



PRESIDENZA DEL CONSIGLIO DEI MINISTRI
Ministro per la Cooperazione Internazionale e l'Integrazione
Dipartimento Politiche Antidroga

P R O G E T T O



REINSERIMENTO SOCIALE E LAVORATIVO DELLE PERSONE DIPENDENTI

Manuale Teorico Pratico

Giovanni Serpelloni Roberta Frighetto Roberto Dalla Chiara

In collaborazione con



UNODC
United Nations Office on Drugs and Crime



THE
ITALIAN SCIENTIFIC
COMMUNITY
ON ADDICTION

Con il patrocinio di



ORDINE
ASSISTENTI
SOCIALI
Consiglio Nazionale



PRESIDENZA DEL CONSIGLIO DEI MINISTRI
Ministro per la Cooperazione Internazionale e l'Integrazione
Dipartimento Politiche Antidroga

P R O G E T T O



REINSERIMENTO SOCIALE E LAVORATIVO DELLE PERSONE DIPENDENTI

Manuale teorico pratico

Giovanni Serpelloni Roberta Frighetto Roberto Dalla Chiara

In collaborazione con



Con il patrocinio di



Progetto RELI

REINSERIMENTO SOCIALE E LAVORATIVO DELLE PERSONE DIPENDENTI

Manuale teorico pratico

Novembre, 2011

Per informazioni o richieste del volume:

Dipartimento Politiche Antidroga
Presidenza del Consiglio dei Ministri
Via Po, 16/a - 00198 Roma
E-mail: dipartimentoantidroga@governo.it
Tel. 06 67793666 Fax 06 67796452

Visita i nostri portali:

www.politicheantidroga.it
www.drugfreedu.org
<http://alcol.dronet.org>
www.drugsonstreet.it
www.dpascientificcommunity.it

www.dronet.org
www.droganograzie.it
www.allertadroga.it
www.dreamonshow.it
www.italianjournalonaddiction.it

www.droganews.it
<http://cocaina.dronet.org>
www.neuroscienzedipendenze.it
www.drogaedu.it

Pubblicazione no profit e non sponsorizzata - Vietata la vendita

Editing a cura di:
Claudia Rimondo

Copertina a cura di:
Riccardo De Conciliis

Progetto grafico e impaginazione a cura di:
Alessandra Gaioni

Autori

Giovanni Serpelloni

Dipartimento Politiche Antidroga - Presidenza del Consiglio dei Ministri

Roberta Frighetto

*Corso di Laurea in Scienze del Servizio Sociale - Università degli Studi di Verona
U.O. Reinserimento Sociale - Dipartimento delle Dipendenze, Azienda ULSS 20 di Verona*

Roberto Dalla Chiara

*Corso di Laurea in Scienze del Servizio Sociale - Università degli Studi di Verona
U.O. Reinserimento Sociale - Dipartimento delle Dipendenze, Azienda ULSS 20 di Verona*

Revisione del testo a cura di:

Ilario Carta

Assessorato dell'igiene e sanità e dell'assistenza sociale - Regione Sardegna

Ignazia Casula

Assessorato dell'igiene e sanità e dell'assistenza sociale - Regione Sardegna

Gruppo di coordinamento

Gruppo di lavoro “riabilitazione” e organizzazioni partecipanti al Progetto RELI:

Asl n.1 Avezzano - Sulmona - L'Aquila (AQ), L'aquilone Insieme Coop. Sociale (PT), Fondazione Exodus Onlus - Tursi (MI), Centro calabrese di solidarietà (CZ), Centro di solidarietà Il Delfino Società Coop. Sociale Onlus (CS), Asl napoli 2 nord (NA), Associazione Arcisolidarietà Onlus (CE), Associazione Centro Le Ali Onlus (CE), Associazione La Casa sulla Roccia (AV), Associazione Il Pioppo Onlus (NA), Associazione La Tenda - Centro di Solidarietà Onlus (SA), Coop. Sociale La Solidarietà (BN), Primavera Piccola società coop. Sociale (NA), Santa lucia coop. Sociale (NA), Associazione la ricerca onlus (PC), Azienda u.s.l di ravenna - dipendenze patologiche (RA), Cnca federazione regionale emilia romagna (PA), Centro di solidarietà di reggio emilia onlus (RE), Comunità papa giovanni xxiii coop. Sociale onlus (RN), Coop. Sociale “il timoniere” onlus (FE), Il mandorlo società coop. Sociale onlus (FC), Società coop. Sociale ecosphera (FC), Ass azienda per i servizi sanitari n.1 triestina - dipartimento dipendenze (TS), Centro di solidarietà giovani “giovanni micesio” onlus (UD), Ceis centro di solidarietà “s.crispino” di viterbo (VT), Associazione comunità mondo nuovo (RM), Il ponte - centro di solidarietà onlus (RM), Associazione parsec (RM), Coop. Sociale “magliana '80” onlus (RM), Coop. Sociale demethra (RI), Fondazione exodus onlus - cassino (MI), Villa maraini coop. Sociale onlus (RM), Centro di solidarietà di genova coop. Sociale onlus (GE), Cometa consorzio di coop. Sociali (SP), Consorzio il cammino società coop. Sociale (PM), Associazione “arca” centro mantovano di solidarietà onlus (MN), Asl milano - dipartimento dipendenze (MI), Associazione comunità “il gabbiano” onlus (LO), Associazione onlus la centralina (SO), Cecilia servizi coop. Sociale onlus (BS), Consorzio provinciale sol.co varese (VA), Coop. Lotta contro l'emarginazione onlus (progetto “fatti posto”) (MI), Coop. Lotta contro l'emarginazione onlus (progetto “futuro: lavoro”) (MI), Aise coop. Sociale onlus (MI), Coop. Sociale di bessimo onlus (BS), Il pellicano società coop. Sociale (LO), Coop. Sociale oikos onlus (PV), Cs&I consorzio sociale (MI), Gasparina di sopra società coop. Sociale (MI), Gruppo fraternità consorzio coop. Sociali onlus (BG), P.I.o.c.r.s. provincia lombarda dell'ordine dei chierici regolari somaschi (MI), Pegasus società coop. Onlus (BS), Pinocchio società coop. Sociale onlus (BS), Società coop. Sociale fuxia (CR), Asur ancona - zona territoriale n.6 - fabriano (AN), Ama-aquilone coop. Sociale (AP), Coop. Sociale il nodo (MC), P.a.r.s. “pio carosi” coop. Sociale onlus (MC), Comunità terapeutica molise (CB), Coop. Sociale ricerca&progetto (CB), Asl at asti (AT), Asl n.14 vco - Ser.D. (VB), Asl to n.1 (TO), Asl to n.3- dipartimento di patologia delle dipendenze - Ser.D. “dora riparia” (TO), Asl to n.4 (TO), Asl to n.5 - distretto di chieri (TO), Coop. Sociale alice onlus (CN), Ass. comunità sulla strada di emmaus onlus (FG), Associazione pugliese rilancio onlus (BA), Coop. Sociale c.a.p.s. onlus (BA), Coop. Sociale l'obiettivo onlus (BA), Coop. Sociale spazio esse onlus, Impegno solidale coop. Sociale - bari (progetto i.s.e.l.i.) (BA), Impegno solidale coop. Sociale - lecce (progetto percorsi lavorativi integrati) (LE), Phoenix società coop. Sociale (LE), Società coop. Sociale comunità oasis 2 s.francesco onlus (BA), Società coop sociale il cammino (BA), Asl n.1 sassari - ser.d “s. Camillo” (SS), Asl n.2 olbia (OT), Asl n.3 nuoro (NU), Asl n.4 lanusei - Ser.D. (OG), Asl n.5 oristano - Ser.D. (OR), Asl n.6 sanluri (VS), Asl n.7 carbobbia (CI), Associazione casa emmaus (CI), Associazione darwin onlus (CA), Associazione mondo x - sardegna (CA), Baronia verde società coop. Sociale (NU), Coop. Sociale ponte comunità papa giovanni xxiii (CI), L'aquilone centro sardo di

solidarieta' (CA), Coop. Sociale san lorenzo (CI), Coop. Sociale "alle sorgenti" (VS), Solidarieta' consorzio cooperativo sociale (CA), Asl n.9 trapani (TP), Associazione "casa dei giovani" comunita' terapeutica onlus (PA), Asp enna - u.o.c dipartimentale dipendenze patologiche (EN), Consorzio idea agenzia per il lavoro Consorzio sol.co catania - rete di imprese sociali siciliane (CT), Coop. Sociale s.giovanni battista onlus (CT), Coop. Sociale tandem (RG), Societa' coop. Sociale centro di solidarieta' f.a.r.o - marsala (ME), Societa' coop. Sociale centro di solidarieta' f.a.r.o - messina (ME), Associazione insieme onlus (FI), Azienda usl n.8 arezzo - dipartimento delle dipendenze (AR), C.s.a. centro di solidarieta' di arezzo (AR), Coop. Sociale la foglia del te (MS), Gruppo incontro societa' coop. Sociale (PT), C.t.s. centro trentino di solidarieta' onlus (TN), Fondazione o.d.a.r. opera diocesana assistenza religiosa (BZ), Asl n.3 umbria-dipartimento per le dipendenze (PG), Associazione piccola comunita' onlus (TV), Azienda ulss n.4 "alto vicentino" (VI), Azienda ulss n.13 mirano - Ser.D. (VE), Azienda ulss n.16 padova - Ser.D. (PD), Azienda ulss n.20 di verona (VR), Azienda ulss n.21 legnago (VR), Azienda ulss n.22 regione veneto (VR), Ce.i.s centro italiano di solidarieta' di belluno onlus (BL), Cooperativa sociale don sandro dordi (RO), Ceis - societa' coop. Sociale onlus treviso (TV), Spazio elle societa' coop. Sociale (PD).

