimentale” sembra essere una valida modalità di affrontare tutti gli aspetti connessi all'abuso di sostan-

ze, nell'ottica dell'integrazione all'interno del comparto sanitario e tra questo e i servizi sociali».

L'organizzazione dipartimentale del settore richiede, tuttavia, differenziazione e specializzazione di servizio e professionale, realizzazione del lavoro di rete e adeguata formazione degli operatori coinvolti.

Il numero dei servizi, pubblici e privati, che in Italia operano nel campo delle dipendenze patologiche è uno dei più alti in Europa.

La dispersione territoriale, la sovrapposizione e il mancato coordinamento degli interventi, la presenza di conflittualità tra servizi diversi possono determinare una riduzione delle potenzialità operative e soprattutto dell'efficacia delle azioni.

Appare, pertanto, indispensabile la messa in rete di tutti i servizi esistenti in un ambito territoriale, identificabile con il territorio dell'azienda sanitaria, al fine di razionalizzare le risorse esistenti, definendo una strategia complessiva d'intervento e garantendo pari dignità dei compiti operativi dei diversi servizi.

La complessità e la delicatezza delle problematiche che caratterizzano il settore della dipendenza rendono indispensabile promuovere attività e corsi formativi per gli operatori, in particolare per quelli che operano nel campo della riduzione dei danni derivanti dall'assunzione di sostanze, soprattutto se questi comportamenti avvengono in una popolazione multiproblematica.

I bisogni formativi in tale settore coincidono in gran parte con i bisogni formativi generali degli operatori dei servizi; si possono individuare cinque direzioni principali:

1. promuovere negli operatori e quindi nei servizi la cultura dell'attenzione complessiva alla persona, inserendo il tema della riduzione dei rischi come parte integrante dei compiti e delle finalità dei servizi;
2. educare oltre che al "saper fare", pure necessario, anche al "saper essere", sviluppando la formazione personale, ossia la disponibilità degli operatori a lavorare su loro stessi. Accanto alla organizzazione di convegni e seminari, che richiedono una presenza prevalentemente passiva, di ascolto, è opportuna, pertanto, l'attivazione di momenti dedicati alla formazione interprofessionale, caratterizzati da un forte coinvolgimento personale anche emotivo;
3. focalizzare la massima attenzione sul gruppo di lavoro, sulla sua coesione, sulla sua capacità di lavoro comune, di condivisione degli obiettivi, degli strumenti e delle modalità operative. La conflittualità tra professionalità

diverse e la mancanza di momenti di confronto ostacolano lo svolgimento del lavoro quotidiano; è necessario, pertanto, porre particolare attenzione allo sviluppo delle capacità di incontro tra operatori provenienti da culture e formazioni molto diverse;

4. approfondire con attenzione i temi nuovi, quali l'inclusione sociale, su cui si intende intervenire, esaminando con grande attenzione gli aspetti progettuali, con il gruppo di lavoro nel suo complesso, ed in particolare con chi è chiamato ad occuparsene personalmente al fine di utilizzare personale motivato e convinto;
5. porre particolare attenzione alla scelta delle persone impegnate nelle attività di riduzione dei rischi ed alla formazione delle stesse, non sottovalutando il ruolo dei "professionisti per esperienza".

6.1 Analisi dei bisogni formativi emersa dalla ricerca qualitativa

I servizi partecipanti alla fase qualitativa della ricerca si sono interrogati sulla necessità di implementare le loro conoscenze e capacità al fine di migliorare i modelli.

Di seguito riportiamo le ipotesi effettuate dagli operatori relativamente ai contenuti e alle modalità formative.

Rispetto ai *contenuti* a) si profilano due ipotesi:

- a) una relativa a un livello base, rivolta agli operatori dei Servizi, finalizzata a riqualificare le professionalità già operative nei Servizi, incentrata sull'approfondimento del fenomeno:
 - l'utenza: (migranti, giovani, donne, comorbilità, detenuti, ecc.) e i suoi bisogni (alloggio, residenza, lavoro, ecc.);
 - la riduzione del danno: HIV/AIDS – Nuove sostanze e nuovi modelli di consumo ecc.;
 - la rete dei servizi come sistema da conoscere (cosa è una rete, analisi della domanda congiunta, costruzione di un invio, etc.), per potere ricostruire il reale o ipotetico itinerario che la persona tossicodipendente SFD fa nel territorio e implementare. Se gli interventi di bassa soglia non possono contare sul lavoro di rete non possono che trasformarsi in meri servizi assistenziali e perdere così un elemento costitutivo della loro identità. Non è possibile ridurre i danni prodotti dalla marginalità se non si riesce a connettere la persona alla rete in cui è inserita, sia quella informale e/o primaria che formale, quindi:

- la rete come obiettivo prioritario di un intervento di bassa soglia;
- la rete come partnership che si attiva sin dalla progettazione dell'intervento;
- la rete non solo metodologia d'intervento ma come azione permanente di mantenimento e consolidamento.

Si ipotizza una formazione in aula con visite guidate per apprendere dall'esperienza. In più casi infatti i partecipanti hanno sollecitato uno scambio di esperienze con altre realtà più che il bisogno di confrontarsi con l'esperto.

In particolare la proposta formativa verrà gestita come un "cantiere di conoscenze" nel quale gli operatori, oltre a essere destinatari di contenuti, divengono parte attiva del processo.

- b) una di secondo livello, rivolta ai coordinatori dei Servizi, mirata allo sviluppo di competenze nella gestione e lo sviluppo dei Servizi. Al tal fine si ritengono necessari momenti di approfondimento rispetto alle normative e/o le riorganizzazioni in atto in seguito all'applicazione dell'Atto d'Intesa, del Dipartimento Dipendenze, Enti Ausiliari, processi di accreditamento dei servizi socio-sanitari, che vanno in questa fase a confrontarsi anche con l'importante novità dei piani territoriali connessi alla L. 328, relativamente alla reimpostazione del sistema sociale. Assistiamo al cambiamento di un sistema che va a ridefinire, anche nella prospettiva dei livelli essenziali di assistenza (LEA/LIVEAS), il sistema di intervento, costruendo nuovi confini (sociale/sanitario, residenziale/domiciliare..) e nuove ipotesi di collaborazione (pubblico/privato, pari titolarità, funzione pubblica..). Il rischio facilmente percepibile è quello di una progettazione che, pur nella sua enorme potenzialità positiva, non riesca a saper accogliere fino in fondo l'estrema complessità, diversificazione e interazione soprattutto di bisogni e utenze che non trovano una chiara definizione, titolarità, collocazione. La tossicodipendenza connessa ai senza fissa dimora, le patologie correlate, i disturbi di personalità, le marginalità sociali italiane e straniere, con lavori precari e senza reti di sostegno, lo sfruttamento (sessuale e del lavoro), il disagio psichico, le soglie di povertà: tutte queste tematiche sono spesso compresenti, co-fattori di una marginalità che in una dimensione progettuale rischiano di non trovare diritto di cittadinanza né collocazione adeguata. Fenomeni complessi che corrono il rischio di confrontarsi con una parcellizzazione delle risposte: di chi è la titolarità del caso, le regia degli interventi? Dove e a chi il coordinamento delle prestazioni?

I servizi di prossimità si collocano nella sfida della progettazione integrata, una progettazione che è presa in carico, priorità di interventi, organizzazione delle risorse ma anche verifica di efficacia, ri-progettazione e promozione di competenze territoriali. Gli elementi di discussione quindi riguardano:

- Quale spazio per le gravi marginalità nelle progettazioni della L.328?
- Quale collocazione dei servizi di prossimità nell'accREDITAMENTO dei servizi sanitari?
- Quale spazio di uscita dalla sperimentaliTà e precarietà di questi interventi per una loro stabilizzazione, una volta che ne vengano verificati il bisogno e l'efficacia?
- Quali gli strumenti della progettazione partecipata?

Un argomento che suscita interesse riguarda i servizi a bassa soglia e le politiche di sicurezza: essi, infatti, generalmente si occupano di fasce di popolazione che sono fonte di allarme sociale (tossicodipendenza, prostituzione, senza fissa dimora.); per queste persone vengono impiegati fondi pubblici e pertanto ci si chiede quanto questi servizi siano compatibili con le istanze/ricieste di sicurezza della società civile.

Si parla di prossimità e progettazioni di bassa soglia che intervengono in contesti di conflitto sociale, rivolti a persone i cui comportamenti sono fonte di conflitto sociale nei luoghi in cui queste persone si aggregano (tossicodipendenti), lavorano (prostitute), stanno passando la giornata (senza fissa dimora).

Le domande che ci pone sono in sintesi le seguenti:

- Dove si colloca il lavoro di mediazione sociale?
- È intenzionalità progettuale, è strategia di un territorio, è patrimonio culturale degli operatori, è un obiettivo cui tendere?
- Si può parlare di controllo sociale in questa forma di lavoro sociale? Se sì, in quali termini?
- In che modo questo tipo di interventi assolvono alla funzione di costruire mediazione sociale?
- Nel momento in cui si lavora con obiettivi di mediazione e controllo sociale, si può dire che si contribuisce a costruire la sicurezza di un territorio?
- La cittadinanza esprime sempre di più un'esigenza di sicurezza. Quale è la rappresentazione di pericolo/sicurezza con cui gli operatori si confrontano? Quanto la percezione di insicurezza della cittadinanza ha un riscontro nella reale gravità dei fenomeni?

– Qual è il concetto di mediazione e sicurezza degli operatori e quanto è simile/dissimile da quello dei cittadini?

La riflessione verte anche sul ruolo degli operatori della bassa soglia, che devono essere figure consapevoli di mediazione tra bisogni e interessi diversi ma ugualmente legittimi, sicuramente con poteri differenti. I temi che vanno approfonditi sono quindi la negoziazione, la mediazione, la gestione dei presupposti di un conflitto come strategia da costruire dei servizi di prossimità. Inoltre, ci si chiede quale sia la relazione tra il controllo sociale svolto dagli operatori sociali e il controllo del territorio svolto dalle Forze dell'Ordine e come queste due diverse funzioni entrino in relazione.

Proponiamo inoltre una riflessione comune su specifiche funzioni dei servizi a bassa soglia, che dalla nostra indagine risultano essere sviluppate utilizzando approcci o filosofie diverse. I Servizi a Bassa Soglia (SBS) sono infatti nati partendo da una base bottom-up, ma ormai costituiscono una realtà consolidata nei vari territori e, oltre a svolgere una funzione di soddisfazione di bisogni primari dell'utenza, nel tempo possono rispondere ad altre funzioni sulle quali proponiamo una riflessione che possiamo così schematizzare:

Funzioni servizio	Elementi di discussione
SBS quale osservatorio privilegiato e indifferenziato sulle marginalità	Come è possibile valorizzare questo genere di osservatori?
	Come possono diventare portatori di competenze e informazioni all'interno della programmazione sociale degli enti locali e/o delle Aziende Sanitarie?
SBS quale aggancio dell'utenza e decongestionamento per i servizi	c'è il rischio di favorire l'invisibilità di persone e problemi?
	c'è il rischio di lavorare per il contenimento del malessere delle persone, del disagio sociale, dell'inadeguatezza dei Servizi?

SBS quali sostituti di altri servizi per difficoltà a relazionarsi con essi	c'è il rischio di accettare deleghe improprie?
	c'è il rischio di specializzarsi sui casi disperati?
SBS tra empowerment e cronicizzazione	Quanto i servizi di bassa soglia rischiano di produrre attivamente cronicità e non semplicemente di operare sulla cronicità esistente
Spostamento degli interventi a bassa soglia da un ambito specialistico (tossicodipendenza, infezione HIV) ad un altro, prevalentemente con caratteristica di urgenza, e in ogni caso generalista	Rischio di trasformarsi in una sorta di pronto soccorso sociale
	Necessità di ri-definire target e obiettivi (di chi ci occupiamo e con quale finalità)

CAPITOLO 7 CONCLUSIONI

Il quadro che viene fuori dal nostro lavoro mette in luce una presenza di varie tipologie di disagio sociale: i dati analizzati indicano una presenza in quasi tutte le strutture di persone, adulte con grossi problemi di marginalità: tossicodipendenti “di strada”, senza fissa dimora, alcolisti, dimessi dagli ospedali, fuoriusciti dal carcere, dimessi dalle comunità, affetti da disturbi psichici (patologie psichiatriche, HIV/AIDS epatiti croniche ecc.), stranieri, immigrati, clandestini, privi di una rete socio-relazionale di riferimento.