INDICE

Presentazione	13
Il Piano di Azione Nazionale Antidroga 2010-2013	15
1. I principi metodologici	15
2. Le aree di intervento	19
3. Le basi del PAN	21
4. Principi generali	23
5. Riabilitazione e reinserimento	24
La Risoluzione ONU sul reinserimento proposta dal governo italiano	29
Dipendenza da sostanze stupefacenti. Principi per la definizione di organizzazioni e processi orientati al recupero e alla guarigione della persona tossicodipendente	39
1. Principi guida per la cura della dipendenza da sostanze orientata al recupero (<i>recovery</i>) e alla guarigione (<i>healing</i>)	39
2. Descrizione degli elementi di base per lo sviluppo di sistemi di assistenza orientati al recupero (<i>recovery oriented system</i>)	43
Premesse e dichiarazioni	51
1. Finalità del manuale	52
Modello concettuale e linee di indirizzo per la riabilitazione e il reinserimento sociale e lavorativo della persona tossicodipendente	55
1. Il programma terapeutico e socio-riabilitativo: un processo incrementale di cura, di riabilitazione, di reinserimento verso l'autonomizzazione della persona	59
1.1 Fasi e obiettivi del processo terapeutico e socio-riabilitativo	61
1.2 Principi generali nel percorso di riabilitazione e di reinserimento	63
1.3 Requisiti di accesso ai programmi di riabilitazione e di reinserimento	63
1.4 La motivazione al cambiamento: il modello degli stadi del cambiamento	64
2. Il processo per la definizione del programma di riabilitazione e reinserimento	66
2.1 Il processo	67
2.2 Le aree di valutazione	67
2.3 Le competenze e le <i>life skills</i> dell'area socio-individuale	71
2.4 Il profilo di gravità e delle risorse e il sistema di rilevazione	79

2.5	La formulazione del programma riabilitativo	84
2.6	La valutazione di processo e di esito	84
3.	Attività di cura e trattamento	86
3.1	La cura multimodale ed integrata	86
3.2	La fase di cura in relazione alle attività di riabilitazione e reinserimento	86
3.3	Dalla fase di cura verso la riabilitazione	88
4.	Attività di riabilitazione sociale	88
4.1	Progetto di riabilitazione	89
4.2	Il progetto per lo sviluppo, il recupero ed il mantenimento delle Life Skills	89
4.3	Fase di apprendimento e di sperimentazione delle skills ("prove di volo a complessità crescente")	92
4.4	Consolidamento delle skills	94
4.5	Tutoring-sostegno sociale e accompagnamento	96
5.	Attività di reinserimento sociale	97
5.1	Il reinserimento sociale	97
5.2	Metodi ed indicatori su cui centrare le attività di reinserimento sociale	98
5.3	Valutazione in progress e finale (di esito) ed indicatori di reinserimento sociale	104
6.	Reinserimento lavorativo	107
6.1	Programma di reinserimento lavorativo	107
7.	Autonomizzazione della persona	115

Organizzazione di rete (OR) 117

1.	Il Gruppo di Coordinamento Territoriale per il reinserimento (GTR)	117
----	--	-----

Bibliografia 121

Allegati 127

1.	Principi generali della posizione italiana contro l'uso di droghe	129
2.	Public Policy Statement: <i>addiction definition</i> (ASAM)	145
3.	Life skills: check list	153
4.	Educare all'abilità di decision making	157
5.	Educare all'abilità di problem solving	163
6.	Scheda di segnalazione	169
7.	Scheda di presa in carico	179
8.	Accettazione del progetto di inserimento lavorativo	185
9.	Convenzione	187
10.	Progetto formativo e di orientamento	189

11. Scheda di valutazione dell'attività lavorativa	193
12. Scheda di controllo dell'orario	199
13. Scheda di rilevazione delle caratteristiche della cooperativa/struttura aziendale	195
14. Scheda per l'analisi della mansione lavorativa	199

Presentazione

Questo manuale definisce gli indirizzi generali e un modello operativo per i processi di riabilitazione e reinserimento sociale e lavorativo delle persone tossicodipendenti ed è indirizzato a tutti gli operatori dei Dipartimenti delle Dipendenze, sia dei servizi pubblici sia del privato sociale. La pubblicazione nasce dall'esigenza di disporre di metodologie condivise e scientificamente orientate per supportare gli operatori nello sviluppare sempre nuovi modelli operativi con un approccio pragmatico e concreto sempre più orientato al recupero e alla guarigione della persona tossicodipendente mediante lo sviluppo ed il consolidamento delle *life skills*.

Le Nazioni Unite (e prima ancora l'Unione Europea), su proposta del governo italiano tramite il Dipartimento Politiche Antidroga, hanno approvato una rilevante risoluzione proprio su questo argomento che riconosce l'importanza di orientare i programmi e gli interventi di tutti gli stati verso politiche che valorizzino e prendano in forte considerazione, anche supportando finanziariamente e concretamente questo approccio, il recupero della persona tossicodipendente.

Questa risoluzione, approvata da tutti gli stati, trova anche riscontro nel Piano di Azione Nazionale che identifica il reinserimento sociale e lavorativo delle persone tossicodipendenti come il pilastro portante della nuova politica antidroga nel nostro Paese.

Il Dipartimento ha anche promosso e finanziato il più importante progetto nazionale degli ultimi decenni (Progetto RELI) a cui hanno aderito oltre 100 comunità terapeutiche con un finanziamento di 8,5 milioni di euro al fine di dare attuazione concreta a questi indirizzi che vengono quindi supportati anche con questa pubblicazione metodologica.

Il manuale fornisce una serie di indicazioni strategiche sui principi degli approcci *recovery oriented* e cioè orientati al recupero e alla guarigione della persona e definisce i principi su cui le organizzazioni e i sistemi dipartimentali dovrebbero coerentemente basarsi per la loro definizione.

Ci auspichiamo pertanto che anche questa pubblicazione del Dipartimento Politiche Antidroga possa essere concretamente utile a orientare sempre di più i sistemi assistenziali e le attività degli operatori sia dei servizi pubblici che delle comunità terapeutiche verso la valorizzazione della riabilitazione sempre maggiore ben integrata e coordinata con i processi terapeutici (farmacologici residenziali che siano) all'interno di un percorso incrementale verso la piena autonomia del paziente.

Giovanni Serpelloni

Capo Dipartimento Politiche Antidroga
Presidenza del Consiglio dei Ministri

Il Piano di Azione Nazionale Antidroga 2010-2013

1. I principi metodologici

Nella stesura del nuovo Piano di Azione Nazionale Antidroga, approvato dal Consiglio dei Ministri nella seduta del 29 ottobre 2011, si è tenuto conto del contesto in cui le azioni dovranno essere declinate. Dunque, prima di delineare il piano si dovranno analizzare quattro variabili:

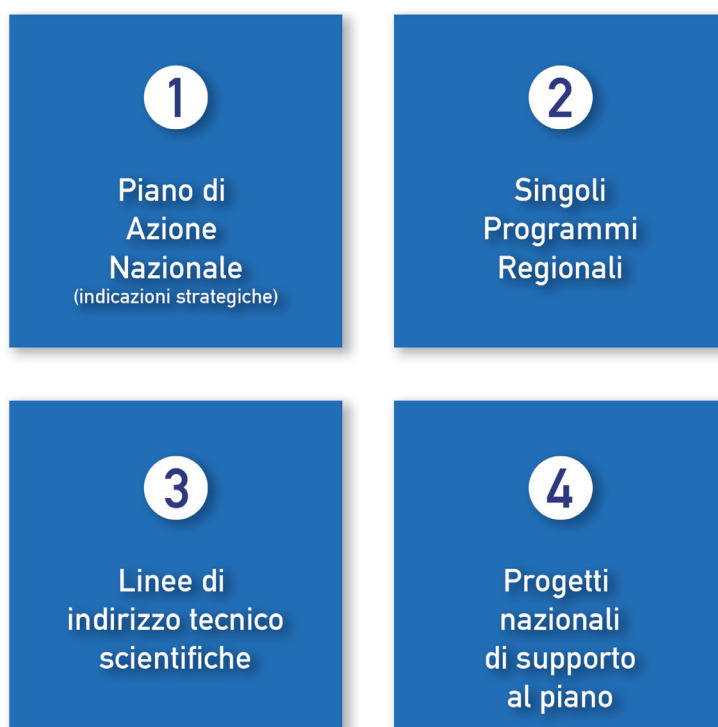
1. La situazione economico-sociale;
2. Gli assetti istituzionali;
3. La situazione finanziaria del sistema pubblico;
4. Lo scenario relativo al mercato globale e locale delle sostanze.

Nella formulazione del possibile modello di intervento, oltre all'analisi delle quattro variabili di cui sopra, è necessario considerare che le componenti interessate al problema droga e fortemente interagenti tra loro sono tre: l'individuo, il contesto socio-ambientale in cui vive (famiglia, scuola, lavoro, gruppo dei pari, ecc.) e le varie sostanze che possono interagire con esso, la loro capacità di legare l'individuo e di produrre danni. I modelli di intervento pertanto dovranno essere sistemici e tenere conto di queste tre fondamentali componenti.

Il Piano di Azione Nazionale Antidroga prevede lo sviluppo contemporaneo di quattro componenti: un Piano di Azione Nazionale (PAN - indicazioni strategiche), i singoli Programmi Regionali (PR), le Linee di indirizzo ed i Progetti Nazionali di supporto al Piano. L'insieme di queste quattro componenti costituisce il piano concreto di azione che necessariamente, per poter essere efficace, deve prevedere l'esplicitazione delle strategie generali mediante l'elencazione degli obiettivi, delle azioni, delle organizzazioni deputate alla realizzazione e degli indicatori di esito, ma nel contempo dovranno seguire i singoli piani regionali con, per quanto possibile, una quantificazione delle risorse dedicate. Oltre a ciò, sono previste delle linee di indirizzo per le principali aree ed una serie di progetti nazionali a supporto del PAN che coinvolgeranno numerose unità operative.

Le quattro principali componenti del PAN

Figura 1 - Componenti del PAN.



1. Piano di Azione:

contiene tutte le indicazioni strategiche generali divise per aree di intervento corredate da obiettivi, azioni ed indicatori di valutazione. Questa parte tiene conto anche delle indicazioni europee ed ha come obiettivo principale quello di poter creare una serie di azioni coordinate su tutto il livello nazionale.

2. Singoli programmi regionali:

sulla base del PAN le Regioni e le Province Autonome potranno definire singoli programmi regionali o riorientare gli attuali, tenendo conto delle indicazioni strategiche nazionali espresse e contestualmente delle proprie linee di programmazione. La predisposizione di questi programmi, la cui realizzazione è competenza delle singole Regioni e Province Autonome costituirà il completamento e la reale operazionalizzazione del PAN.

3. Linee di indirizzo tecnico scientifiche:

è un insieme di pubblicazioni metodologiche che chiariscono ancora più nel dettaglio come poter realizzare gli interventi fornendo elementi tecnici per le varie aree sottoforma di indirizzi operativi. È stata messa a punto una prima raccolta di linee di indirizzo che verrà via via implementata e aggiornata sulla base delle nuove esigenze emergenti e dei nuovi aggiornamenti scientifici nei vari campi di intervento.

4. Progetti Nazionali di supporto al PAN:

per sostenere concretamente il Piano sono stati attivati numerosi progetti nazionali nelle varie aree di intervento considerate prioritarie, con un forte coordinamento centralizzato e

tendenti alla creazione di reti di collaborazione e cooperazione sia tra realtà nazionali che internazionali. Questo piano progetti, già attivo e coerente con il PAN, coprirà le attività 2010-2011 e potrà essere rinnovato ed implementato, sulla base delle disponibilità finanziarie annualmente definite.

La realizzazione del nuovo PAN, pertanto, si sviluppa in senso verticale attraverso tre diversi gradi di programmazione che coinvolgono attori diversificati per ciascun livello in base alle varie responsabilità ed ai compiti istituzionali. A ciascuno di essi corrispondono diversi livelli di discussione e di competenze, ed i prodotti attesi che ne derivano sono differenti, secondo lo schema riporta di seguito:

Figura 2 - Livelli di programmazione del PAN.



La realizzazione e lo svolgimento del PAN per la trasformazione delle linee di indirizzo in esso contenute in azioni concrete, precede tre livelli successivi di azione che dovrebbero, quindi, essere concretizzati in altrettanti tre documenti:

1. Il Piano di Azione Nazionale contro le droghe;
2. I Programmi Regionali con budget di investimento ed i progetti regionali;
3. Le attività ordinarie e quelle di progetto relative alla prevenzione, cura e riabilitazione, previste a favore delle persone con problemi droga correlati ed erogate dai servizi pubblici delle aziende sanitarie, anche mediante il privato sociale.

Al Piano di Azione Nazionale Antidroga di livello strategico dovrebbero seguire quindi dei "programmi regionali" personalizzati sui bisogni e le caratteristiche del fenomeno droga delle singole Regioni e P.A., corredati di budget specifico e articolati in progetti e indicazioni strategiche, per l'orientamento delle attività ordinarie, coerentemente, per quanto possibile, con il PAN.

Figura 3 - Microlivelli di azione.



Ci si aspetta, pertanto, che i programmi regionali vengano definiti e differenziati nelle azioni sulla base di analisi quantitative dei bisogni che mostrino, in modo oggettivo, la dimensione del problema e la variazione rispetto al trend nazionale che lo rende rilevante per il territorio in esame. Le azioni che si andranno a definire dovrebbero tener conto del fatto che il problema, per essere affrontato efficacemente, deve essere reso coerente con le strategie generali del PAN e, successivamente, frazionato con logiche territoriali differenziando, quindi, gli interventi di risposta ma mantenendo omogeneità e coerenza nell'organizzazione dei servizi. Andranno, pertanto, differenziate anche le varie offerte di base, specializzandole in relazione ai bisogni e fenomeni emergenti con progetti *ad hoc*. Tale schema si sviluppa in senso verticale e a ciascun livello corrisponde un diverso grado organizzativo, secondo quanto illustrato negli schemi che seguono.

Figura 4 - Modello esemplificativo dei livelli di azione.



2. Le aree di intervento

Il nuovo Piano di Azione Nazionale è logicamente suddiviso in 5 principali aree di intervento:

1. La prevenzione: informazione precoce, prevenzione universale e selettiva, la diagnosi precoce di uso di sostanze stupefacenti (*early detection*) e approccio educativo;
2. La cura e diagnosi delle tossicodipendenze: contatto precoce, pronta accoglienza, diagnosi e terapie appropriate e contestuale prevenzione delle patologie correlate;
3. La riabilitazione ed il reinserimento: sociale e lavorativo;
4. Il monitoraggio e la valutazione: criterio di finanziabilità;
5. La legislazione, le attività di contrasto e la giustizia minorile: sia sul territorio che sulla rete Internet.

Figura 5 - Aree di intervento.



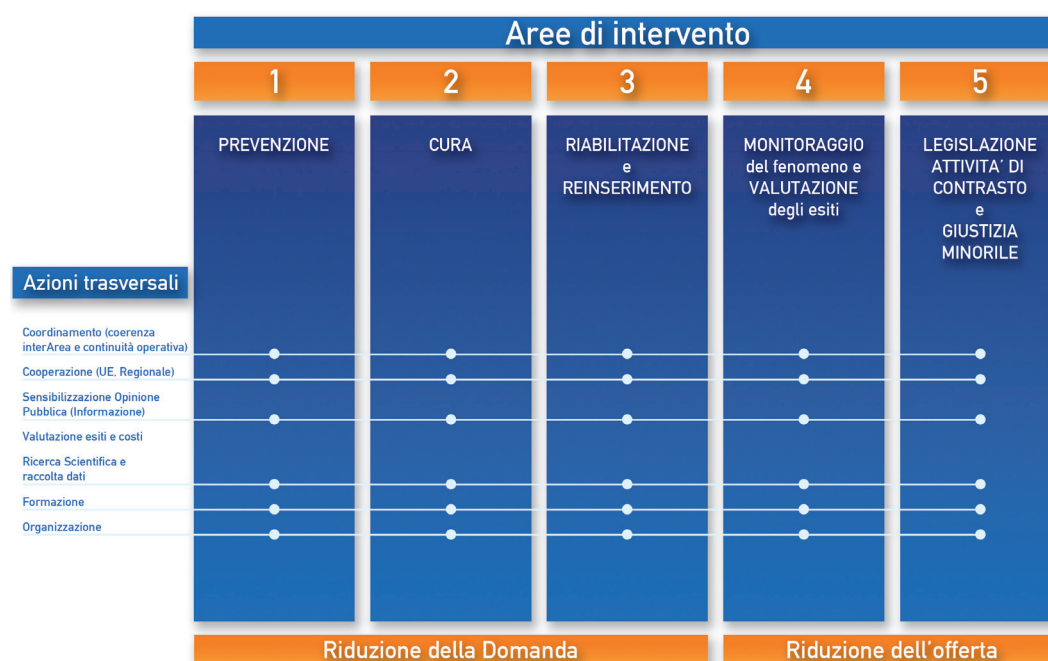
Per ciascuna delle cinque aree sono previste una serie di azioni trasversali relative al coordinamento, alla cooperazione, alla sensibilizzazione dell'opinione pubblica, alla valutazione degli esiti e dei costi, alla ricerca scientifica e raccolta dei dati, alla formazione e all'organizzazione, secondo lo schema che segue. Le cinque aree indicate sono tra loro raggruppate in due grandi contenitori:

1. Riduzione della domanda: prevenzione, cura e diagnosi, riabilitazione e reinserimento;
2. Riduzione dell'offerta: monitoraggio e valutazione, legislazione, attività di contrasto e giustizia minorile.

Ognuna delle cinque aree di intervento prevede una serie di azioni trasversali relative al coordinamento, alla cooperazione, alla sensibilizzazione dell'opinione pubblica, alla valutazione degli esiti e dei costi, alla ricerca scientifica e raccolta dei dati, alla formazione e all'organizzazione, secondo lo schema seguente. Queste azioni trasversali rappresentano delle indicazioni di azione che andrebbero perseguite, per ognuna delle aree di intervento, al fine di migliorare l'efficacia generale del piano.

Per ogni area di intervento le singole azioni trasversali assumono un significato diverso sia per quanto riguarda i contenuti da perseguire, sia per quanto riguarda gli attori coinvolti in tali azioni, ma è necessario sviluppare la cooperazione, la sensibilizzazione, la valutazione, la ricerca scientifica, ecc. di tutte le aree di intervento, proprio per dare un impulso forte e coordinato all'intero piano.

Figura 6 - Aree di intervento e azioni trasversali.



3. Le basi del PAN

1. Il Piano di Azione Europeo per la lotta alla droga ha fornito una serie di importanti indicazioni che hanno costituito la base per la stesura del presente piano. Durante la V^a Conferenza Nazionale sulle Politiche Antidroga tenutasi a Trieste nel di marzo del 2009, gli operatori dei dipartimenti delle dipendenze (Ser.D. e Comunità Terapeutiche), le Amministrazioni Centrali, le Regioni, le Province Autonome e le Amministrazioni locali hanno tracciato precise linee di indirizzo e di orientamento per la realizzazione di strategie ed azioni concrete per i prossimi tre anni. Dall'analisi approfondita e condivisa tra i vari attori è scaturita una serie di attente e competenti considerazioni che hanno costituito la base vincolante per la preparazione del Piano di Azione Nazionale (PAN). Un'ulteriore fonte di informazioni strategiche è la CND - Commission Narcotic Drugs 2010 delle Nazioni Unite - che ha ulteriormente consolidato alcune strategie che sono state riprese, sviluppate ed adattate alla realtà italiana.
2. Successivamente, grazie alla collaborazione con varie organizzazioni è stata affrontata un'analisi ancora più approfondita dei problemi legati al consumo di droghe, al loro traffico e spaccio nel nostro Paese e delle varie cause in grado di sostenere e incrementare tale fenomeno. Tale analisi è stata poi suddivisa in 5 schede sintetiche, una per ciascuna area di intervento del Piano di Azione italiano. In questo modo si è delineata una base informativa sul fenomeno che ha permesso di formulare il presente piano.
3. La realizzazione del PAN ha tenuto conto delle indicazioni contenute nel Piano di Azione Europeo e delle note metodologiche, oltre che di contenuto, in esso presenti.

1. Il Piano di Azione Europeo
2. La V^a Conferenza sulle Droghe
3. Le indicazioni della CND

L'analisi condivisa

Il Piano di Azione Europeo

4. Questo documento rappresenta, quindi, l'insieme degli indirizzi generali e dei principi a cui le varie amministrazioni ed organizzazioni, a vario titolo operanti in Italia nell'ambito della lotta alla droga, dovrebbero ispirarsi per coordinare e meglio finalizzare le proprie programmazioni ed attività, all'interno di una logica Nazionale ed Europea. Tale logica, al pari di tutti gli altri Stati Europei, deve necessariamente trovare un coordinamento e una comunità di intenti e di azioni su tutto il territorio nazionale per essere realmente efficace.

**Coordinamento e
confini**

5. A fronte della forte differenziazione degli interventi e delle strategie a livello delle singole Regioni, in virtù della loro autonomia di programmazione ed azione, è bene ricordare che le droghe, e le organizzazioni criminali che le gestiscono, non rispettano certo i confini regionali, provinciali o comunali, così come la diffusione delle malattie infettive correlate all'uso di queste sostanze. Parlando per estremi, gli spacciatori e i trafficanti certamente non conoscono e non rispettano i confini geografici regionali italiani e non riconoscono le competenze e le autonomie dei vari territori. Perciò è necessario ritrovare e mantenere nel futuro un'unità di intenti all'interno di un coordinamento nazionale, più volte richiesto anche in occasione della V Conferenza Nazionale di Trieste. Riconoscere ciò significa accettare un volere della comunità professionale e del volontariato di settore che, in primo luogo, ha sottolineato la grande differenziazione tra i vari sistemi regionali esistenti e i problemi derivanti, e, in secondo luogo, ha richiesto che questa frammentazione possa cessare e debba essere risolta con un coordinamento nazionale vero ed efficace.