Un dato poi di particolare rilevanza, emerso dai servizi indagati e confermato dai dati degli Osservatori che raccolgono il dato sulle persone tossicodipendenti SFD, è la rilevante presenza delle donne, che risultano essere una porzione maggiore in questi servizi di bassa soglia rispetto alla popolazione generale tossicodipendente. Inoltre, le persone senza fissa dimora, risultano essere più giovani della popolazione TD in carico ai servizi pubblici.

La popolazione TD SFD è un flusso che tende ad aumentare nel tempo e denota l'incremento della fascia di persone che vivono in condizioni di indigenza e povertà estrema, che vanno cioè al di là della “povertà tradizionale” intesa come carenza di mezzi di sussistenza prevalentemente di carattere economico. Estrema poiché essa è difficilmente reversibile con interventi di tipo tradizionale e si caratterizza per una progressiva rottura dei legami sociali, per una perdita progressiva della capacità di trasformare i beni in opportunità di vita.

È un'utenza che pone molte richieste e che vede nei servizi da noi indagati un punto di riferimento, un punto dove essere accolto come persona. Spesso, infatti, la domanda non riesce a essere esplicita (bisogno di ascolto, di sostegno, spazio di tregua), ma lo può diventare se la professionalità degli operatori e il setting del luogo lo consentono. In alcune città è emersa con forza l'esigenza di un'implementazione di accoglienza notturna, perché sono

pochi i posti offerti a persone tossicodipendenti dai servizi cittadini, o, in altri casi, vi sono delle barriere di accesso alle persone senza fissa dimora con problemi di dipendenza. Le condizioni igienico sanitarie derivate dalla vita di strada complicano il quadro di salute già precario di queste persone. La mancanza di un alloggio non consente spesso di affrontare terapie e cure in modo corretto e anche patologie di lieve entità assumono caratteri degenerativi (ad esempio le infezioni dermatologiche, le infezioni causate da iniezioni endovenose, le ferite trascurate, ecc).

I SerT sono spesso inaccessibili, data la situazione anagrafica di questa utenza che, peraltro, difficilmente riesce ad entrare nei normali circuiti di terapia e cura offerti dalla rete dei servizi sanitari cittadini.

Un altro punto critico è rappresentato dai servizi di diagnosi e cura psichiatrica, che sovente hanno difficoltà nella presa in carico di un tossicodipendente.

I servizi di bassa soglia quindi assumono per molti utenti l'unico accesso al sistema dei servizi. Purtroppo, però, questa valenza non è sempre legittimata, in quanto, almeno nel nostro campione, più che di servizi si tratta di "progetti di servizio a bassa soglia", che per quanto essenziali risentono di finanziamenti precari. Questo vale in special modo per il Centro-Sud, dove ancora la L. 328/00 non sembra essere attuata pienamente.

Sempre rispetto alla questione dell'accesso ai servizi, ci sembra importante evidenziare alcuni nodi critici che spesso rappresentano un ostacolo sia per questa popolazione che per i Servizi oggetto della presente ricerca. Sicuramente un problema di accesso è rappresentato proprio dal fatto di essere senza dimora: se non si possiede una residenza anagrafica non si "esiste", pertanto si è preclusi dalle cure e pertanto la persona deve cercare di ottenere un'attribuzione di residenza nominale presso un'associazione di volontariato oppure un'ipotetica "via del comune X", che può risultare stigmatizzante e penalizzante, ma l'essere privo di una residenza anche solo formale impedisce l'esigibilità di alcuni diritti, tra cui il diritto alla cura e all'assistenza, oltretutto, di fatto, il diritto di voto. Senza un indirizzo di riferimento non c'è il rilascio della carta di identità; senza carta di identità non c'è libretto sanitario e accesso al sistema sanitario nazionale, né all'assistenza sociale di territorio. Nei fatti, proprio a coloro che avrebbero più bisogno, viene preclusa la fruizione dei servizi fondamentali. I diversi Comuni d'Italia utilizzano un ampio margine di discrezionalità nella pratica della iscrizione anagrafica nominale¹.

¹ D.P.R. 223/89 Normativa sulla residenza pubblicata su G.U. n. 132 del 08/06/89

Le amministrazioni che non intendono farsi carico della problematica, sia per gli oneri economici conseguenti, sia per timori di divenire polo di attrazione per i senza dimora, non applicando gli strumenti legislativi a disposizione, portano avanti una politica di discriminazione. Per una persona tossicodipendente senza dimora, la mancata iscrizione anagrafica significa non avere un SerT come riferimento per la cura.

Ancora, vogliamo soffermarci sul fatto di essere straniero senza permesso di soggiorno e diritto al codice STP. La legge 40 è molto chiara e anche il suo regolamento attuativo. Gli stranieri irregolari possono accedere alle cure “essenziali, urgenti, ancorché continuative”. Il tutto è precisato nella circolare del Ministero della Sanità, Ufficio x, del 24 Marzo 2000, in cui si afferma che lo straniero temporaneamente presente (STP), senza permesso di soggiorno, ha diritto a un codice sanitario e al relativo tesserino, che gli consente di curarsi e di accedere gratuitamente alle medicine (l’ASL si rivarrà, per le spese, su un apposito fondo del Ministero degli Interni). Lo straniero irregolare può così accedere al SerT e a tutte le prestazioni erogabili (compreso l’eventuale trattamento in strutture residenziali).

Il problema, anche per l’STP, è la sua applicazione. Le Regioni devono fare sì che le ASL predispongano le procedure delle pratiche per l’STP, le ASL devono realizzarle. Nei fatti, a distanza di cinque anni dall’emanazione della circolare, e a quattro dalla legge, la concretizzazione del diritto alla cura (non tutte) per lo straniero irregolare è ancora lontana dall’avvenire.

Per ciò che concerne i sistemi complessivi di servizi, ci pare di poter individuare delle lacune per ciò che concerne gli accompagnamenti lavorativi. L’inserimento lavorativo, un’opportunità di occupazione retribuita veicolata dai servizi, è una pratica sociale rivolta a restituire abilità a persone che l’hanno persa o non l’hanno raggiunta.

La borsa lavoro è risultato lo strumento più utile a disposizione degli operatori per favorire percorsi di inclusione sociale a sostegno di un’emancipazione possibile dalla dipendenza e dalle sue ripercussioni più negative.

Nelle esperienze più qualificate e dotate di strumenti, lo sbocco dell’assunzione vera e propria, quale esito del percorso in borsa lavoro, oscilla dal 50% al 60%. All’interno di tale percentuale, una quota risulta adeguata alla mansione e capace di cogliere pienamente l’opportunità. Un’altra risulta più fragile, in difficoltà, non per l’inserimento di per sé, ma per situazioni extra-lavorative difficili che possono ripercuotersi negativamente sul luogo di lavoro e che necessitano di un accompagnamento.

Le borse lavoro, però, non devono rappresentare l'unica opzione possibile, poiché esse presentano vari svantaggi:

- hanno un iter burocratico troppo lungo di accesso alla borsa. Ciò fa sì che molte persone si allontanino, rivolgendosi a lavori occasionali e precari, oppure risucchiati dalla dipendenza e dalla vita di strada;

- necessitano di un'attenta valutazione iniziale che valuti in maniera precisa le condizioni per l'inserimento. Gli errori riguardano soprattutto l'indicazione precoce per l'inserimento, quando invece in quel momento per quella persona non è opportuna;

- vi è sovente la confusione da parte del fruitore tra borsa lavoro e sussidio: la borsa lavoro viene vissuta come una modalità per fruire un reddito provvisorio e non come effettiva opportunità per il reinserimento sociale;

- la possibilità di una ripresa incontrollata dell'uso di sostanze, con modalità né contenibili né compatibili, pregiudica la continuità della prestazione lavorativa;

- l'insorgenza di problematiche psichiatriche, non controllate farmacologicamente, mettono a repentaglio il rapporto di lavoro.

Per quanto riguarda le interruzioni delle borse lavoro (40%-50%) risulta fondamentale non etichettarle come fallimenti, non sviluppare di conseguenza un atteggiamento punitivo; dare senso all'esperienza, cercando di cogliere gli aspetti positivi e riuscire a capire dove si è collocata la difficoltà, cercando di comprenderla insieme al soggetto, analizzarla e rielaborarla; rilanciare il progetto possibile, in considerazione delle risorse e dei limiti presenti, con realismo e con programmi ulteriormente individualizzati e mirati.

In tutto questo lavoro, di sostegno agli inserimenti, di elaborazione delle interruzioni e di ridefinizione dei programmi, il lavoro di rete tra diverse agenzie rimane alla base per il successo stesso degli inserimenti. Il bilancio di competenza e l'orientamento professionale, la formazione e il *training*, l'inserimento lavorativo e il suo accompagnamento, la risoluzione della situazione abitativa del reinserimento ambientale, il monitoraggio della cura e la prevenzione della ricaduta, sono tutte funzioni che richiedono divisione del lavoro e integrazione tra i servizi.

La borsa lavoro non deve collocarsi solo alla fine di un trattamento terapeutico, ma ne è uno degli strumenti. Nel momento in cui il veicolo di reintegrazione sociale, offrendo oltretutto reddito anche socialità, identità e parziale soddisfazione intrinseca, rappresenta uno strumento di aiuto non

secondario. Pertanto riteniamo che questo strumento debba essere utilizzato non solo dai servizi “riabilitativi” ma anche da servizi di bassa soglia.

Le cooperative sociali di tipo B non possono essere individuate dai servizi come gli esclusivi protagonisti del reinserimento lavorativo. Si crea un’inevitabile strozzatura tra inserimenti e assunzioni, con il rischio di dover ricavare mansioni lavorative non corrispondenti a bisogni reali, che non definiscono profili professionali e non creano sbocchi in loco. Nella loro doppia funzione di azienda con la preoccupazione del bilancio e di produttrici di riabilitazione, oltretutto di beni specifici, le cooperative necessitano che tale funzione venga riconosciuta in una maniera più significativa di quanto oggi non avvenga.

I percorsi di inclusione sociale si appoggiano sugli inserimenti lavorativi, ma non possono esaurirsi in essi. È necessario un reinserimento attento, contestualmente, alla questione della casa, del tempo libero, della famiglia, delle relazioni.

Il nostro lavoro, pur con i suoi limiti, ha comunque evidenziato, la mancanza di una raccolta sistematica di dati sul fenomeno tossicodipendenza e senza fissa dimora.

Un esito positivo del progetto è ad esempio rappresentato dalla ASL di Reggio Emilia, che in seguito alla nostra richiesta di dati, ha iniziato a pensare a un sistema informativo, rivolto anche ai centri di bassa soglia, per monitorare questo fenomeno. Sicuramente è necessario sviluppare anche una cultura, soprattutto tra gli enti del privato sociale, che faccia porre una maggiore attenzione alla raccolta sistematica di “numeri”, ma anche un’attenzione da parte delle Istituzioni competenti a raccogliere i dati (gli Osservatori, le ASL, etc.) a diffondere gli esiti di questa raccolta. Spesso, infatti, gli operatori lamentano una grande fatica di raccolta di informazioni per una popolazione così problematica, fatica che non viene ricompensata con la disseminazione degli esiti.