Andare oltre

6. È necessario pertanto andare oltre i vecchi schemi di programmazione parcellizzata e di organizzazioni che non sono coordinate nell'azione. È necessario introdurre principi innovativi e ritrovare soprattutto un agire comune scevro da ideologie e condizionamenti di parte.

**Professionisti ed
organizzazioni
competenti e
responsabili**

7. Per dare una vera svolta nel nostro Paese, sarà fondamentale valorizzare sempre di più la necessità che a svolgere compiti di coordinamento, programmazione, formulazione di strategie e progettualità nazionali, siano professionisti competenti, in possesso di una formazione tecnico-specialistica adeguata al ruolo istituzionale e al compito che vengono chiamati a svolgere, in grado inoltre di ricoprire appropriati livelli di responsabilità. È tempo oramai che anche il nostro Paese si allinei con quanto avviene a livello europeo e internazionale, dove già da tempo si è abbandonata la logica "dell'incarico politico" indipendentemente dalle competenze tecnico-scientifiche reali e dal livello professionale di responsabilità. Si è invece riconosciuta la necessità di valorizzare e promuovere professionisti del settore, realmente in grado di affrontare il problema della tossicodipendenza sulla base della formazione professionale acquisita e per la capacità di creare reti collaborative, e progettualità coordinate garantite da un adeguato livello istituzionale una piena assunzione di responsabilità.

4. Principi generali del PAN

1. In linea e concordemente con tutti i paesi Europei, la stesura di un piano di azione nazionale nasce dall'imperativa necessità di avere indicazioni per la definizione degli interventi antidroga, al fine di proteggere le future generazioni dalla tragedia della tossicodipendenza e dell'alcoldipendenza. Un piano di azione nazionale è fondamentale per affrontare in modo efficace il problema della diffusione dell'uso delle droghe e dell'abuso alcolico sia nel nostro paese che in tutti gli altri stati europei.
Proteggere le future generazioni
2. Il nostro Paese si impegna, al pari degli altri Paesi Europei, a rispondere al problema della droga attraverso un approccio integrato per la riduzione della domanda e dell'offerta di droga. Tutto ciò nel pieno rispetto delle libertà fondamentali e dei diritti umani e coerentemente ai principi fondamentali della dignità di tutti coloro che sono toccati dal problema della droga, compresi i tossicodipendenti. A questo proposito, si ribadisce che la legislazione italiana, ma ancora prima i principi etici che sottendono le azioni di prevenzione, cura e riabilitazione, non riconoscono come diritto della persona il "diritto a drogarsi" sia per gli inequivocabili danni alla salute che questo può provocare, sia per le conseguenze negative subite dalle persone in contatto con chi usa queste sostanze, sia per le gravissime perdite sociali che questo comporta.
Un approccio integrato e bilanciato
3. Per contro, sono da identificare precocemente e contrastare con fermezza tutte le eventuali forme di discriminazione e stigmatizzazione delle persone tossicodipendenti o che abusano di sostanze alcoliche, favorendo, invece, il loro accesso precoce alle cure, alla riabilitazione e al reinserimento sociale e lavorativo.
No alla discriminazione e alla stigmatizzazione
4. L'approccio che si vuole dare, seguendo le indicazioni provenienti dall'Unione Europea, è quindi di tipo integrato e multidisciplinare e si concentra su due principali settori di intervento: la riduzione della domanda e la riduzione dell'offerta. Oltre a questo, sono stati individuati più temi trasversali: la cooperazione, in quanto la natura globale del problema della droga richiede approcci regionali, nazionali, europei ed internazionali; il coordinamento, come elemento chiave per stabilire e condurre una strategia di successo contro le droghe; infine, la ricerca, l'informazione e la valutazione con una conseguente migliore comprensione del problema della droga e lo sviluppo di una risposta ottimale ad esso, incluse le chiare indicazioni circa i meriti e i difetti delle azioni delle attività intraprese.
Il coordinamento come elemento chiave
5. La strategia italiana punta quindi a ridurre il consumo di droga nel Paese soprattutto attraverso le attività di prevenzione e, allo stesso tempo, a creare e mantenere migliori condizioni di trattamento e riabilitazione dei soggetti con dipendenza. Per questo è necessario aumentare l'impegno, nel più breve tempo possibile, per la riduzione della domanda e, contemporaneamente, mantenere alto il livello di contrasto dell'offerta attraverso la lotta alle organizzazioni criminali dedite al traffico e allo spaccio di sostanze illecite e al riciclaggio del denaro proveniente da tali attività.
Ridurre il consumo
6. Si riconosce la necessità di investire in maniera bilanciata nella prevenzione, nel trattamento, nel recupero e contemporaneamente anche nel sistema delle sanzioni amministrative e della giustizia penale in relazione al traffico e allo spaccio di sostanze stupefacenti.
Il bilanciamento degli interventi



**Un approccio
equilibrato**

7. Questo approccio equilibrato richiede l'impegno coordinato e complementare delle attività di prevenzione, di trattamento, di reinserimento sociale e lavorativo, la contemporanea applicazione della normativa e delle azioni di contrasto.

**Coordinamento e
cooperazione per
una unitarietà di
intenti**

8. Per raggiungere tale obiettivo è necessario un coordinamento e una cooperazione tra tutte le Amministrazioni Centrali, le Regioni e le Province Autonome e le Amministrazioni locali con un impegno che non può permettersi divisioni, frammentazioni e distonie nelle strategie e nelle azioni concrete. Il mancato o carente coordinamento impedirebbe di fatto un'erogazione equanime, appropriata e di qualità degli interventi e delle offerte in ambito preventivo, terapeutico e riabilitativo alle persone tossicodipendenti e ai giovani particolarmente vulnerabili. Oltre a questo, l'insufficiente unitarietà di strategie e azioni potrebbe favorire il rafforzamento delle organizzazioni criminali che favoriscono il traffico e lo spaccio della droga. Infatti, se non verranno realizzate azioni efficaci per la riduzione della domanda, l'offerta troverà sempre più terreno fertile per la sua crescita e la sua strutturazione organizzativa.

Un impegno di tutti

9. La lotta alla droga deve trovare, dunque, il costante e globale coinvolgimento di tutte le componenti della società civile e delle amministrazioni coinvolte e responsabili, a vario titolo, della salute dei cittadini.

**Programmi
scientificamente
orientati**

10. In questa strategia generale si colloca il PAN, con l'intento di sottolineare la necessità di basarsi su programmi scientificamente orientati, bilanciati e centrati sulla collaborazione di tutte le componenti pubbliche e private, che a vario titolo sono chiamate a dare una risposta al problema droga nel nostro Paese.

5. Riabilitazione e reinserimento

**Riabilitazione
lungo processo
educativo**

1. La riabilitazione delle persone con dipendenza da sostanze è un lungo processo educativo sempre possibile e da ricercare attivamente e costantemente finalizzato allo sviluppo, al recupero e al mantenimento delle abilità sociali e relazionali della persona, in special modo di quelle lavorative che in modo determinante favoriscono il raggiungimento di una autonomia e indipendenza.

**Condizione
preliminare per il
reinserimento**

2. La riabilitazione soprattutto in ambito relazionale è da considerarsi attività e condizione preliminare indispensabile e inevitabile per poter dar corso ad un vero e proprio reinserimento sociale e lavorativo.

3. È necessario distinguere la fase della riabilitazione da quella del successivo reinserimento sociale e lavorativo anche se strettamente correlate e interagenti. La prima fase è prevalentemente finalizzata alla costruzione delle condizioni di base per poter reinserire la persona tossicodipendente; la seconda fase rappresenta l'evoluzione e il completamento della prima ed è fortemente finalizzata all'autonomizzazione sociale e lavorativa della persona. Il processo terapeutico-riabilitativo è da considerarsi, quindi, un processo continuativo ed "incrementale", cioè costituito da sequenze operative mutuo-supportive con un incremento graduale delle azioni e degli obiettivi verso l'autonomizzazione della persona, secondo la sequenza: aggancio precoce, trattamento intensivo iniziale, stabilizzazione del trattamento con contestuale riabilitazione e successivo reinserimento.
4. Il trattamento, la riabilitazione e il reinserimento, quindi, non sono processi strettamente sequenziali ma "incrementali" l'uno dell'altro e fortemente integrati. Le attività di riabilitazione, infatti, possono e debbono iniziare già durante il trattamento, così come quelle di reinserimento iniziano già durante la fase di riabilitazione. Il passaggio da una fase all'altra risulta graduale e, in un primo momento, compenetrato. Il tutto attraverso una sequenza di azioni di sperimentazione ("prove di volo") delle varie abilità da apprendere e sviluppare che, se ben dirette e di successo, portano ad un rinforzo dei risultati del trattamento, della riabilitazione e del reinserimento.
5. La riabilitazione e il reinserimento sociale delle persone tossicodipendenti devono trovare una giusta e prioritaria considerazione fin dall'inizio dell'attivazione dei programmi di trattamento, sia per quanto concerne quelli ambulatoriali che quelli residenziali.
6. Il reinserimento lavorativo delle persone tossicodipendenti costituisce l'obiettivo e il punto di arrivo di tutti i trattamenti al fine di garantire l'autonomia, l'indipendenza e la possibilità di una reale e duratura integrazione nella vita e nella società delle persone tossicodipendenti.

La riabilitazione:
un processo
"incrementale"

La riabilitazione:
un processo
integrato
incrementale

Reinserimento
sociale

Reinserimento
lavorativo

Tabella 1 - Obiettivi, azioni e principali indicatori previsti dal PAN per la riabilitazione e il reinserimento sociale e lavorativo.

Area di intervento: Riabilitazione e reinserimento sociale e lavorativo			
N. obiettivi	n. azioni	Principali indicatori	
1. Assicurare condizioni organizzative e disponibilità di risorse umane, tecnologiche, logistiche e finanziarie adeguate alle attività di reinserimento.	1.1	Definire precisi capitoli di bilancio o specifiche voci delle varie amministrazioni competenti vincolanti per le attività di reinserimento sociale e lavorativo.	Quantità di finanziamenti dedicati all'attività di reinserimento.
	1.2	Definire e pubblicare specifici piani Regionali di azione sul reinserimento, sostenibili e coerenti con il PAN.	Nr. piani regionali esistenti specifici sulle attività di reinserimento.
	1.3	Attivare un fondo nazionale per sostenere il miglioramento delle attività di reinserimento, alimentato anche con i finanziamenti confiscati alle organizzazioni criminali provenienti dal traffico e dallo spaccio di droga.	
2. Ridurre il ricorso ad attività criminali e illegali oltre che la sostituzione nelle persone tossicodipendenti mediante la promozione di programmi specifici di reinserimento sociale e lavorativo.	2.1	Incrementare gli interventi e le attività di reinserimento presso i Dipartimenti delle Dipendenze.	Nr. di programmi specifici di riabilitazione e reinserimento sociale attivati presso i DDD. Nr. di programmi specifici di reinserimento lavorativo attivati presso i DDD. Tipologie di programmi specifici di reinserimento sociale attivati presso i DDD. Tipologie di programmi specifici di reinserimento lavorativo attivati presso i DDD.
3. Uniformare a livello nazionale i principi e i principali metodi di riabilitazione e reinserimento.	3.1	Definire mediante la realizzazione di linee di indirizzo metodologico, un modello condiviso per la riabilitazione e il reinserimento socio-lavorativo.	Nr. di organizzazioni aderenti al network nazionale di reinserimento.
4. Promuovere azioni concrete e progetti specifici per incrementare le attività di riabilitazione (attività prodromiche al reinserimento) sia in ambito sociale che relazionale delle persone tossicodipendenti in trattamento (si ricorda che le attività di riabilitazione dei tossicodipendenti rientrano nei LEA- DPCM 29/11/2001) presso i Ser.D. e presso le Comunità terapeutiche.	3.2	Organizzare e sostenere un network nazionale permanente delle organizzazioni che si occupano di reinserimento lavorativo.	Quantità di finanziamenti dedicati a progetti di reinserimento.
	4.1	Attivare specifici interventi con programmi permanenti all'interno delle unità di trattamento (ambulatoriali, residenziali o semiresidenziali) finalizzati alla riabilitazione e all'acquisizione delle skill sociali e relazionali di base per permettere l'inizio delle attività di reinserimento.	Nr. di U.O. realmente attive con procedure standardizzate e programmi specifici di riabilitazione (% sul totale delle unità operative). Tipologie di unità di trattamento.
5. Migliorare le competenze scolastiche e professionali dei soggetti tossicodipendenti in trattamento.	5.1	Attivare programmi di formazione scolastica e professionale per i tossicodipendenti in trattamento in collaborazione con scuole ed enti professionali.	Nr. corsi di formazione attivati. Nr. partecipanti.
	5.2	Attivare percorsi di formazione nell'ambito informatico e altre attività coerentemente con i bisogni e le specialità del territorio.	Nr. persone formate.

6.	Promuovere lo sviluppo di U.O. specializzate nelle attività di reinserimento integrate dei dipartimenti delle dipendenze.	6.1	Definire in ogni unità di trattamento (ambulatoriale o residenziale o semiresidenziale) un documento operativo e formale (Protocollo di servizio per il reinserimento) contenente i processi e le metodologie utilizzate per il reinserimento, contenente anche gli indicatori di valutazione dell'outcome.	Nr. unità operative create nel DD.P.
		6.2	Attivare, ove possibile e compatibilmente con le programmazioni regionali, U.O. pubbliche integrate all'interno dei dipartimenti delle dipendenze specializzate nel reinserimento socio-lavorativo.	Nr. servizi di orientamento alla riabilitazione e reinserimento nei Ser.D. e nelle CT.
		6.3	Organizzare un percorso integrato di reinserimento che inizia nei Ser.D. e continua nelle comunità terapeutiche e/o nelle cooperative sociali.	
		6.4	Creazione di un servizio di orientamento e accompagnamento all'interno di Ser.D. e/o Comunità mediante tutor della persona tossicodipendente verso il reinserimento sociale e lavorativo.	
7.	Integrare e coordinare l'attività di reinserimento tra le varie agenzie territoriali (Ser.D. e Comunità Terapeutiche, amministrazioni Comunali e Provinciali, Aziende sanitarie, Associazioni degli Imprenditori).	7.1	Formazione degli operatori socio-sanitari nelle attività di riabilitazione e reinserimento.	Nr. corsi di formazione attivati.
		7.2	Organizzare un gruppo di coordinamento territoriale stabile che metta in contatto le cooperative sociali di tipo B con le amministrazioni pubbliche, potenziali enti affidatari.	Nr. operatori formati.
		7.3	Regolamentare e controllare la disponibilità di posti di lavoro protetti (monitoraggio delle aziende sottonumerarie ai sensi della L. 68/99).	
8.	Coinvolgere direttamente le Aziende e amministrazioni pubbliche (Comune, Provincia, ASL) nelle attività di reinserimento socio-lavorativo dei tossicodipendenti, mediante l'affidamento di commesse alle cooperative sociali operanti in tale settore.	8.1	Affidare, da parte degli enti pubblici, commesse lavorative alle cooperative sociali di tipo B che si occupano di reinserimento delle persone tossicodipendenti.	Nr. Aziende e Amministrazioni pubbliche coinvolte Nr. commesse affidate alle cooperative sociali/anno
9.	Favorire il reinserimento delle persone tossicodipendenti nel circuito lavorativo delle imprese ordinarie.	9.1	Creare una rete di contatti con imprese lavorative per facilitare la ricerca di lavoro per le persone tossicodipendenti anche mediante il coinvolgimento delle Amministrazioni Provinciali.	Nr. imprese ordinarie coinvolte
		9.2	Stipulare accordi di intesa con centri d'impiego.	Nr. accordi stipulati
		9.3	Sviluppare una rete nazionale di comunità terapeutiche e/o cooperative sociali fortemente orientate a percorsi di reinserimento lavorativo.	
		9.4	Stipulare protocolli d'intesa tra le organizzazioni degli imprenditori nel territorio e le cooperative sociali e/o Comunità terapeutiche e/o unità di reinserimento dei Ser.D.	
		9.5	Promuovere azioni concrete negli ambienti di lavoro contro atteggiamenti discriminatori e stigmatizzanti la condizione di tossicodipendente, che possono compromettere gli interventi di reinserimento sociale e lavorativo.	

10.	Orientare le organizzazioni che si occupano di reinserimento socio-lavorativo allo sviluppo dell'imprenditoria sociale al fine di promuovere la creazione di organizzazioni per il reinserimento in grado di produrre reddito per l'auto-mantenimento delle proprie attività.	10.1	Sviluppare unità organizzative per il reinserimento impostate in modo che esercitino attività produttive in grado di realizzare un reddito e di auto-finanziare (almeno in parte) la struttura ospitante i tossicodipendenti in riabilitazione/reinserimento.	Nr. organizzazioni create. Nr. organizzazioni per l'automanutenimento attive.
11.	Promuovere un progetto nazionale specifico per la riabilitazione e il reinserimento sociale e lavorativo per sostenere il processo di innovazione nazionale in tale ambito.	11.1	Attivare un network nazionale di strutture operanti secondo gli obiettivi sopra riportati, coordinate e integrate nel territorio di appartenenza e fortemente orientate al reinserimento lavorativo.	Nr. strutture coinvolte facenti parte del network.
		11.2	Supportare direttamente con finanziamenti specifici le unità organizzative che si occupano del reinserimento, in base al numero di persone in reinserimento lavorativo.	Nr. Regioni e P.A. partecipanti. Nr. soggetti inseriti nel mondo del lavoro/
		11.3	Verificare l'efficacia delle attività mediante la valutazione del numero di soggetti inseriti nei percorsi riabilitativi e il numero di soggetti reinseriti con successo nel mondo del lavoro.	Nr. soggetti in attività di reinserimento.

La Risoluzione ONU sul reinserimento

proposta dal Governo Italiano

Il tema del reinserimento sociale e lavorativo delle persone tossicodipendenti è stato oggetto di un'importante Risoluzione ONU varata a Vienna a marzo 2011 nell'ambito della 54esima Commissione stupefacenti delle Nazioni Unite. La Risoluzione, presentata dal Dipartimento Politiche Antidroga, era stata precedentemente discussa, concordata, sostenuta prima da 27 Paesi dell'Unione Europea a Bruxelles, in sede di Consiglio Europeo, e quindi è approdata a Vienna dove è stata definitivamente approvata e condivisa dai 180 Stati delle Nazioni Unite.

54esima
Commissione
stupefacenti delle
Nazioni Unite

La risoluzione è un risultato importante perché, oltre a valorizzare l'attività di prevenzione dell'uso di droghe, essa riporta e valorizza come punti fondamentali nell'intervento sulle tossicodipendenze i concetti di riabilitazione, reinserimento sociale-lavorativo e di "recovery", cioè il recupero totale della persona. Con questa risoluzione approvata dall'ONU, quindi, tutti gli Stati delle Nazioni Unite hanno concordato che quella proposta dall'Italia deve essere la strategia prioritaria nell'approccio alle tossicodipendenze.

Prevenzione
e recovery:
punti fondamentali
nell'intervento sulle
tossicodipendenze

Oltre all'Unione Europea, hanno co-sponsorizzato la Risoluzione presentata dall'Italia, e cioè hanno assunto un forte impegno a finanziare e realizzare nel proprio Paese tale Risoluzione, i seguenti Stati: Stati Uniti, Federazione Russa, Argentina, Nigeria, Svizzera, Australia, Messico, Israele, Uruguay, El Salvador, Ucraina, Nuova Zelanda, Burkina Faso, Kenya, Norvegia, Filippine, Croazia, Libano, Albania, Canada, Ungheria, Serbia.

Co-sponsorizzazio-
ne della Risoluzione

Un così ampio consenso ha testimoniato il riconoscimento che a livello internazionale riceve attualmente la strategia del governo italiano in tema di tossicodipendenza. E' la prima volta, infatti, che una risoluzione così importante ed articolata proposta dall'Italia acquisisce l'apprezzamento di tutti gli Stati membri delle Nazioni Unite al punto tale che molti di loro hanno dichiarato di voler impegnare risorse per realizzare strategie di recupero totale delle persone tossicodipendenti nei propri ambiti territoriali.

Riconoscimento
internazionale della
strategia italiana in
materia

Di seguito si riportano la versione italiana e inglese della Risoluzione.



Versione italiana della Risoluzione della 54esima Commissione stupefacenti delle Nazioni Unite, marzo 2011.

Traduzione interna a cura dell'Unità Affari Internazionali - 11 aprile 2011

Nazioni Unite

E/CN.7/2011/L.7/Rev.1

Consiglio Economico e Sociale

Distribuzione: Limitata
23 marzo 2011

Commissione Stupefacenti

54^a sessione

Vienna, 21-25 marzo 2011

Punto 6(a) dell'Agenda

**Attuazione della Dichiarazione Politica e del Piano
d'Azione sulla Cooperazione Internazionale verso una
Strategia Integrata e Bilanciata per Contrastare il
Problema Mondiale della Droga: Riduzione della
domanda e misure collegate**

**Promuovere strategie orientate alla riabilitazione e al reinserimento in
risposta ai disturbi connessi al consumo di droga e alle loro conseguenze
che sono dirette a favorire la salute e il benessere sociale fra individui,
famiglie e comunità.**

La Commissione Stupefacenti

Richiamando la Dichiarazione Politica adottata dall'Assemblea Generale alla sua 20^a Sessione Speciale¹, la Dichiarazione Politica e il Piano d'Azione sulla cooperazione internazionale verso una strategia integrata e bilanciata per combattere il problema della droga nel mondo,²

¹ Risoluzione dell'Assemblea Generale S-20/2, annesso.