Infine, vogliamo in questa sede sottolineare come i servizi invitati a partecipare ai focus group abbiano dimostrato un alto livello di interesse e partecipazione. Nel caso di Roma, ad esempio, tutti i partecipanti, dai servizi pubblici e quelli del privato sociale, hanno espresso una necessità di continuare a “vedersi”, di costruire un momento comune in cui sollecitare domande e darsi risposte, integrando le varie risorse. Una prassi condivisa in tutti i territori indagati è quella dell’integrazione, ma talvolta non si riesce ad arrivare ad un sistema integrato, perché l’integrazione avviene tra tratta-

menti. Il sistema è un qualcosa di più complesso, perché implica l'individuazione di strategie che mettano in atto metodologie comuni. Parlare di sistema integrato significa parlare di complessità e connettere, più che mettere insieme, quello che è disgiunto. Significa concepire realtà diverse e differenti tra loro, come facce di un'unica realtà complessa. È una grande sfida, ma crediamo sia l'unica risposta possibile per essere efficaci ad affrontare questo fenomeno complesso.

BIBLIOGRAFIA

- ACOSTA O. and TORO P. (2000), *Let's ask the Homeless People themselves: A needs assessment based on a probability sample of adults*. American Journal of Community Psychology, 28 (3): 343-66.
- BASCH C. (1987), *Focus group interview: an under-utilised research technique for improving theory and practise in health education*. Health Education Quarterly (14): 411-8.
- BORSELLI D., Chiodini P., Piazzesi P., Stagnitta M. (2004), *Dentro la città - Outsiders e porte aperte. Due esperienze di bassa soglia nel territorio fiorentino*, Comune di Firenze.
- BLANCHON T. et al. (2003), *Homelessness and high dosage of buprenorphine misuse*. Subst Use Misuse 38 (3-6): 429-42.
- CARPENTIER C. (2002), *Drug-Related Social Exclusion in the Context of Socio-Demographic and Economic Indicators*, documento di lavoro, OEDT, Lisbona.
- CHAMBERLAIN C. & MACKENZIE D. (1992), *Understanding Contemporary Homelessness: Issues of Definition and Meaning*. Australian Journal of Social Issues, Vol.27, No. 4: 274-297.
- COMUNE DI FIRENZE (2004), *Relazione Sociale, Anno 2003*, Comune di Firenze.
- COSTA G. et al. (1999), *Le disuguaglianze nella salute e il piano sanitario*, Epidemiologia e Prevenzione 23.
- CROFTS, N. & REID, G. (2000), *Primary health care among the street drug-using community in Footscray: A Needs Analysis*. The Centre for Harm Reduction of the Macfarlane Burnet Centre for Medical Research, Melbourne, Australia.
- CULLANE D.P., GOLLUB E., KUHN R., SHPANER M. (2001), *The co-occurrence of AIDS and homelessness: results form the integration of administrative database for AIDS surveillance and public shelter utilisation in Philadelphia* J Epidemiol Community Health, 55 (7): 515-20.

- GLASER B.G. & STRAUSS A.L. (1998), *The discovery of grounded theory: strategies for qualitative research*, Aldine, New York.
- GONZALEZ A., GONZALEZ F. & AGUIREE M. (2000), *Rehabilitation and Social Insertion of the Homeless Chronically Mentally Ill*. International Journal of Psychosocial Rehabilitation, 4: 446-465.
- GOULDEN C., SONDHAI A. (2001), *At the Margins: Drug Use by Vulnerable Young People in the 1998/99 Youth Lifestyles Survey*, ricerca Ministero degli Interni n. 228, Home Office, Londra.
- GROSSO L. (1995), *L'individualizzazione degli interventi di riduzione del danno* Animazione sociale; 2, 1995.
- HARTNOLL R. (2004), *Connecting research, policy and practice: Lessons learned, challenges ahead*. Pompidou Group, Strasbourg.
- HICKEY C. (2002), *Crime and Homelessness*, Focus Ireland and PACE, Dublin.
- IRCS SAN GALICANO (2000), *Le persone senza dimora: salute senza esclusione*. Atti del VII Workshop Internazionale su "Cultura, Salute e Migrazione", CNR.
- JOHNSON T.P. et al. (1996), *Self-reported risk factor for AIDS among homeless youth*, AIDS Educ Prev 8 (4): 308-22.
- KITZINGER J. (1995), *Qualitative research: introducing focus group*. BMJ (311): 299-302.
- KOEGEL P., SULLIVAN G. et al. (1999), *Utilisation of mental health and substance abuse services among adults in Los Angeles*. Medical Care, 37 (3): 306-17.
- VAN LAERE I.R., BUSTER M. (2001), *Health problems of homeless people attending the outreach primary care surgeries in Amsterdam*, Ned Tijdsch Geneesk 145 (24), 1156-60.
- MATERIA E. et al. (1999), *Le disuguaglianze nella salute e nell'assistenza sanitaria*. Epidemiologia e Prevenzione 23.
- MERTON R. et al. (1956), *The focused interview: a report of the bureau of applied social research*. University of Columbia, New York.
- MINISTERO DELLA GIUSTIZIA (2003), *Dati Dipartimento Amministrazione Penitenziaria* www.giustizia.it
- MINISTERO DELLA SANITÀ E MINISTERO DELLA SOLIDARIETÀ SOCIALE (2000), *Linee Guida Sulla Riduzione Del Danno*. Bollettino per le farmacodipendenze e l'alcoolismo, anno XXIII, n. 3.
- MINISTERO DEL WELFARE (2004), *Relazione Annuale al Parlamento sullo stato delle tossicodipendenze in Italia*.

- MEUSER, K.T., DRAKE, R.E., MILES, K.M. (1996), *The Course and Treatment of substance use disorder in persons with severe mental illness in Treatment of Drug Dependent Individuals with Comorbid Mental Disorders*. NIDA: Monograph Series nr. 172.
- MURPHY E. et al. (1998), *Qualitative research methods in health technology assessment: a review of literature*, Aton: Core Research.
- PAVARIN R.M. (2005), *Rapporto 2003 sulle dipendenze in area metropolitana: caratteristiche tossicodipendenti e alcolisti*, Osservatorio Epidemiologico Metropolitano Dipendenze Patologiche www.ossdipbo.org
- POLVANI S., RODOLFI F. (2004), *La dipendenza nel territorio della ASL 10 Firenze: Bollettino anno 2003 e andamento nel periodo 1996-2003*, Regione Toscana – Osservatorio Socio-Epidemiologico per le Tossicodipendenze e l’Alcolismo.
- ROTARIS M. (2000), *Tossicodipendenza, abbandono, relazione di aiuto*. Boll, Farmacodip. Alc. 4.
- RUO M. (2001), *I percorsi dei tossicodipendenti marginali a Bologna*, Osservatorio Epidemiologico Metropolitano Dipendenze Patologiche www.ossdipbo.org.
- SACKETT D. et al. (1997), *Evidence based medicine: how to practise and to teach EBM*, Churchill Livingstone, London.
- TOMAS B. (2001), *Möglichkeiten und Grenzen sozialer Integration von SuchtmittelkonsumentInnen – Erfahrungen aus der Praxis*, in “Tagungsband der Enquete Wirkungskreise – Was wirkt in der ambulanten Suchttherapie? Was braucht ambulante Suchttherapie um zu wirken?”, Verein Dialog, Vienna: 56-64.
- VICTORIAN HOMELESS STRATEGY (2000), *Victorian Homeless Strategy – Support Responses to Adults with a Mental Illness’ or Dual Diagnosis who are Homeless: Background Paper September 2000*. Victorian Department of Human Services, Melbourne, Australia.
- ZERGER S. (2002), *Substance Abuse Treatment: What Works for Homeless People? A Review of the Literature*, prepared for Translating Research into Practice, Subcommittee of National HCH Council & HCH Clinicians Network Research Committee. National Health Care for the Homeless Council, Nashville.

APPENDICE 1 RIFERIMENTI LEGISLATIVI

App. 1.a Quadro dello sviluppo della normativa italiana in materia di stupefacenti

Legge n. 685 del 22 dicembre 1975

La legge n.685 del 22 dicembre 1975 rappresenta la prima legge organica in materia di droga e dipendenze. Tale legge derivava da un ripensamento e da una riconsiderazione del fenomeno a livello internazionale

La legge 685 presentava alcune fondamentali novità rispetto alla precedente legge 1041 del 1954. La prima riguardava l'estensione della disciplina alle sostanze psicotrope e cioè alle anfetamine, ai barbiturici, ai tranquillanti e agli allucinogeni. La seconda novità concerneva l'instaurazione di una strategia differenziata, che prevedeva da un lato la depenalizzazione dell'acquisto, della detenzione illeciti per uso personale, e dall'altro pene di speciale rigore nei confronti dei grandi trafficanti professionali organizzati. La terza riguardava l'apertura verso attività di prevenzione, di trattamento e di reinserimento sociale dei soggetti farmaco dipendenti. Con la legge 685 la tossicodipendenza cessa, quindi, di essere tematizzata esclusivamente come un problema di ordine pubblico e diviene anche un problema sociale e sanitario: il tossicodipendente e la sua famiglia possono uscire finalmente allo scoperto e accedere ai servizi di cura e riabilitazione predisposti ad hoc.

Da questo punto di vista la legge 685 può essere considerata come un'importante legge di riforma all'interno di un periodo di politica delle riforme (nuovo diritto di famiglia, legge sull'aborto, riforma penitenziaria, voto ai diciottenni, statuto dei lavoratori, ecc.). La tossicodipendenza viene presa in carico dalle Istituzioni come problema sociale sul quale esercitare una responsabilità pubblica, il cittadino tossicodipendente non viene più solo

raffigurato come un deviante, ma come portatore di legittimi diritti, tra i quali la cura e la riabilitazione. Se da un lato, infatti, si ribadiva il diritto e la necessità di difendere la collettività dallo spaccio di sostanze stupefacenti da parte della criminalità organizzata sempre più aggressiva e penetrante, al contempo la comunità iniziò ad essere considerata soggetto di programmi di prevenzione e di intervento curativo nei confronti del rischio droga. Con la nuova legge diveniva possibile affrontare il problema droga con una strategia differenziata che si adattasse alle diverse situazioni ed esigenze.

Fra gli elementi di novità introdotti dalla legge 685 vale la pena sottolineare i seguenti:

1. l'attribuzione al Ministero della Sanità del compito di dirigere, attraverso le direttive, l'indirizzo e il coordinamento delle politiche di prevenzione, cura e riabilitazione degli stati di tossicodipendenza da sostanze stupefacenti, di vigilare sulla coltivazione, la produzione, la fabbricazione, il commercio, il transito ecc. di sostanze stupefacenti; è il Ministero della Sanità che deve curare i rapporti con i diversi organismi internazionali, quindi anche con gli uffici delle Nazioni Unite, eseguendo tempestivamente gli adempimenti previsti nelle convenzioni ratificate dall'Italia;

2. la messa in atto di interventi di prevenzione, di cura e riabilitazione viene delegata alle Regioni; vengono previsti comitati regionali per la prevenzione della tossicodipendenza e una rete territoriale di centri medici e di assistenza sociale (Cms), gestiti in un primo tempo dai comuni e in seguito dalle U.S.L.;

3. per essere considerata stupefacente una sostanza deve essere inserita nell'apposito elenco predisposto dal Ministero della Sanità, costantemente aggiornato: inoltre, vengono create sei tabelle nelle quali sono inserite le sostanze ritenute stupefacenti, accorpando nella prima le cosiddette "droghe pesanti" (oppio e derivati, coca e derivati, anfetamine, tetraidocannabinoli – "olio di hashish" – e allucinogeni) e nella seconda la cannabis indica e i suoi derivati, le cosiddette "droghe leggere";

4. la non punibilità della detenzione per uso personale, anche ai fini non terapeutici, di modiche quantità di stupefacenti; la detenzione rimane comunque reato, ma il soggetto trasgressore è considerato malato piuttosto che delinquente, non è soggetto ad alcuna pena: sempre che la quantità di cui è stato trovato in possesso sia ritenuta "modica";

5. l'unica istituzione sanitaria presente nella precedente legge, l'ospedale psichiatrico, viene esclusa dai luoghi di ricovero possibili: viene riconosciu-

to invece il diritto di scelta dei luoghi di cura e dei medici curanti, nonché il diritto a mantenere l'anonimato, a fruire di interventi terapeutici improntati al rispetto della personalità degli assistiti e non autoritari né repressivi;

6. viene arricchito il circuito terapeutico per la prevenzione cura e riabilitazione degli stati di tossicodipendenza con nuove figure professionali: gli assistenti volontari e gli Enti Ausiliari, ovvero, come recita l'art. 94 "associazioni, enti ed istituzioni pubbliche o private che abbiano come loro specifica finalità l'assistenza sanitaria, sociale e della riabilitazione di ogni categoria di persone in stato di necessità, senza scopo di lucro"; il rapporto fra gli Enti ausiliari e le Regioni è regolato da apposita convenzione, contenente reciproci diritti e doveri, anche di carattere economico, fermo restando che l'attività di detti enti è sottoposto al controllo e agli indirizzi di programmazione della regione nella materia;

7. per quanto riguarda la disciplina della repressione delle attività illecite è previsto un sistema sanzionatorio di notevole ampiezza, sia per quanto riguarda le diverse condotte illecite (produzione, offerta, importazione, detenzione...), sia alle fattispecie di reato aggiuntive (associazione per delinquere, agevolazione, induzione...): a questi tipi di condotte illecite corrispondono sanzioni che vanno da otto mesi a trent'anni di reclusione per i casi considerati più gravi.