² A/64/92-E/2009/98, sez. II.A.

Traduzione interna a cura dell'Unità Affari Internazionali - 11 aprile 2011

Richiamando anche la Convenzione Unica sugli stupefacenti del 1961,³ quella Convenzione come emendata dal Protocollo del 1972,⁴ la Convenzione sulle sostanze psicotrope del 1971,⁵ e la Convenzione delle Nazioni Unite contro il traffico illegale di stupefacenti e sostanze psicotrope del 1988,⁶

Richiamando inoltre la risoluzione dell'Assemblea Generale 64/182 del 18 dicembre 2009 sulla cooperazione internazionale contro il problema mondiale della droga, nella quale l'Assemblea ha ribadito l'impegno degli Stati membri nel promuovere, sviluppare, riesaminare o rafforzare programmi di riduzione della domanda efficaci, completi, integrati, basati sull'evidenza scientifica ed implicanti una serie di misure, che includano la prevenzione primaria, la diagnosi precoce, il trattamento, la cura, la riabilitazione, l'inserimento sociale e i correlati servizi di sostegno, volti a promuovere salute e benessere tra gli individui, le famiglie, le comunità e a ridurre le conseguenze avverse dell'abuso di droga per gli individui e la società nel suo insieme, tenendo conto delle particolari sfide poste dagli utilizzatori di droga ad alto rischio, in piena conformità con le tre convenzioni internazionali sul controllo della droga e secondo la legislazione nazionale;

Riconoscendo che la tossicodipendenza è un disturbo della salute multifattoriale cronico ma prevenibile e trattabile;

Convinta della necessità che i programmi per il trattamento e per la riabilitazione per i disturbi connessi all'uso di droga siano basati sull'evidenza scientifica e rispettino al contempo i diritti umani e la dignità degli individui;

Convinta anche della necessità di migliorare la qualità, la copertura e la varietà dei servizi di riduzione della domanda inclusi quelli rivolti alla riabilitazione, al reinserimento e alla prevenzione delle recidive, come parte di un *continuum* di cura sanitaria e sociale;

Riconoscendo che assicurare la riabilitazione, il reinserimento e il recupero è un elemento importante degli sforzi generali per ridurre il consumo delle droghe illecite e le sue conseguenze;

Riconoscendo anche che i sistemi di trattamento devono essere collegati alle attività di prevenzione dell'uso di droga volte a fornire a giovani, adulti e comunità la conoscenza, le abilità e le opportunità per scegliere uno stile di vita

³ Nazioni Unite, *Treaty Series*, vol. 520, n° 7515.

⁴ Ibid., vol. 976, n° 14152.

⁵ Ibid., vol. 1019, n° 14956.

⁶ Ibid., vol. 1582, n° 27627.



Traduzione interna a cura dell'Unità Affari Internazionali - 11 aprile 2011

salutare, inclusi gli interventi mirati per le popolazioni ad alto rischio dell'uso di droga e il sostegno per le famiglie più esposte al problema, in maniera complementare ai servizi di trattamento;

Sottolineando l'importanza di un approccio multisettoriale e pienamente coordinato in cui più agenzie governative e organizzazioni non governative all'interno delle comunità partecipano al fine di sostenere lo sviluppo di un pieno *continuum* di politiche e programmi che promuovono prevenzione, diagnosi e intervento precoce, trattamento, cura e servizi di sostegno collegati per la riabilitazione, il reinserimento sociale e il recupero;

Sottolineando anche l'importanza di evitare la discriminazione contro le persone tossicodipendenti, incluse la loro stigmatizzazione e marginalizzazione sociale, e di assicurare il rispetto dei loro diritti fondamentali e della dignità umana;

Riconoscendo i vantaggi degli investimenti nel trattamento dei disturbi connessi all'uso di droga, inclusa la riduzione delle conseguenze avverse di tipo sanitario e sociale, il miglioramento della salute pubblica e della sicurezza pubblica ed il rafforzamento della coesione e del benessere sociale;

Esprimendo apprezzamento per lo sforzo di collaborazione globale che, sotto la leadership dell'Ufficio delle Nazioni Unite contro la Droga e il Crimine (UNODC) e dell'Organizzazione Mondiale della Salute (OMS), include governi, professionisti della sanità, organizzazioni non governative e agenzie di finanziamento impegnate nell'aumento della copertura dei servizi essenziali per la riduzione della domanda di droga,

1. *Incoraggia* gli Stati Membri ad assicurare che le politiche e le pratiche di riduzione della domanda di droga includano l'accesso a un trattamento umano e basato sull'evidenza, alla cura e ai servizi di sostegno collegati finalizzati alla riabilitazione e al reinserimento delle persone tossicodipendenti e con malattie correlate all'uso di droga e ad offrire loro l'accesso a servizi di riabilitazione e reinserimento che siano diretti a promuovere la salute e il benessere sociale fra individui, famiglie e comunità;
2. *Invita* gli Stati Membri a identificare e combattere fermamente la discriminazione contro i consumatori di droga, offrendo al contempo un accesso tempestivo a servizi di *counselling*, trattamento e riabilitazione che siano diretti a promuovere la salute e il benessere sociale fra individui, famiglie e comunità;

Traduzione interna a cura dell'Unità Affari Internazionali - 11 aprile 2011

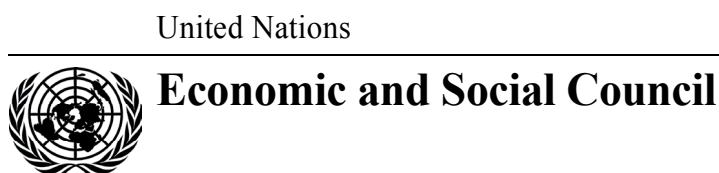
3. *Invita anche* gli Stati Membri a contrarsi sulla prevenzione, il trattamento, la cura e i servizi di sostegno collegati per i consumatori di droga che soffrono di disturbi correlati all'uso di droga e per le loro famiglie, per sviluppare interventi efficaci che portino al reinserimento sociale, inclusi programmi di sostegno per facilitare l'impiego delle persone in trattamento e recupero che siano adattati ai loro specifici bisogni nel processo di riabilitazione, e ad assicurare interventi per la prevenzione delle malattie correlate all'uso di droghe che siano diretti a promuovere la salute e il benessere sociale fra individui, famiglie e comunità;
4. *Invita inoltre* gli Stati Membri ad assicurare che il trattamento sia basato sull'evidenza, sia parte di un approccio integrato alla riduzione della domanda di droga e sia riconosciuto come elemento chiave degli sforzi nazionali che mirano a ridurre l'uso illecito di droghe e le avverse conseguenze sociali e sanitarie, e a migliorare servizi di riabilitazione e reinserimento che siano diretti a promuovere la salute e il benessere sociale fra individui, famiglie e comunità;
5. *Incoraggia* gli Stati Membri a fornire una gamma diversificata di servizi di trattamento, inclusi il trattamento con assistenza sanitaria e psico-sociale e la riabilitazione, che rispondano alle esigenze dei consumatori tossicodipendenti in tutte le pertinenti condizioni sociali e cliniche;
6. *Esorta* gli Stati Membri a migliorare la disponibilità e la copertura dei servizi di riabilitazione medica e sociale per individui tossicodipendenti incorporando tali servizi come parte integrante del sistema generale di assistenza sanitaria;
7. *Richiede* all'Ufficio delle Nazioni Unite contro la Droga e il Crimine di inserire moduli e orientati alla riabilitazione e al reinserimento per il trattamento della tossicodipendenza nei suoi programmi di assistenza tecnica e di formazione pertinenti che sono diretti a promuovere la salute e il benessere sociale fra individui, famiglie e comunità;
8. *Invita* l'Ufficio delle Nazioni Unite contro la Droga e il Crimine a raccogliere e diffondere informazioni sulle esperienze pertinenti di programmi e interventi di riabilitazione e reinserimento sociale basati sull'evidenza scientifica e a fornire agli Stati membri guida e assistenza nello sviluppo di programmi per attuare interventi di successo come componenti delle loro strategie generali sulla riduzione della domanda di droga;



Traduzione interna a cura dell'Unità Affari Internazionali - 11 aprile 2011

9. *Invita* gli Stati Membri a facilitare la diffusione di buone prassi volte ad accrescere la copertura dei servizi di riduzione della domanda di droga, che risultano dal programma di collaborazione realizzato dall'Ufficio delle Nazioni Unite contro la Droga e il Crimine e dall'Organizzazione Mondiale della Sanità che coinvolge la società civile, il settore privato, i pertinenti organismi del sistema delle Nazioni Unite e altre organizzazioni regionali e internazionali e che mirano ad accrescere la copertura di servizi essenziali per il trattamento e la cura della tossicodipendenza;
10. *Invita anche* gli Stati Membri e gli altri donatori a fornire risorse di bilancio aggiuntive per questi propositi in accordo con le regole e le procedure delle Nazioni Unite;
11. *Richiede* al Direttore Esecutivo dell'UNODC di fare un rapporto alla Commissione alla sua 55^a Sessione sulle misure prese e sui progressi fatti nell'attuazione della presente risoluzione.

Versione inglese della Risoluzione della 54esima Commissione stupefacenti delle Nazioni Unite, marzo 2011.



E/CN.7/2011/L.7/Rev.1

Distr.: Limited
23 March 2011

Original: English

Commission on Narcotic Drugs

Fifty-fourth session

Vienna, 21-25 March 2011

Agenda item 6 (a)

Implementation of the Political Declaration and Plan of Action on International Cooperation towards an Integrated and Balanced Strategy to Counter the World Drug Problem: demand reduction and related measures

Argentina and Hungary*: revised draft resolution

Promoting rehabilitation- and reintegration-oriented strategies in response to drug use disorders and their consequences that are directed at promoting health and social well-being among individuals, families and communities

The Commission on Narcotic Drugs,

Recalling the Political Declaration adopted by the General Assembly at its twentieth special session¹ and the Political Declaration and Plan of Action on International Cooperation towards an Integrated and Balanced Strategy to Counter the World Drug Problem,²

Recalling also the Single Convention on Narcotic Drugs of 1961,³ that Convention as amended by the 1972 Protocol,⁴ the Convention on Psychotropic Substances of 1971⁵ and the United Nations Convention against Illicit Traffic in Narcotic Drugs and Psychotropic substances of 1988,⁶

Recalling further General Assembly resolution 64/182 of 18 December 2009, on international cooperation against the world drug problem, in which the Assembly

* On behalf of the States Members of the United Nations that are members of the European Union.

¹ General Assembly resolution S-20/2, annex.

² A/64/92-E/2009/98, sect. II.A.

³ United Nations, *Treaty Series*, vol. 520, No. 7515.

⁴ Ibid., vol. 976, No. 14152.

⁵ Ibid., vol. 1019, No. 14956.

⁶ Ibid., vol. 1582, No. 27627.

V.11-81572 (E)



Please recycle The text "Please recycle" is followed by a standard universal recycling symbol (a triangle of arrows).



E/CN.7/2011/L.7/Rev.1

reiterated the commitment of Member States to promoting, developing, reviewing or strengthening effective, comprehensive, integrated drug demand reduction programmes, based on scientific evidence and covering a range of measures, including primary prevention, early intervention, treatment, care, rehabilitation, social integration and related support services, aimed at promoting health and well-being among individuals, families and communities and reducing the adverse consequences of drug abuse for individuals and society as a whole, taking into account the particular challenges posed by high-risk drug users, in full compliance with the three international drug control conventions and in accordance with national legislation,

Recognizing that drug dependence is a chronic but preventable and treatable multifactorial health disorder,

Convinced of the need to base programmes for the treatment and rehabilitation of drug use disorders on scientific evidence while respecting human rights and human dignity,

Convinced also of the need to improve the quality, coverage and variety of demand reduction services, including those targeting rehabilitation, reintegration and relapse prevention, as part of a continuum of health and social care,

Recognizing that ensuring rehabilitation, reintegration and recovery is an important element of overall efforts to reduce the use of illicit drugs and its consequences,

Recognizing also that treatment systems have to be linked to drug use prevention activities aimed at providing youth, adults and communities with the knowledge, skills and opportunities to choose a healthy lifestyle, including targeted interventions for populations at high risk of drug use and support for vulnerable families, in a way that is complementary to treatment services,

Stressing the importance of a multisectoral and fully coordinated approach in which multiple government agencies and non-governmental organizations within communities participate in order to support the development of a full continuum of policies and programmes that promote prevention, early detection and intervention, treatment, care and related support services for rehabilitation, social reintegration and recovery,

Stressing also the importance of avoiding discrimination against dependent drug users, including their stigmatization and social marginalization, and of ensuring respect for their human rights and human dignity,

Recognizing the advantages of investing in the treatment of drug use disorders, including the reduction of adverse health and social consequences of drug use, the improvement of public health and public safety and the enhancement of social cohesion and well-being,

Expressing appreciation for the global collaborative efforts which, under the leadership of the United Nations Office on Drugs and Crime and the World Health Organization, include Governments, health professionals, non-governmental organizations and funding agencies committed to increasing the coverage of essential services for drug demand reduction,

1. *Encourages* Member States to ensure that drug demand reduction policies and practices include access to evidence-based and humane treatment, care and related support services aimed at rehabilitation and reintegration for people suffering from drug dependence and drug-related diseases and to provide them with access to rehabilitation and reintegration services that are directed at promoting health and social well-being among individuals, families and communities;

2. *Urges* Member States to identify and firmly counter discrimination against drug users, while offering timely access to counselling, treatment and rehabilitation services that are directed at promoting health and social well-being among individuals, families and communities;

3. *Also urges* Member States to focus on prevention, treatment, care and related support services for drug users suffering from a drug-related disorder, as well as for their families, to develop effective interventions that lead to social reintegration, including supporting programmes to facilitate the employment of people in treatment and recovery that are tailored to their specific needs in the rehabilitation process, and to ensure interventions for the prevention of drug-related diseases that are directed at promoting health and social well-being among individuals, families and communities;

4. *Further urges* Member States to ensure that drug treatment is evidence-based, part of an integrated approach to drug demand reduction and recognized as a key element of national efforts aimed at reducing illicit drug use and its adverse health and social consequences, and to improve rehabilitation and reintegration services that are directed at promoting health and social well-being among individuals, families and communities;

5. *Encourages* Member States to provide a diverse range of treatment facilities, including medically assisted and psychosocial treatment and rehabilitation that match the needs of dependent drug users in all relevant social and clinical conditions;

6. *Exhorts* Member States to improve the availability and coverage of medical and social rehabilitation services for dependent drug users and to incorporate these services, as an integrated part, in the overall health-care system;

7. *Requests* the United Nations Office on Drugs and Crime to include rehabilitation- and reintegration-oriented modules for drug dependence treatment in its relevant technical assistance and training programmes that are directed at promoting health and social well-being among individuals, families and communities;

8. *Urges* the United Nations Office on Drugs and Crime to collect and disseminate information on relevant experiences of evidence-based rehabilitation and reintegration programmes and interventions and to provide Member States with guidance and assistance in developing programmes to implement successful interventions as part of their overall drug demand reduction strategies;

9. *Invites* Member States to facilitate the dissemination of best practices aimed at increasing the coverage of drug demand reduction services resulting from the partnership programme implemented by the United Nations Office on Drugs and Crime and the World Health Organization involving civil society, the private sector, relevant bodies of the United Nations system and other regional and international



E/CN.7/2011/L.7/Rev.1

organizations and aimed at increasing the coverage of essential services for drug dependence treatment and care;

10. *Also invites* Member States and other donors to provide extrabudgetary resources for these purposes in accordance with the rules and procedures of the United Nations;

11. *Requests* the Executive Director of the United Nations Office on Drugs and Crime to report to the Commission at its fifty-fifth session on the measures taken and on the progress achieved in the implementation of the present resolution.

Dipendenza da sostanze stupefacenti

Principi per la definizione di organizzazioni e processi orientati al recupero e alla guarigione della persona tossicodipendente

Nella definizione di una nuova organizzazione e programmazione degli interventi nell'ambito delle dipendenze, riveste una particolare importanza definire chiaramente alcuni aspetti chiave in grado di condizionare tale definizione. Si ritiene necessario, pertanto, fornire alcuni principi di base come “*driver*” per la definizione di un nuovo approccio, e di conseguenza assetti organizzativi, più orientati al recupero e alla guarigione della persona tossicodipendente.

1. Principi guida per la cura della dipendenza da sostanze orientata al recupero (recovery) e alla guarigione (healing)

1.1 Definizione di recupero e guarigione

Il recupero della persona tossicodipendente con la guarigione dalla malattia della dipendenza da sostanze, è il risultato di processi terapeutico-riabilitativi incrementali che perseguono l'affrancamento totale dall'uso di sostanze stupefacenti e alcoliche, il raggiungimento di una vita appagante e uno stato di benessere globale e di vera autonomia della persona tossicodipendente. Si tratta non solo di ristabilizzare una condizione di salute ma anche di rilanciare un'identità positiva e relazioni e ruoli significativi nella propria famiglia, gruppo dei pari e comunità. Il recupero e la guarigione sono facilitati, oltre che dal trattamento, da relazioni e da ambienti incentivanti e positivi che alimentano la speranza di miglioramento della propria condizione, l'empowerment personale, le scelte consapevoli e le opportunità di una vita libera, sana, equilibrata e socialmente integrata. Tutto questo a supporto della piena espressione del potenziale individuale delle persone tossicodipendenti che attraverso questo percorso di guarigione possono diventare e diventano, a tutti gli effetti, membri attivi e produttivi della comunità.

1.2 Il recupero è possibile

Il recupero della persona con problemi derivanti da dipendenza da sostanze stupefacenti o da alcol è un processo di cambiamento possibile e sostenibile, attraverso cui un individuo può raggiungere l'astinenza totale da tali sostanze, il miglioramento della salute, del benessere psicosociale e della qualità della vita.

1.3 Orientamento dei trattamenti: verso il recupero della persona tossicodipendente e la guarigione

Tutti i trattamenti della dipendenza da sostanze stupefacenti e alcol (e di conseguenza i processi assistenziali a tal fine utilizzati) devono essere orientati e finalizzati fin dall'inizio al recupero della persona e alla guarigione della malattia. Questo si ottiene, di norma, nel medio lungo periodo, con il raggiungimento e il mantenimento dello stato di sobrietà dalle sostanze stupefacenti e contestualmente con la riabilitazione e il reinserimento sociale e lavorativo, della persona nella società e nella famiglia, permettendogli e aiutandola quindi a costruirsi e mantenere una vita dignitosa, autonoma e soddisfacente lontano dalle sostanze stupefacenti. L'accesso e la permanenza in trattamento non devono essere comunque condizionati all'accettazione perentoria da parte del paziente, della cessazione immediata dell'uso di sostanze stupefacenti. Questo in quanto i trattamenti devono tenere conto della fase di cambiamento comportamentale della persona e di eventuali e temporanei stati di refrattarietà al cambiamento che necessitano di una corretta gestione senza inficiare la possibilità di restare in trattamento.

1.4 Esistono percorsi differenziati per arrivare alla guarigione

Gli individui sono unici con specifiche esigenze, specifici punti di forza, propri e differenziati atteggiamenti verso la salute, comportamenti e aspettative di guarigione. I percorsi di recupero sono estremamente personali e generalmente comportano una ridefinizione dell'identità della persona di fronte alle crisi o un processo di cambiamento progressivo. Inoltre, i percorsi hanno spesso una base sociale, sono fondati su convinzioni culturali, credenze o tradizioni e coinvolgono le risorse informali della comunità. Il percorso di recupero potrebbe includere uno o più cicli di trattamento psicosociale e/o farmacologico. E' un processo di cambiamento che permette di fare scelte sane e migliorare la qualità della vita.

1.5 Il recupero deve essere autodeterminato e consapevole, sotto la propria responsabilità e definito in base alle proprie caratteristiche

La volontà della persona con dipendenza da sostanze stupefacenti e la capacità di fare e mantenere scelte consapevoli e di salute nel tempo, è molto compromessa e fragile. Per questo da una parte il percorso verso il recupero può prevedere uno o più periodi di tempo in cui le attività (sempre nel rispetto dei diritti della persona) sono supportate, dirette o guidate sostanzialmente da altri, ma è necessario che la persona sviluppi la consapevolezza che il recupero è fondamentalmente un processo autodeterminato. La persona in trattamento è "l'agente del recupero" e ha e deve poter avere l'autorità di esercitare scelte e prendere decisioni consapevoli e razionali basate sui suoi obiettivi di guarigione che hanno un impatto sul processo. Il processo di recupero deve portare gli individui verso il massimo livello di autonomia di cui loro sono capaci. Attraverso la autodeterminazione e responsabilizzazione, gli individui diventano ottimisti e fiduciosi rispetto ai loro obiettivi di vita e alla possibilità di raggiungerli.