Dal 1979 al 1989 vennero presentate in Parlamento diverse proposte di modifica della normativa sulla tossicodipendenza, anche in considerazione del fatto che, nei quindici anni di applicazione della 685, questa non ottenne i risultati sperati nel senso di costituire un argine alla diffusione della tossicodipendenza. Di qui le spinte al cambiamento, che hanno infine condotto alla approvazione della legge n.162/1990.

La legge n.162 del 26 giugno 1990 – DPR 309/90

Gli elementi rilevanti di questa nuova legge riguardano i seguenti aspetti:

1. la ridefinizione degli organi di indirizzo dell'azione antidroga sia a livello nazionale che locale, con il diretto coinvolgimento della Presidenza del Consiglio dei Ministri che assume la responsabilità politica dell'implementazione delle politiche nazionali in questo settore, presso la quale viene istituito il comitato nazionale di coordinamento per l'azione antidroga. La

Presidenza del Consiglio ha l'obbligo di presentare ogni anno una relazione al Parlamento sull'andamento del fenomeno e ogni tre anni dall'entrata in vigore della legge deve convocare una Conferenza Nazionale con il compito di valutare i risultati del triennio e trasmetterli al Parlamento per le eventuali correzioni legislative; inoltre, vengono ampliati i poteri del Ministero dell'Interno nel settore del coordinamento delle azioni preventive e repressive;

2. la previsione di collaborazioni e interventi dell'Italia in campo internazionale per contrastare la produzione delle droghe ed aiutare i paesi produttori ad una riconversione delle culture illecite;

3. il sanzionamento, in linea con l'articolo 80 della legge 685/75, della detenzione di qualsiasi quantitativo di stupefacenti. L'articolo 13 stabilisce, infatti, che "È vietato l'uso personale di sostanze stupefacenti o psicotrope, di cui alle tabelle I, II, III, IV...". La gamma delle sanzioni è piuttosto ampia e diversificata, e va dalle sanzioni amministrative, articolo 15, ai provvedimenti dell'autorità giudiziaria, ovvero le sanzioni penali, articolo 16. La condizione che determina se l'atto costituisce reato o illecito amministrativo è la "dose media giornaliera" che ha sostituito "la modica quantità". Sarà compito del Ministero della Sanità determinare, attraverso decreto, i "limiti quantitativi massimi di principio attivo per la dose media giornaliera" ed aggiornarlo periodicamente "in relazione all'evoluzione delle conoscenze nel settore" (art.78.2 lett. c).

4. l'introduzione della terapia volontaria in sospensione del procedimento offerta come alternativa alla sanzione;

5. il potenziamento degli interventi preventivi, curativi e riabilitativi affidati al coordinamento e direzione delle Regioni e degli Enti Locali, attraverso la collaborazione degli Enti Ausiliari che, attraverso l'iscrizione in appositi albi, possono accedere a convenzioni. Viene inoltre creato un Fondo Nazionale di intervento per la lotta alla droga presso la Presidenza del Consiglio dei Ministri per il finanziamento dei progetti; viene prevista la possibilità di contributi per la costruzione o l'ampliamento di immobili destinati a sede di comunità terapeutiche e la concessione di strutture demaniali in uso per la creazione di centri di cura e recupero;

6. viene dedicato un titolo agli interventi informativi ed educativi, in particolare rivolti al mondo scolastico, nei quali viene prevista l'attivazione dei centri di informazione e consulenza, all'interno dei quali possono intervenire sia i servizi pubblici che gli Enti Ausiliari;

7. i pesanti inasprimenti di pena previsti per lo spaccio, e l'introduzione di nuove metodologie e strumenti a disposizione della polizia giudiziaria, in particolare l'acquisto simulato di droga, prima impossibile, e il ritardo od omissione degli atti di cattura allo scopo di favorire le indagini internazionali.

Le innovazioni ritenute unanimemente positive sono quelle che riguardano la strumentazione offerta alla polizia per la lotta al traffico e allo spaccio, l'impegno internazionale dell'Italia nella lotta alla droga e per la riconversione delle culture illecite, il reimpiego dei beni sequestrati ai trafficanti per finanziare attività di prevenzione e repressione, l'impegno rinnovato nella informazione e prevenzione in particolare nella scuola, e soprattutto la creazione del fondo nazionale, strumento unificato di finanziamento delle attività in materia.

Le funzioni operative si concentrano nei "servizi pubblici per l'assistenza socio sanitaria ai tossicodipendenti" e istituiti presso ciascuna Unità Sanitaria locale. I servizi in questione si pongono come reti di "centri medici e di assistenza sociale". In considerazione del fatto che all'entrata in vigore della legge n.162, e dunque a quasi 15 anni dall'approvazione della legge n.685, il 30% circa delle USL italiane non aveva ancora istituito un servizio per la tossicodipendenza, viene previsto un articolato sistema di sostituzioni in caso di inadempienza degli organi preposti.

La normativa fornisce inoltre indicazioni precise anche in merito all'organico e alle caratteristiche organizzative, indicando che i servizi devono comprendere le figure professionali del medico, dello psicologo, dell'assistente sociale, dell'infermiere, dell'educatore professionale e di comunità, il tutto in numero necessario a svolgere attività di prevenzione, cura e riabilitazione, anche domiciliari e ambulatoriali. Che il servizio deve essere operativo nell'arco di tutte le 24 ore della giornata e provvedere anche agli interventi relativi al trattamento della sieropositività dei tossicodipendenti.

L'organizzazione dei Servizi pubblici per le tossicodipendenze sarà successivamente definita e articolata dal Decreto Ministeriale 444/90 che stabilisce la struttura organizzativa e i compiti dei nuovi servizi denominati SerT.

Accanto ai Servizi Pubblici Sanitari il testo unico riserva una specifica menzione, data la loro importanza, ai servizi attivati dai comuni e delle comunità montane anche in collaborazione con il volontariato e il privato sociale, riconoscendogli un ruolo importante soprattutto in tema di reinserimento scolastico, lavorativo e sociale.

Dare centralità anche al privato sociale risponde ad un dato di realtà imprescindibile, ovvero il ruolo massiccio svolto da enti privati nel settore degli interventi terapeutici, ed ad una scelta politica, di riportare sotto il controllo legislativo ed amministrativo un settore assai eterogeneo.

In tale senso viene attribuita la denominazione di “enti ausiliari” all’insieme delle risorse private che possono affiancare i servizi pubblici, a seguito di specifica abilitazione, ad effettuare interventi nel settore con definizione delle procedure e modalità per l’attuazione degli interventi.

Il programma terapeutico predisposto dal servizio pubblico può avere come riferimento per l’attuazione le stesse strutture del servizio, le strutture riabilitative iscritte negli appositi albi regionali, il medico di fiducia, fermo in ogni caso che spetta al servizio pubblico il controllo sull’attuazione del programma da parte del tossicodipendente.

REFERENDUM 1993

Con il referendum del 18 aprile 1993, viene modificato il testo unico delle leggi in materia di tossicodipendenza 309/90, attraverso l’abrogazione degli articoli relativi al concetto di dose media giornaliera e alle sanzioni penali per il consumatore, verso il quale possono essere disposte solo sanzioni amministrative. Inoltre viene cancellato l’articolo 72 comma 1, ovvero quello che recita: “È vietato l’uso personale di sostanze stupefacenti o psicotrope di cui alle tabelle I, II, III, IV...”.

Legge 18 febbraio 1995, n. 45

La legge n.45 modifica parzialmente il Testo Unico delle leggi in materia di disciplina degli stupefacenti e sostanze psicotrope, prevenzione, cura e riabilitazione dei relativi stati di tossicodipendenza N.309/90.

La legge si caratterizza soprattutto per tre aspetti:

- il decentramento di gran parte (75%) delle risorse finanziarie del Fondo Nazionale di intervento per la Lotta alla Droga;
- il rafforzamento della struttura centrale di coordinamento e monitoraggio del fenomeno;
- la riqualificazione dei servizi pubblici e del privato sociale e del relativo personale.

La legge 45 dispone di provvedimenti attuativi che introducono importanti elementi di novità.

Con Decreto del Presidente del Consiglio 28 aprile 1999 viene costituito il Comitato Nazionale di Coordinamento per l'azione antidroga, con funzione di indirizzo e di promozione delle politiche generali di prevenzione e di intervento contro la illecita produzione e diffusione delle sostanze psicotrope e stupefacenti.

Con Decreto del Ministero per la solidarietà in data 12 aprile 1999 è stata istituita la Consulta degli operatori e degli esperti in materia di tossicodipendenza.

Con Decreto del Presidente del Consiglio 10 settembre 1999 è stato emanato un Atto di indirizzo e coordinamento alle Regioni sui criteri generali per la valutazione e il finanziamento di progetti finalizzati alla prevenzione e al recupero dalle tossicodipendenze. Il provvedimento si caratterizza in termini fortemente innovativi, essendo finalizzato a realizzare un organico sistema di pianificazione degli interventi secondo una logica di integrazione settoriale e territoriale. Il decreto inoltre si muove verso un ripensamento del modo di operare dei servizi pubblici e privati. Vengono infatti favoriti i progetti che rispondono ad una cultura progettuale capace di definire bisogni prioritari, obiettivi chiari, metodologie e azioni congruenti sul territorio. Al fine di superare una metodologia di intervento centrata esclusivamente, o quasi, sulla tossicodipendenza da eroina, il decreto invita formalmente i servizi ad occuparsi di tutte le sostanze di abuso, incluse quelle legali; dovendo poter rispondere anche ai più generali aspetti connessi all'abuso di sostanze. Proprio per sviluppare e consolidare gli interventi sulle nuove tematiche poste dall'uso/abuso di sostanze si includono in questo documento linee di orientamento inerenti le nuove droghe e l'alcol.

Con l'Accordo Stato-Regioni per la riorganizzazione del sistema complessivo di assistenza ai tossicodipendenti (21/01/1999), nella cornice di una più generale strategia politica fondata su una volontà di decentramento e di conferimento di una crescente autonomia, viene dato uno specifico mandato nella riorganizzazione dei servizi delle tossicodipendenze.

Compito che, per produrre risultati coerenti con gli specifici bisogni del territorio, deve avere come parole chiave la raccolta preliminare d'informazioni e la costruzione di metodi e di strumenti per la programmazione, la valutazione e il controllo.

D'altra parte, la legge 328/2000 ribadisce la necessità di perseguire pro-

cessi d'integrazione degli interventi socio-assistenziali e socio-sanitari attraverso la realizzazione di un vero e proprio piano integrato di salute.

Con provvedimento della Conferenza permanente per i rapporti fra lo Stato e le Regioni in data 5 agosto 1999 è stato emanato l'Atto di Intesa Stato-Regioni, per la determinazione dei requisiti minimi standard per l'autorizzazione al funzionamento e per l'accreditamento dei servizi privati di assistenza alle persone dipendenti da sostanze d'abuso.

Dovranno essere adeguati gli schemi di organizzazione e di funzionamento del sistema dei servizi, finora basati sulle caratteristiche e necessità degli eroinomani, sia per cogliere tempestivamente le modificazioni del fenomeno, sia per programmare gli interventi più opportuni. È previsto che le Comunità terapeutiche devono sempre più trasformarsi in ambiti di trattamento residenziale intensivo, sviluppando una forte interazione con i servizi specialistici.

È previsto l'adeguamento dei SerT alla nuova utenza (in particolare al consumo di droghe sintetiche) ed alle nuove realtà sociali, perché insieme al privato sociale escano dalla trincea e lavorino direttamente in strada.

Al fine di rispondere in modo adeguato al fenomeno, nella sua complessità, viene riconosciuta la necessità di utilizzare interventi complessi di natura sociale, sanitaria ed educativa e, conseguentemente, una gamma di servizi diversificati, ma integrati tra loro.

Le Conferenze Nazionali sulla Droga

A partire dal 1993, in adempimento al comma 15, art. 1 del DPR 309/90 il Presidente del Consiglio dei Ministri, nella sua qualità di presidente del Comitato Nazionale di coordinamento per l'azione antidroga, ogni tre anni convoca una Conferenza Nazionale sui problemi connessi con la diffusione delle sostanze stupefacenti e psicotrope alla quale invita soggetti pubblici e privati che esplicano la loro attività nell'ambito della prevenzione e della cura delle tossicodipendenze. Le conclusioni di tali conferenze sono comunicate al Parlamento anche al fine di individuare eventuali correzioni alla legislazione antidroga dettate dall'esperienza applicativa.

Le conferenze nazionali divengono un appuntamento estremamente partecipato dagli operatori del settore e costituiscono un importante strumento per l'individuazione delle priorità e la programmazione degli interventi

nell'ambito della prevenzione, cura e riabilitazione di persone con problemi relativi all'uso di sostanze stupefacenti. Il confronto tra politici, esperti e operatori dei servizi consente la diffusione del know-how sulle esperienze realizzate, una valutazione delle offerte e la rilevazione delle nuove emergenze e proposte operative.

La Prima Conferenza Nazionale, realizzata a Palermo nel giugno 1993, è un importante appuntamento utilizzato per ribadire alcuni principi di fondo che devono sottendere la definizione di qualsiasi tipo di intervento:

– la necessità di reinterpretare il rapporto tra tossicodipendente e società, rifuggendo da facili schematismi sociologici, psicologici o economici, per coglierne l'intera complessità;

– la necessità di rinunciare a generici approcci globalistici del problema per favorire un'articolazione delle questioni in modo da cogliere specificità che vanno comunque integrate in una vera e propria strategia dell'interconnessione, imperniata su linee forza quali l'autodeterminazione e l'autorealizzazione della persona.

Centrale rimane il tema dei servizi strutturati sulla cura e riabilitazione di consumatori di eroina, anche se vengono introdotti elementi importanti che fanno presagire la necessità di sviluppare un sistema dei servizi adeguato a rispondere a richieste ed utenze differenziate.

La più importante apertura della Conferenza di Palermo è sicuramente quella relativa alla riduzione del danno: superando i tabù e i pregiudizi con cui sono spesso state connotate le prime esperienze pionieristiche di interventi di riduzione del danno realizzati in Italia, all'interno della Conferenza è stata prevista una specifica commissione che partendo dal confronto delle esperienze realizzate e dalla valutazione degli effetti, ha consentito che tale modalità operativa divenisse patrimonio condiviso dei servizi. Si propone una programmazione degli interventi che includa servizi quali le unità di strada, i centri intermedi di accoglienza, le unità mobili di rianimazione e pronto intervento medico, le unità mobili per la terapia metadonica, i SerT di riferimento, i distributori automatici di siringhe. Presupposto sostanziale della strategia è il contatto con un'utenza che non si rivolge ai servizi, che non vuole uscire, in quel dato momento, dalla tossicodipendenza, che non sa articolare domande di aiuto.

Si tratta pertanto di articolare interventi rivolti a una popolazione che spesso vive in condizioni di elevata emarginazione sociale, spesso coinvolta in attività di spaccio e microcriminalità, o nei circuiti della prostituzione.

Viene sottolineato il fatto che nella distribuzione di strumenti di profilassi non è sufficiente l'utilizzo di attrezzature automatiche; fondamentale risulta invece la relazione interpersonale, l'accoglienza e l'offerta di altre possibili opzioni di aiuto.

La Seconda Conferenza Nazionale, tenutasi a Napoli nel marzo 1997, a partire dagli sviluppi che stavano caratterizzando l'evoluzione del fenomeno tossicodipendenza (diffusione delle nuove droghe; la tossicodipendenza da eroina, pur continuando ad interessare anche una popolazione di 20-30 anni, registra un invecchiamento dell'utenza; aumento delle morti per overdose nel 1995; presenza di gruppi di tossicodipendenti ad alta emarginazione; presenza di un'area sommersa che non raggiunge i servizi; alta percentuale di detenuti con problemi legati alla tossicodipendenza) individua cinque aree su cui il Governo ritiene necessario incentrare l'attenzione:

- politiche di prevenzione
- lotta al traffico
- rete integrata dei servizi
- strategie di riduzione del danno
- carcere.

All'interno dei lavori della Conferenza si ribadisce, da un lato la necessità di lavorare su un'integrazione tra servizi pubblici e privati per costruire una rete coerente e coordinare le attività di prevenzione, cura e riabilitazione, dall'altro l'esigenza di adottare strategie che abbassino i livelli di accesso ai servizi, anche differenziandone le offerte, per favorire l'accesso di quella popolazione coinvolta nel consumo di sostanze che non ha ancor intrapreso – o non ha intenzione di intraprendere – percorsi terapeutici o riabilitativi.

In particolare, dalla Commissione "Programmi speciali: pronta accoglienza e strutture intermedie" viene rilevata la necessità, all'interno dei servizi del pubblico e del privato sociale, di interventi e strumenti diversificati e articolati. Si propone pertanto di strutturare:

- *progetti di primo contatto* rivolti al sommerso del mondo delle tossicodipendenze, di cui fanno parte: un'area di alta emarginazione: tossicodipendenti senza fissa dimora, tossicodipendenti in AIDS, tossicodipendenti detenuti, tossicodipendenti con co-diagnosi psichiatrica, tossicodipendenti immigrati; un'area di consumatori il cui uso di sostanze è generalmente compatibile con l'attività lavorativa e l'inserimento sociale, raggiungibile soltanto nei luoghi del consumo e del divertimento, come nel caso degli assuntori di nuove droghe.

Il lavoro di strada è considerato la metodologia più adeguata per attuare interventi rivolti a queste popolazioni, tenendo conto della necessità di strutturare azioni differenziate adeguate alle esigenze dei diversi target: gruppi naturali dotati di struttura autonoma e autonomia progettuale per cui risultano necessari interventi di prevenzione primaria e di promozione delle risorse; aggregazioni informali che adottano comportamenti a rischio o vivono situazioni di disagio, per cui è necessario attivare interventi di prevenzione secondaria; situazioni a rischio quali senza fissa dimora, ragazzi di strada, famiglie problematiche su cui è necessario attivare percorsi di inclusione sociale; situazioni di marginalità conclamata per cui diviene prioritario attivare azioni che aumentino i sistemi di tutela e autotutela della salute, di riduzione del danno, di reinserimento sociale.

Circa le strategie di riduzione del danno, la Commissione “Riduzione del danno e utilizzazione dei farmaci sostitutivi: strategie e contenuti”, sottolinea l’importanza della collaborazione tra i servizi del pubblico e del privato sociale, con particolare riguardo all’integrazione delle attività di unità mobili, centri di prima accoglienza e SerT. Tale Commissione propone pertanto di strutturare:

– *progetti urgenze sanitarie*: considerato l’aumento dei casi di tossicodipendenza tra la popolazione immigrata clandestina, viene individuata la necessità di includere la disintossicazione tra gli interventi sanitari di urgenza consentiti dall’attuale legislazione sull’immigrazione, in modo da consentire la presa in carico di questa popolazione;

– *progetti di diversificazione delle strutture residenziali*: si propone una trasformazione delle attuali comunità terapeutiche per rispondere in maniera idonea a situazioni che appaiono diversificate. Si ritiene fondamentale dare impulso a:

- centri di crisi e comunità di pronta accoglienza
- centri di accoglienza post-carcere
- case alloggio per malati di aids
- ripari a bassa soglia e asili notturni
- appartamenti per la fase di rientro dalla comunità e per donne tossicodipendenti in gravidanza;

– *progetti residenza*: necessità di chiarire le modalità di attuazione della normativa sulle Residenze e delle Linee Guida distribuite ai Comuni, circa l’attribuzione di una residenza nominale ai senza fissa dimora tramite le organizzazioni del volontariato o i dormitori pubblici. Questo garantirebbe

la possibilità di entrare in possesso dei documenti necessari per l'accesso ai servizi (carta di identità, libretto sanitario).

Per quanto riguarda i progetti finanziati dal Fondo Nazionale per la lotta alla droga la Commissione Istruttoria di valutazione indica ancora insufficiente la descrizione delle modalità di valutazione dei progetti presentati, sottolineando che il processo di verifica deve diventare un *modus operandi* e un meccanismo di formazione permanente degli operatori.

La conferenza di Genova del 28-30 novembre 2002, la terza, rappresenta un momento di bilancio sull'attuazione degli impegni delineati nella Conferenza di Napoli (i giovani, l'integrazione dei servizi, interventi di inclusione sociale rivolte alle fasce più marginali della popolazione che consuma sostanze stupefacenti, il problema carcere). La predisposizione di specifici strumenti legislativi, quali l'Accordo Stato-Regioni e la Legge 45, definiscono un quadro di rilancio e innovazione delle politiche pubbliche per la salute e per l'integrazione sociale in cui acquistano rilievo gli interventi mirati alla creazione di una rete integrata di servizi per la presa in carico delle persone tossicodipendenti. In questo processo giocano un ruolo importante le Regioni, che possono assumersi il ruolo di principale interlocutore con le diverse organizzazioni che contribuiscono nel pubblico, nel privato e nel terzo settore, a garantire l'assistenza al tossicodipendente. Le Regioni divengono fulcro di una programmazione concertata a livello nazionale e decentrata sul territorio.

Dal punto di vista operativo sono i nuovi Dipartimenti delle Dipendenze le strutture preposte alla programmazione e alla concertazione di diverse soggettività, avvalendosi del contributo e delle risorse provenienti dall'esperienza del privato sociale, a cui con l'atto di intesa Stato-Regioni sono riconosciute pari dignità e opportunità.

Si sottolinea comunque la necessità di dotare di un supporto e programmatico le ASL, rispetto alle modalità di acquisizione delle offerte presenti sul mercato, per valorizzare la qualità dei servizi, così come l'importanza che le Regioni si assumano un compito di analisi realizzata in modo congiunto e dinamico con le realtà locali (Comuni, ASL, Prefetture, Enti Ausiliari, Cooperative Sociali, Volontariato) per individuare, in un piano strategico locale, le priorità e gli apporti che le singole realtà potranno fornire.

Riguardo ai fondi della Legge 45, vengono indicati quali prioritari gli investimenti sulla prevenzione del disagio e gli interventi rivolti ai giovani. Affinché venga realmente realizzata la rete integrata dei servizi si insiste sulla

necessità di un radicamento sul territorio dei servizi, che devono spostarsi anche sulla “strada”, per andare incontro a chi non ha ancora scelto di uscire dalle droghe. Viene delineato un modello in cui il lavoro di strada, i “drop in” e i progetti di riduzione del danno devono essere considerati parte integrante della rete dei servizi, uscendo così dalla situazione di precarietà e marginalità in cui spesso si sono trovati. In tal senso la riduzione del danno deve essere inserita tra gli interventi strutturali e obbligatori dei SerT, e non più legata alla precarietà dei finanziamenti del DPR 309. La presentazione delle Linee guida sulla riduzione del danno, sulla cui preparazione il Governo si era impegnato a termine della Conferenza di Napoli, rappresenta un punto qualificante della conferenza e delle future strategie di intervento.

Analizzando i servizi esistenti, viene segnalata la persistente difficoltà, nelle politiche di inclusione sociale e nel raccordo tra le diverse istanze, a costruire una rete di offerte coordinate e complementari in una dimensione che risponda ai bisogni complessivi delle nuove povertà e dei nuovi consumi. A livello nazionale si osserva l’assenza di un progetto obiettivo per il settore, che orienti rispetto ad una serie di norme che definiscono un sistema di elevata complessità, in cui coesistono possibilità di convergenze e sinergie, ma anche possibilità di dispersione di risorse e di confusione negli orientamenti complessivi.

Riguardo allo scottante tema degli immigrati tossicodipendenti, nel Decreto Legislativo n. 286 del 25 luglio 1998 sull’immigrazione è prevista la tutela della salute delle persone immigrate anche se clandestine. Una circolare del Ministero della Sanità rende attuativa questa norma che deve trovare un’omogenea applicazione a livello territoriale.

Oltre ai temi dell’inclusione sociale e della riduzione del danno, argomento “caldo” della conferenza di Genova sono sicuramente i giovani e i nuovi consumi. Dalla Commissione “I nuovi fenomeni di abuso: nuovi soggetti per altri oggetti” arriva l’input di esplorare le profonde trasformazioni che inducono continui cambiamenti sui contesti di uso delle sostanze, sull’agire i comportamenti di eccesso. La conoscenza sugli usi diviene strumento necessario per la prevenzione degli abusi e ciò può essere realizzato solo attraverso la strutturazione di interventi periferici, a stretto contatto con l’utenza con i suoi problemi, con lo strutturarsi delle sue scelte sempre mutevoli. Da qui si impone la necessità di ripensare all’organizzazione dei servizi che devono prevedere collegamenti istituzionali molteplici ed essere dotati di figure professionali e di risorse idonee alle nuove esigenze di inter-

vento. Si sottolinea inoltre l'importanza di elaborare modalità operative che coinvolgano oltre agli operatori esperti del consumo di droghe, anche le scuole e gli operatori del mondo del divertimento. Un'azione particolarmente innovativa, da introdurre non solo in relazione alle novità dei fenomeni ma anche alla loro mutevolezza, consiste nella circolazione dei risultati delle analisi delle sostanze nei tempi più rapidi possibile, permettendo così di strutturare al meglio le risposte e di ottimizzare la qualità dei servizi.

Per abbattere le distanze, che spesso caratterizzano il rapporto tra il mondo dei servizi e quello giovanile, nella Conferenza è stato proposto uno spazio gestito dai giovani in cui era lasciato spazio per esprimere idee, bisogni e proposte utili a riprogettare strategie di intervento.

App. 1.b Normativa in materia socio-assistenziale

LEGGE 328/2000 Legge quadro per la realizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali (G.U. N.265 13/11/2000)

Con tale legge prende avvio un sistema di interventi e di servizi sociali, che si propone come integrato. La legge si riferisce all'organizzazione delle politiche sociali, dei servizi e degli interventi tesi a dare risposta ai problemi delle persone e delle comunità locali; all'analisi dei bisogni e all'individuazione delle strategie di prevenzione.

Nell'area delle politiche sociali e degli interventi sociali, in linea con il principio di integrazione (enti locali, aziende sanitarie, terzo settore) rientra l'area delle problematiche connesse all'uso, abuso e dipendenza da sostanze psicoattive e psicotrope.

Rimanendo l'ambito della terapia prestazione specificatamente sanitaria, gli interventi di prevenzione e di risposta al disagio rientra nei compiti degli Enti locali, in particolare dei Comuni, che promuovono servizi, azioni ed interventi sulla base dell'analisi dei bisogni e delle esigenze del territorio.

La legge si propone l'obiettivo di tutelare le persone, prevenire il disagio e migliorare la qualità della vita

Tale "sistema" vede al primo posto gli Enti locali, poi le Regioni e poi lo Stato, ed afferma che le istituzioni pubbliche riconoscono e agevolano il ruolo di tutto il variegato mondo del terzo settore, ivi compreso il volontariato e il terzo settore.

La legge prevede espressamente che la gestione dei servizi sociali spetti ai soggetti pubblici, principalmente ai Comuni, mentre al privato sociale viene riconosciuto un grande rilievo in termini di co-progettazione dei servizi e di realizzazione concertata degli stessi.

Prevedere la necessità che i soggetti no-profit debbono poter esprimere la propria progettualità significa riconoscere una grande crescita del terzo settore, data la sua capacità di interpretare il bisogno e organizzare una risposta efficace e funzionale.

A riprova di ciò, l'art.6 prevede che il terzo settore sia coinvolto già in fase di programmazione del sistema locale dei servizi, indicando priorità e settori di innovazione su cui l'ente locale potrà decidere di intervenire.

Uno degli aspetti principali della legge è il ruolo di regia delle politiche in materia di servizi sociali assegnato ai Comuni. Essi non hanno soltanto il ruolo di gestire i servizi, ma anche quello di promuovere le risorse nelle Comunità locali.

La legge introduce inoltre un sistema basato sulla libertà di scelta degli utenti dei servizi da erogatori pubblici o privati accreditati dalla municipalità, e quindi una concorrenza tra gli erogatori dei servizi.

A seguito della sua entrata in vigore della Legge 328 il Governo ha provveduto ad emanare alcuni decreti attuativi previsti dalla stessa legge, in particolare:

- **DM 21 maggio 2001 n. 308**, recante regolamento concernente i Requisiti minimi strutturali e organizzativi per l'autorizzazione all'esercizio dei servizi e delle strutture a ciclo residenziale e semiresidenziale, a norma dell'art.11 della legge 328/2000;

- **DPR. 3 maggio 2001**, recante approvazione del Piano nazionale degli interventi e servizi sociali per il triennio 2001-2003, in attuazione dell'art.18 della legge 328/2000;

- **D.lg. 4 maggio 2001 n. 207**, recante riordinamento del sistema delle Istituzioni Pubbliche di Assistenza e Beneficenza, a norma dell'art.10 della legge 328/2000;

- **DPCM 30 marzo 2001**, recante Atto di indirizzo e coordinamento sui rapporti Regioni-Enti Locali-Terzo settore, in attuazione dell'art.5 della legge 328/2000;

- **DPCM**, per l'istituzione della Commissione di indagine sulla esclusione sociale di durata triennale, in attuazione dell'art.27, comma 4, della legge 328/2000.

La legge 328/00 dopo la riforma del Titolo V

- Il Fondo per le politiche sociali è costituito da risorse finanziarie indistinte ed è gestito interamente dalla Regioni, che allocano le risorse in base alle priorità del territorio. Il 10% delle risorse, per il 2003, è finalizzato a favore dei nuclei familiari. La spesa sociale è monitorata dal Governo.
- Lo Stato ha il compito di definire i diritti civili e sociali e quindi i livelli essenziali delle prestazioni socio-assistenziali.
- Nell'ambito dei livelli essenziali lo Stato emana anche Piani Settoriali.
- Le funzioni di programmazione, coordinamento ed indirizzo passano alla Regioni, con il concorso degli Enti Locali. Le funzioni di indirizzo e di programmazione sono esercitate dalle Regioni tramite i Piani Regionali.
- I Comuni, tramite i Piani di Zona, definiscono le priorità sociali dei loro territori e amministrano la spesa sociale.
- Si istituiscono Sistemi Informativi a livello provinciale e regionale che si raccordano con il sistema di monitoraggio nazionale.

Decreto Legge 237/98 Reddito minimo d'inserimento (G.U. n.167 20/07/1998)

Il decreto istitutivo del reddito minimo d'inserimento fissava al 31 dicembre 2000 la scadenza della sperimentazione. La Legge Finanziaria 2001 ha autorizzato il prolungamento della sperimentazione per un ulteriore biennio per alcuni Comuni. Il numero dei Comuni coinvolti nella sperimentazione ammontava complessivamente a 306. Il Patto per l'Italia, firmato il 5 luglio 2002, ha sancito la fine del periodo di sperimentazione del reddito minimo di inserimento (RMI), ne ha identificato alcune criticità e debolezze e, riconoscendo la necessità di disporre di uno strumento per contrastare forme estreme di disagio sociale e di esclusione sociale, ha previsto di istituire un nuovo strumento: il reddito di ultima istanza (RUI).

Legge 217/1990 Istituzione del gratuito patrocinio a spese dello Stato per i cittadini non abbienti. Modificata dalla *Legge 134/2001 (G.U. n.92 20/04/2001)*

App. 1.c Legislazione inerente le persone senza fissa dimora e straniere non in regola con le norme relative all'ingresso e al soggiorno

*Legge 1228 24 dicembre 1954 (art. 1-2-3);
D.P.R. 223/89 (G.U. N.132 DEL 08/06/1989)*

Leggi e regolamenti specifici per la questione relativa alla concessione della residenza alle persone senza dimora.

Decreto Presidente Consiglio dei Ministri 21/01/2000 (G.U. N.18 24/01/2000)

Dichiarazione dello stato di emergenza nelle aree metropolitane per fronteggiare la grave situazione delle persone in stato di povertà estrema e senza dimora.

Si tratta del primo atto legislativo, in Italia, indirizzato alle persone senza fissa dimora con il quale si prevede lo stanziamento di un Fondo, anche se solo per un primo e generico intervento di emergenza.

Decreto Presidente Consiglio dei Ministri 15/12/2000 (G.U. N.69 23/03/2001)

Riparto tra le Regioni dei finanziamenti destinati al potenziamento dei servizi a favore delle persone che versano in stato di povertà e senza fissa dimora

Nel Piano Nazionale degli Interventi Sociali promulgato nel 2001, nell'ambito dell'applicazione della L.328/00, viene specificata la necessità di programmare e realizzare, territorialmente, servizi di accoglienza di "primo livello" (bassa soglia) e ulteriori servizi di accoglienza come comunità alloggio, appartamenti "protetti" ecc.

Nel Piano di azione nazionale contro la povertà e l'esclusione sociale 2003-2005 vengono identificati tre obiettivi principali della lotta alle povertà estreme:

- 1) diminuire il numero delle persone in situazioni di povertà estrema;

2) aumentare i servizi a livello locale per persone in condizione di povertà estrema;

3) rendere “socialmente visibili” i senza fissa dimora.

Sempre all'interno di questo documento viene affermato «[...] Nell'ottica di riduzione delle forme di disagio grave, in particolare a livello regionale, sono previsti i seguenti interventi:

- sviluppare criteri di lettura del fenomeno condivisi, mediante il finanziamento e l'avvio di percorsi di indagine e ricerca;

- costruire linee guida per la programmazione delle azioni essenziali e la redistribuzione delle risorse economiche del FSE tra i soggetti e le reti chiamati a contrastare direttamente il disagio;

- definire indicatori quantitativi e qualitativi che integrino quelli basati sulla povertà di carattere economico, utilizzando le competenze dei gruppi di lavoro già attivi in questo ambito;

- stabilire parametri e procedure per la verifica e lo sviluppo delle azioni intraprese;

- valorizzare le indicazioni contenute nella legge quadro 328/00, nel Piano Nazionale degli interventi e Servizi Sociali 2001-2003 e in diversi provvedimenti regionali che segnalano l'obbligo di predisporre adeguate forme di alloggio accessibili alle persone senza fissa dimora in ogni territorio.»

Circolare del Ministero della Sanità 24 marzo 2000, n.5 (G.U. n. 126 del 1 giugno 2000)

Accesso alle cure per le persone straniere non in regola con le norme relative all'ingresso e al soggiorno. L'Art. 35 comma 3 del Testo Unico 286/98 prevede che agli stranieri sopraindicati siano assicurate, nelle strutture pubbliche e private accreditate del S.S.N., le seguenti prestazioni sanitarie:

- cure ambulatoriali ed ospedaliere urgenti, o comunque essenziali, ancorchè continuative, per malattia e infortunio; in particolare vengono tutelati: interventi di medicina preventiva e prestazione di cura ad essi correlate a salvaguardia della salute individuale e collettiva quali: tutela della maternità e della gravidanza; tutela della salute del minore; vaccinazioni; interventi di profilassi internazionale; profilassi, diagnosi e cura delle malattie infettive.

A favore dei suddetti stranieri si applicano le disposizioni di cui al Testo

Unico delle leggi in materia di disciplina degli stupefacenti e sostanze psicotrope, (D.P.R. 309/90 e successive modifiche) prevenzione, cura e riabilitazione dei relativi stati di tossicodipendenza.

Queste prestazioni vengono erogate senza oneri a carico del paziente qualora questi dichiara di essere privo di risorse economiche, fatte salve le quote di partecipazione alla spesa a parità di condizione con il cittadino italiano.

In base alla legge italiana l'accesso alle strutture sanitarie da parte dello straniero non in regola con le norme sul soggiorno non comporta alcun tipo di segnalazione alle autorità di pubblica sicurezza, salvo i casi legati a fatti criminosi.

Tesserino S.T.P. (Straniero Temporaneamente Presente): la persona straniera irregolare, recandosi alle competenti strutture della Azienda Sanitaria, può richiedere il documento sanitario con un codice a sigla STP, di validità semestrale, rinnovabile, che potrà utilizzare per usufruire dell'assistenza ambulatoriale e ospedaliera. Il codice assegnato è riconosciuto su tutto il territorio nazionale.

APPENDICE 2

GLI ACCREDITAMENTI REGIONALI PER I SERVIZI A BASSA SOGLIA

App. 2.a La Regione Lombardia

Dando attuazione a quanto previsto nella D.G.R. 7 Aprile 2003, n. 7/12621, nello specifico in riferimento all'art. 16 dello schema di intesa Stato-Regioni "Determinazione dei requisiti minimi standard per l'autorizzazione al funzionamento e l'accreditamento dei servizi privati di assistenza alle persone dipendenti da sostanze di abuso" del 5 Agosto 1999, ovvero l'accreditamento di programmi di rete e di piano territoriale, la Regione Lombardia ha stabilito i criteri di accreditamento per i programmi a bassa soglia.

Il percorso di accreditamento, perfezionato attraverso un patto di accreditamento sottoscritto con una o più Aziende Sanitarie Locali, è previsto per i programmi:

- a bassa soglia
- di prevenzione specifica
- di psicoterapia
- di reinserimento.

A tal fine, sono da intendersi come enti ed organizzazioni accreditabili:

- Servizi per le Dipendenze / Servizi Multidisciplinari Integrati;
- Enti accreditati per U.O. residenziali o semiresidenziali della rete di intervento sulle dipendenze;
- Enti con programmi già in funzione al 31.12.2004, limitatamente ai programmi a bassa soglia e di psicoterapia.

Requisiti generali per tutte le tipologie di programma

Gli enti ed associazioni devono possedere, alla data della presentazione della domanda, i seguenti requisiti:

Organizzativi (soggettivi e funzionali)

Enti già accreditati	Enti con programmi già in funzione al 31.12.2004
<ul style="list-style-type: none">• Operatività nel settore specifico da almeno cinque anni e/o progettazioni a carattere sperimentale negli ultimi tre anni	<ul style="list-style-type: none">• Personalità giuridica e/o qualifica di onlus;• Operatività nel settore specifico da almeno cinque anni e/o progettazioni a carattere sperimentale negli ultimi tre anni• Convenzione in atto con Ente pubblico

Strutturali

Le offerte di prestazioni previste dal programma non devono necessariamente essere effettuate in un'unica sede, intesa come quella principale.

Laddove le attività di cui ai rispettivi programmi richiedano l'utilizzo di immobili, questi ultimi devono essere in possesso dei requisiti previsti dalla legge e dai regolamenti nazionali, regionali e comunali vigenti in materia di edilizia, urbanistica, igiene e sicurezza, prevenzione incendi, ove previsto, nonché in materia di eliminazione di barriere architettoniche.

La sede operativa è intesa come sede fissa e stabile. Nella sede devono essere garantite le funzioni previste. Gli spazi, le attrezzature e gli strumenti devono essere a norma di legge, adeguati sotto il profilo tecnologico e congrui, cioè in numero adeguato rispetto all'utenza prevista.

Laddove non diversamente esplicitato, i requisiti minimi necessari devono soddisfare i requisiti previsti per le civili abitazioni.

Specifici per tipologia di programma

Programmi a bassa soglia per la riduzione dei danni e dei rischi connessi al consumo di sostanze: UNITÀ DI STRADA E DROP IN.

Nella regione, in questi anni, sono stati sperimentati numerosi interventi riconducibili al concetto di "programmi a bassa soglia per la riduzione dei danni e dei rischi connessi al consumo di sostanze" (Unità di Strada per tossicodipendenti, Unità di Strada giovani, Drop in etc.), dando vita a iniziative e producendo risultati di grande rilievo.

Questi programmi costituiscono un anello imprescindibile dei sistemi territoriali di intervento in tema di dipendenze, in quanto orientati all'aggancio precoce e/o alla facilitazione e all'accompagnamento ai servizi nei casi di particolare fragilità ed esclusione sociale.

In accordo con le linee guida nazionali ed internazionali, i danni ed i rischi principali che si intendono ridurre o contenere sono costituiti da:

- patologie infettive trasmesse per via iniettiva e sessuale;
- mortalità acuta (overdose, colpo di calore etc.) diretta o conseguente (es. incidenti stradali etc.);
- eventi dannosi per la salute (aggressività, conflittualità, disturbi fisici etc.);
- esclusione sociale.

CARATTERISTICHE GENERALI E REQUISITI DI ACCREDITAMENTO		
	Unità di Strada	Drop in
Definizione	Servizi destinati al contatto con persone che consumano droghe nei loro contesti di incontro ed aggregazione, con finalità informative, preventive e di orientamento alle reti locali dei servizi.	Servizi destinati prioritariamente a persone che consumano droghe quale luogo intermedio tra i servizi e la strada. Le attività ed i servizi offerti sono finalizzati al miglioramento degli stili di comportamento legati al consumo e alla soddisfazione di alcuni bisogni primari.
Prestazioni offerte	<ul style="list-style-type: none"> • Attività informative specifiche e distribuzione di materiale informativo sui rischi e sui danni • Distribuzione e scambio di materiali di profilassi sanitaria • Colloqui individuali, attività di counselling, orientamento / accompagnamento alla rete locale dei servizi • Erogazione di generi di conforto • Attività di tutela della salute (igiene personale ecc.) • Attività di peer –supporter • Attività di formazione, aggiornamento e supervisione dell'équipe • Lavoro di rete con gestori dei locali, lavoratori del mondo della notte, Forze dell'Ordine, Prefettura, Servizi Socio sanitari di secondo livello, servizi sociali di area distrettuale e comunali, Volontariato e Privato sociale 	<ul style="list-style-type: none"> • Attività informative e formative specifiche e distribuzione di materiale informativo sui rischi e sui danni • Distribuzione e scambio di materiali di profilassi sanitaria • Colloqui individuali, attività di counselling, orientamento / accompagnamento alla rete locale dei servizi • Erogazione di generi di conforto • Attività di tutela della salute (igiene personale ecc.) • Incontri di gruppo su temi specifici • Attività di peer –supporter • Attività di formazione, aggiornamento e supervisione dell'équipe • Lavoro di rete con gestori dei locali, lavoratori del mondo della notte, Forze dell'Ordine, Prefettura, Servizi Socio sanitari di secondo livello, servizi sociali di area distrettuale e comunali, Volontariato e Privato sociale
Destinatari	Consumatori problematici di sostanze psicotrope (alcol compreso), policonsumatori, tossicodipendenti (in carico e non in carico ai servizi)	Consumatori problematici di sostanze psicotrope (alcol compreso), policonsumatori, tossicodipendenti (in carico e non in carico ai servizi)

<p>Personale</p>	<ul style="list-style-type: none"> • <u>1 responsabile di programma</u> anche non esclusivamente dedicato, in possesso di laurea (assistente sociale, educatore professionale di classe 2 o 18, psicologo, medico o infermiere) • <u>2 operatori</u>, di cui 1 laureato e 1 di supporto • Il responsabile di programma può coincidere con l'operatore con laurea • <u>Volontari e/o soggetti che hanno terminato il programma terapeutico</u> Max 50% operatori per un impegno continuativo di un anno e che abbiano frequentato percorsi di formazione/aggiornamento specifici nell'area della riduzione danno e dei rischi, ivi compreso la formazione base di primo soccorso • Operatori in formazione Max 25% della dotazione minima di operatori prevista con programma curricolare completato al 50% e che abbiano frequentato percorsi di formazione / aggiornamento specifici nell'area della riduzione danno e dei rischi, ivi compreso la formazione base di primo soccorso 	<ul style="list-style-type: none"> • <u>1 responsabile di programma</u> anche non esclusivamente dedicato, in possesso di laurea (assistente sociale, educatore professionale di classe 2 o 18, psicologo, medico o infermiere) • <u>2 operatori</u>, di cui 1 laureato e 1 di supporto • Il responsabile di programma può coincidere con l'operatore con laurea
<p>Funzionamento</p>	<p>Monte ore minimo : 20 ore settimanali. Ogni uscita dura almeno tre ore (diurna) o sei ore (notturna). Compresenza di almeno due operatori (di cui uno con laurea)</p>	<p>Apertura minima: quattro giorni settimanali. L'apertura dura almeno cinque ore. Compresenza di almeno due operatori (di cui uno con laurea)</p>
<p>Requisiti strutturali</p>		<p>Nel caso di compresenza di utenti fino a n. 8 soggetti valgono i requisiti delle civili abitazioni; in caso contrario devono essere garantiti gli standard strutturali di seguito indicati:</p> <ul style="list-style-type: none"> • 1 locale ufficio idoneo anche per colloqui individuali • 1 locale permanenza ed attività di gruppo • servizi igienici separati per utenza ed operatori
<p>Dotazioni strumentali</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Mezzo mobile per attività di strada • Materiali illustrativi del servizio e informativi su sostanze, rischi, patologie infettive, rete locale dei servizi 	<ul style="list-style-type: none"> • Materiali illustrativi del servizio e informativi su sostanze, rischi, patologie infettive, rete locale dei servizi • Materiali di profilassi (siringhe,

	<ul style="list-style-type: none"> • Materiali di profilassi (siringhe, profilattici) • Materiali e strumenti per le attività di riduzione dei rischi (etilometro, kit rapidi) • Strumenti / materiali per la raccolta dati • Materiali per prima medicazione e primo soccorso • Generi di conforto • Dotazione informatica minimale • Telefono cellulare 	<ul style="list-style-type: none"> • profilattici) e di igiene personale (disponibilità di servizio docce e lavanderia, anche in convenzione) • Materiali e strumenti per le attività di riduzione dei rischi (etilometro, kit rapidi) • Strumenti / materiali per la raccolta dati • Materiali per prima medicazione e primo soccorso • Generi di conforto • Dotazione informatica minimale
Articolazione in moduli	Data la pluralità di target (tossicodipendenti, consumatori problematici etc.) e di contesti di azione (piazze, pub etc.), pur mantenendo caratteristiche di unitarietà, il programma a bassa soglia si può articolare in moduli differenziati.	

I progetti sperimentali realizzati per far fronte a bisogni emergenti sul territorio a seguito della valutazione dei risultati conseguiti, possono trasformarsi in programmi, fatto salvo i cosiddetti requisiti di accesso.

Suddetti programmi, considerati in funzione, dovranno possedere i requisiti di accreditamento a carattere gestionale entro il termine di due anni dalla data di presentazione della domanda di accreditamento, eccetto per i requisiti strutturali ove il termine indicato è di cinque anni.

Per i programmi di bassa soglia che si andranno ad attivare successivamente alla data del presente provvedimento, quindi considerati di nuova attivazione, tutti i requisiti dovranno essere posseduti alla data della presentazione della domanda di accreditamento.

App. 2.b La Regione Toscana

Delibera N.143 del 31-01-2005

Premesso che con deliberazione di Giunta regionale n. 1165 del 21 ottobre 2002 “Linee di indirizzo per la riorganizzazione del sistema di interventi nel settore delle dipendenze patologiche e sperimentazione regionale delle tipologie di servizi residenziali e semiresidenziali di cui all’Atto di Intesa Stato-Regioni del 5 agosto 1999” è stato avviato un riordino delle Comunità terapeutiche per tossicodipendenti gestite sia dalle Aziende USL che dagli Enti Ausiliari iscritti all’Albo Regionale ai sensi della Legge Regionale 54/1993 attraverso una sperimentazione biennale finalizzata:

– alla riqualificazione e alla riorganizzazione di tali servizi prevista dal PSR 2002-2004;

– a ricondurre ad unitarietà di intervento il complesso delle prestazioni erogate secondo criteri di appropriatezza, di qualificazione e di economicità;

– ad adeguare le capacità di risposte assistenziali ai complessi e mutevoli bisogni presenti nel settore delle dipendenze;

– a definire un sistema tariffario delle nuove tipologie di prestazioni residenziali e semiresidenziali valevole per il periodo della sperimentazione e basato su criteri di intensità assistenziale e organizzazione dei servizi secondo i bisogni reali delle persone con problemi di dipendenza;

– a rafforzare il percorso di integrazione tra i Servizi pubblici e gli Enti ausiliari della Regione Toscana avviato nel 1998 con la sottoscrizione del “Patto di Collaborazione” tra la Regione Toscana e il Coordinamento degli Enti ausiliari;

atteso che la scadenza della sperimentazione era stata stabilita al 31 dicembre 2004 e che alla Direzione Generale del Diritto alla Salute e delle Politiche di Solidarietà è stato affidato l’incarico di:

a) coordinare e monitorare il percorso di sperimentazione avvalendosi di un apposito gruppo tecnico misto costituito da rappresentanti dei Servizi pubblici (SerT) e degli Enti ausiliari;

b) effettuare una ricognizione dei soggetti pubblici e privati attivi nel campo delle dipendenze da sostanze sul fronte della prevenzione, cura e reinserimento sociale e lavorativo, al fine di istituire un tavolo di concertazione regionale per le dipendenze patologiche che affronti tutte le problematiche inerenti e conseguenti l’assunzione delle sostanze, la lettura dei bisogni, le strategie di intervento, le risorse necessarie;

preso atto, che per quanto concerne il punto a) a seguito del monitoraggio da parte del gruppo tecnico, è stato rilevato che:

– il positivo riordino delle sedi operative residenziali e semiresidenziali, pubbliche e del privato sociale, sia da un punto di vista igienico e strutturale che funzionale ed organizzativo, effettuato con notevoli investimenti da parte degli Enti ausiliari e delle Aziende USL che gestiscono sedi operative;

– una maggiore qualificazione degli operatori interessati;

– l’accettazione di “regole” condivise dal sistema pubblico e del privato sociale e di conseguenza una maggiore integrazione tra pubblico e privato sociale;

– la valorizzazione delle prestazioni erogate sia in termini di appropriatezza che di economicità delle stesse;

– l’elaborazione e adozione di “strumenti” condivisi per il monitoraggio della sperimentazione (schede di monitoraggio, schema tipo nuova convenzione, sistema informativo);

– la sperimentazione ha coinvolto tutte le Aziende USL e tutti gli Enti ausiliari del territorio toscano e interessato tutti i servizi, residenziali e semi-residenziali, ed ogni sede operativa sia pubblica che del privato autorizzato;

– l’avvenuto adeguamento del 75% delle strutture gestite sia dai servizi pubblici che dagli Enti ausiliari entro il termine previsto (31 dicembre 2004) nonostante la complessità di una riorganizzazione che è intervenuta su un sistema di offerta disciplinato da norme risalenti agli anni ’90 in relazione ad un periodo relativamente breve di sperimentazione;

ritenuto che il processo di riorganizzazione intrapreso debba essere portato a compimento su tutto il territorio regionale e che pertanto sia opportuno prevedere a tal fine una proroga di ulteriori 6 mesi dei tempi previsti per la sperimentazione per consentire gli adeguamenti strutturali, organizzativi e funzionali per le sedi operative non ancora in possesso dei requisiti previsti dalla deliberazione 1165/2002 e la conclusione del monitoraggio della fase sperimentale al 31 marzo 2006, per poter acquisire ed elaborare tutte le informazioni necessarie per fornire alla Giunta regionale una relazione che comprenda i risultati della sperimentazione, l’ipotesi del fabbisogno di servizi residenziali e semiresidenziali suddivisi per tipologia, ipotesi di sistema tariffario, eventuali e ulteriori necessità emergenti;

per quanto concerne il punto b) la ricognizione effettuata ha fatto emergere una molteplicità di soggetti, pubblici e del privato sociale, che operano interventi di prevenzione primaria, secondaria e di riduzione del danno attraverso servizi a bassa soglia e unità di strada rivolti a fasce di popolazione fortemente marginali e a rischio di esclusione sociale quali consumatori italiani e stranieri, detenuti tossicodipendenti e a fine pena, gruppi di persone tossicodipendenti non in carico ai servizi territoriali (senza fissa dimora, stranieri irregolari, tossicodipendenti soggetti a tratta e sfruttamento) e per interventi di accompagnamento sociale, lavorativo e abitativo;

ritenuto pertanto necessario completare il processo di riordino del sistema delle dipendenze con l’obiettivo di raggiungere il superamento della dipendenza, la salvaguardia della salute, il miglioramento della qualità di vita delle persone tossicodipendenti e la prevenzione dell’emarginazione per le fasce di soggetti a forte rischio di esclusione sociale, attraverso:

– la proroga della sperimentazione dei servizi residenziali e semiresidenziali attivata con la deliberazione di Giunta regionale 1165/2002;

– il riconoscimento di tutti quei soggetti che, con competenze specifiche, collaborano con i servizi pubblici nei settori della prevenzione, della riduzione del danno, del reinserimento sociale e lavorativo e nel sostegno a persone con problematiche di dipendenza con forti destrutturazioni sociali;

– il sostegno per la continuità ed il potenziamento degli interventi a bassa soglia e di unità di strada e per l'integrazione sociolavorativa dei soggetti tossicodipendenti a forte marginalità e a rischio sul versante della propria salute;

– l'integrazione del gruppo tecnico di monitoraggio istituito con la citata delibera 1165/2002 con soggetti pubblici e del privato sociale rappresentativi a livello regionale di organizzazioni e enti che operano attivamente nella fase pre e post residenziale e sul versante della marginalità per la riduzione dei danni correlati alla dipendenza, con il mandato di relazionare sull'esito della sperimentazione e di definire una proposta complessiva sul fabbisogno delle tipologie di servizi residenziali e semiresidenziali, sul fabbisogno e sulle tipologie di interventi che concorrono al pieno recupero e reinserimento sociale e lavorativo dei soggetti con problemi di dipendenza, sul fabbisogno e sulle tipologie di interventi a favore di soggetti dipendenti a forte marginalità sociale, con relativi standard minimi funzionali, strutturali e relativa valorizzazione economica, al fine di garantire al meglio servizi e progetti di bassa soglia e unità di strada;

a voti unanimi DELIBERA:

1- di prorogare la sperimentazione attivata con la deliberazione di Giunta regionale n. 1165/2002 secondo le modalità di seguito specificate:

a) per le sedi operative che, nonostante i processi di adeguamento strutturale avviati, non erano ancora in possesso al 31.12.2004 dei requisiti stabiliti: proroga al 30 giugno 2005 per poter completare i lavori e mantenimento della vigenza delle convenzioni in essere a tariffe invariate;

b) per le sedi operative in possesso al 31.12.2004 dei requisiti stabiliti: proroga al 31.12.2005 delle nuove convenzioni stipulate ai sensi della deliberazione 1165/2002 con applicazione delle tariffe 2004 di cui all'allegato B del citato atto;

c) proroga per la rilevazione di attività e prestazioni oggetto della sperimentazione e l'acquisizione dei relativi dati attraverso gli strumenti predisposti dal gruppo tecnico regionale: al 31.07.2005 e al 31.01.2006;

2 - di impegnare le Aziende USL a prorogare e/o sottoscrivere le convenzioni con gli Enti ausiliari secondo quanto stabilito alle lettere a) e b) del punto precedente e di attivare i competenti servizi affinché corrispondano nei tempi previsti indicati alla lettera c) al debito informativo necessario per una efficace azione di monitoraggio della sperimentazione;

3 - di integrare il gruppo tecnico istituito con deliberazione 1165/2002 con ulteriori 5 componenti rappresentativi a livello regionale di organizzazioni e enti, che operano attivamente nella fase pre e post residenziale e sul versante della marginalità per la riduzione dei danni correlati alla dipendenza per sviluppare a livello regionale un'azione di promozione e coordinamento delle attività nel campo della marginalità, dando mandato alla Direzione Generale del Diritto alla Salute, di assumere le iniziative necessarie;

4 - di affidare al gruppo tecnico integrato come sopra il mandato di relazione entro il 31 marzo 2006 sull'esito della sperimentazione e di definire una proposta complessiva sul fabbisogno delle tipologie di servizi residenziali e semiresidenziali, sul fabbisogno e sulle tipologie di interventi che concorrono al pieno recupero e reinserimento sociale e lavorativo dei soggetti con problemi di dipendenza, sul fabbisogno e sulle tipologie di interventi a favore di soggetti dipendenti a forte marginalità sociale, gli standard minimi funzionali e strutturali, e relativa valorizzazione economica per garantire al meglio servizi e progetti di bassa soglia e unità di strada;

5 - di sviluppare e sostenere una azione a livello regionale per gli interventi nel campo delle marginalità.

INDICE

Prefazione <i>di Leopoldo Grosso</i>	Pag.	5
Premessa	»	7
Cap. 1 Tossicodipendenza ed esclusione sociale nella letteratura	»	13
1.1 Premessa	»	13
1.2 La condizione di senza dimora.....	»	14
1.3 Uso di sostanze tra i senza fissa dimora.....	»	16
1.4 Salute mentale e condizione di senza fissa dimora.....	»	19
1.5 Homelessness tra persone immigrate.....	»	20
1.6 L'accesso ai servizi.....	»	24
Cap. 2 Il fenomeno	»	29
2.1 Dati epidemiologici	»	30
2.2 Dati infettivologici.....	»	43
2.3 Il sistema degli interventi.....	»	47
2.3.1 Le Strutture intermedie	»	55
Cap. 3 La ricerca	»	59
3.1 Obiettivi.....	»	59
3.2 Metodi e Strumenti	»	62
3.2.1 Metodi quantitativi	»	63
3.2.2 Metodi qualitativi.....	»	65
Cap. 4 I risultati della ricerca.....	»	71
4.1 I servizi rilevati	»	71
4.2 I servizi rispondenti al questionario	»	80
4.3 Analisi delle reti di servizi	»	93
4.4 Il punto di vista degli utenti: analisi delle interviste effettuate a tossicodipendenti in condizione di senza fissa dimora	»	99

Cap. 5 I modelli emergenti.....	Pag. 103
5.1 Il modello “Varese”.....	» 105
5.2 Il modello “Roma”.....	» 105
5.3 Il modello “Bologna”.....	» 106
5.4 Il modello “Palermo”.....	» 107
5.5 Alcune considerazioni.....	» 109
 Cap. 6 I bisogni formativi.....	 » 111
6.1 Analisi dei bisogni formativi emersa dalla ricerca qualitativa.....	» 113
 Cap. 7 Conclusioni.....	 » 119
 Appendice 1: Riferimenti legislativi.....	 » 129
App. 1.a Quadro dello sviluppo della normativa italiana in materia di stupefacenti.....	» 129
App. 1.b Normativa in materia socio-assistenziale.....	» 142
App. 1.c Legislazione inerente le persone senza fissa dimora e straniere non in regola con le norme relative all’ingresso e al soggiorno.....	» 145
 Appendice 2: Gli accreditamenti regionali per i servizi a bassa soglia.....	 » 148
App. 2.a La Regione Lombardia.....	» 148
App. 2.b La Regione Toscana.....	» 152