1.6 Il percorso di guarigione è fortemente supportato dagli operatori

All'interno dell'autonomia decisionale, è necessario che la persona tossicodipendente abbia un buon supporto dagli operatori soprattutto nell'analizzare la propria situazione al fine di rendersi consapevole e di poter operare scelte e decisioni nel migliore dei modi. Gli operatori possono giocare un ruolo molto importante nel supportare questo processo di cambiamento e maturazione, anche facendo in modo di aiutare la persona a rispettare le regole base utilizzate per la corretta gestione dei trattamenti, i rapporti di cura e le relazioni interpersonali.

1.7 Recupero e consapevolezza

L'inizio di un percorso di guarigione implica prima di tutto il riconoscimento personale della problematicità dell'uso di sostanze (consapevolezza dell'esistenza di una condizione di salute negativa) e della necessità di cambiamento e trasformazione. Le persone prima di tutto devono riconoscere e accettare di avere un problema di salute derivante dall'uso di sostanze ed essere disposti a prendere le iniziative necessarie per affrontarlo; tra queste iniziative in genere è compresa la ricerca di aiuto per i disordini derivanti dall'uso di sostanze. Il processo di cambiamento può riguardare aspetti fisici, emotivi, intellettuali e spirituali della vita di una persona.

1.8 Il recupero è olistico, un processo globale di equilibrio e armonizzazione

Il recupero di un individuo è un processo attraverso il quale egli raggiunge un equilibrio nella relazione tra corpo, mente (dimensione individuale), ambiente circostante ovvero la famiglia, il gruppo dei pari, il contesto sociale e lavorativo (dimensione sociale), e comunità (dimensione culturale).

1.9 Il recupero ha anche dimensioni culturali

Il processo di recupero di ogni persona è unico ed influenzato anche dalle sue credenze e dalle tradizioni culturali. Gli operatori devono considerare che l'esperienza culturale di un individuo determina o condiziona spesso il percorso di recupero adatto a lui.

1.10 Un processo incrementale di miglioramento

Il recupero consiste in un miglioramento continuo ed incrementale della salute e del benessere. Il recupero non è un processo lineare. Consiste in una crescita continua ed un miglioramento del funzionamento generale della persona. Ci possono essere ricadute e ritorni alla situazione precedente che devono essere considerati parte connaturata nel processo di affrancamento da sostanze, ma sicuramente gestibili. Il benessere della persona è il risultato di una migliore cura ed equilibrio della mente, del corpo e dello spirito, e questo è un prodotto del processo di recupero.

1.11 Il percorso verso la guarigione viene rinforzato dalla speranza e dalla gratitudine

Le persone che seguono un percorso di recupero spesso trovano la speranza in coloro che condividono e supportano la loro ricerca o l'esperienza del recupero. In questo modo si sentono compresi nei loro intenti di recupero, percepiscono che è possibile superare gli ostacoli che si presentano, coltivano la gratitudine per le opportunità che ogni giorno le persone che li supportano e che il percorso di recupero offre.

1.12 Recupero significa anche affrontare la discriminazione e superare la vergogna e lo stigma

Il recupero è un processo mediante il quale le persone si confrontano e si sforzano di superare la stigmatizzazione e i sentimenti negativi in grado di compromettere la propria autostima, quali la vergogna e lo stigma.

1.13 Il recupero può essere supportato dai pari già guariti e dalle persone alleate

Un denominatore comune nel processo di recupero è la presenza e il coinvolgimento delle persone che contribuiscono a dare speranza e supporto e a suggerire strategie e risorse per il cambiamento. I pari (che hanno già intrapreso e superato il percorso di recupero), così come i familiari (se positivi) e gli altri alleati, costituiscono reti di sostegno vitali per coloro che sono in via di guarigione. Essere d'aiuto agli altri e sperimentare la guarigione reciproca contribuisce a creare una comunità di supporto positivo tra coloro che stanno seguendo un percorso di recupero.

1.14 Recupero significa rientrare con ruolo attivo nella società e ricostruire la propria vita nella comunità.

Il recupero implica un processo di costruzione o ricostruzione di ciò che una persona ha perso o non ha mai avuto a causa della sua condizione e delle conseguenze della tossicodipendenza. Il recupero prevede la creazione di una vita nelle reali possibilità esistenti in relazione a molteplici condizioni della persona (risorse individuali e sociali, stati di malattia, condizioni legali, ecc.). Recupero è costruzione o ricostruzione di una famiglia sana e di relazioni sociali e personali. Coloro che seguono un percorso di recupero spesso mettono in atto un miglioramento della qualità della loro vita, nell'ambito dell'istruzione, dell'occupazione e dell'abitazione. Inoltre, ricoprono sempre più ruoli costruttivi all'interno della comunità aiutando gli altri e dedicandosi ad attività produttive.

1.15 Il recupero deve essere dimostrabile

I trattamenti e gli interventi orientati al recupero devono trovare costanti conferme di efficacia, sicurezza, eticità e sostenibilità finanziaria, mediante un monitoraggio continuo degli esiti e in grado di fornire dati quantitativi e scientifici.

1.16 Il recupero verso la guarigione è una realtà

Può succedere e succede.

2. Descrizione degli elementi di base per lo sviluppo di sistemi di assistenza orientati al recupero (recovery oriented system)

2.1 Necessità di applicare un nuovo paradigma nella costruzione dell'organizzazione di assistenza alle persone tossicodipendenti

L'approccio (e di conseguenza l'organizzazione dedicata all'assistenza) ai disturbi da uso di sostanze dovrebbe evolvere da un modello prevalentemente basato sulla gestione degli episodi acuti e sulla cronicizzazione gestita della malattia (ritenzione di lungo termine in trattamento, mantenimento) ad uno più orientato al trattamento attivo dei disturbi finalizzato fin da subito alla riabilitazione e al recupero, con molta attenzione quindi alla prevenzione e gestione precoce delle ricadute, durante tutto il corso della vita e soprattutto nel periodo post trattamento. Questo non esclude affatto l'utilizzo di farmaci sostitutivi ma implica che tali trattamenti vengano sempre integrati con percorsi riabilitativi e di reinserimento ben strutturati, supportati e valutati nel tempo.

2.2 Interventi centrati sulla persona

I sistemi orientati al recupero supportano approcci di cura centrati sulla persona e autodeterminati che vanno ad accrescere i punti di forza e di resilienza individuali, delle famiglie e della comunità aumentando la loro responsabilità rispetto alla salute e al benessere permanenti, sostenibili e al recupero da problemi di alcol e droga. I sistemi orientati al recupero tengono in considerazione, e di conseguenza orientano i propri processi, il sistema valoriale dell'individuo e delle sue caratteristiche.

2.3 Approccio sanitario e sociale globale

L'efficienza e l'efficacia di questo modello di sistema si basano sulla presenza di servizi continui e duraturi, finalizzati ad esiti concreti, basati sul monitoraggio e sulla ricerca, flessibili ed adeguatamente finanziati e valorizzati. Rendere più accessibili i servizi di prevenzione, trattamento e riabilitazione, potenziare l'aspetto individuale del recupero, coinvolgere anche le risorse delle comunità nei processi di recupero sono gli elementi chiave per un approccio sanitario globale, efficace ed orientato al recupero. L'organizzazione dipartimentale risulta pertanto la più idonea a garantire questo approccio.

2.4 Prevenzione delle patologie correlate

Le persone che consumano sostanze stupefacenti hanno un rischio aumentato sia di overdose, sia di acquisizione e trasmettere varie infezioni virali (HIV, HCV, HBV) e altre malattie trasmesse sessualmente (sifilide, gonorrea, ecc.). Pertanto, affinché il recupero della persona sia totale, è dovere degli operatori offrire e promuovere (quanto più precocemente possibile e periodicamente) specifiche offerte che preventive della mortalità droga correlata e, tra i pazienti e il loro partner, test di screening per queste infezioni, perseguendo così una strategia di diagnosi precoce e assicurando, di conseguenza, una tempestiva entrata in terapia per gli aventi bisogno, oltre che un miglior contenimento dell'eventuale diffusione inconsapevole delle infezioni. Si ritiene di estrema importanza, inoltre, al fine di poter migliorare la diagnosi precoce e la corretta gestione clinica delle patologie infettive correlate all'uso di sostanze stupefacenti, che i dipartimenti possano garantire ai pazienti, oltre alle modalità operative mirate agli accertamenti sierologici, anche un adeguato supporto medico e psicologico (counselling) per queste infezioni, nella stessa sede dove viene eseguito il trattamento della dipendenza. Grazie alla corretta gestione anche di questi aspetti sarà possibile quindi ridurre il rischio di acquisizione di malattie infettive o di controllarne l'evoluzione clinica, se già acquisite, al fine di promuovere ulteriormente il completo recupero della persona.

2.5 Molteplicità delle offerte

Nei sistemi di cura orientati al recupero gli individui disporranno di una gamma di offerte terapeutiche appropriate alle loro caratteristiche ed esigenze e in grado di soddisfare i loro bisogni di salute, durante l'intero percorso di guarigione. Le scelte possono includere anche il supporto spirituale adatto alle esigenze di recupero dell'individuo.

2.6 Coinvolgimento della famiglia e degli altri alleati

I sistemi di cura orientati al recupero riconoscono il ruolo importante che le famiglie e gli altri alleati possono ricoprire. La famiglia e gli altri alleati parteciperanno, se esistenti condizioni positive che rendano possibile e utile il loro coinvolgimento, alla progettazione e alla realizzazione del processo di recupero e di sostegno. Essi possono essere di supporto nell'aiutare gli individui ad accedere al percorso di recupero e a mantenerlo. Inoltre, i sistemi devono occuparsi anche del trattamento e degli altri bisogni delle famiglie e degli altri alleati.

2.7 Servizi personalizzati e completi per l'intero corso della vita

I sistemi di cura orientati al recupero saranno personalizzati, completi, adattati alle esigenze dei vari momenti di cambiamento, e flessibili. Entro certi limiti, si adatteranno quindi ai bisogni individuali piuttosto che pretendere che siano le persone ad adattarsi al sistema. Saranno progettati in modo da supportare il recupero durante tutto il percorso di trattamento e prevenzione delle ricadute nella vita.

2.8 Sistemi integrati nella comunità

I sistemi di cura orientati al recupero dovranno essere saldamente inseriti ed integrati nella comunità allo scopo di rafforzare la disponibilità e il sostegno delle famiglie, di reti sociali, delle istituzioni della comunità e di altre persone coinvolte nel processo di recupero.

2.9 Continuità della cura

I sistemi orientati al recupero offriranno una continuità di cure, compresi il pretrattamento (primo contatto e *intake*), il trattamento, la prevenzione delle patologie correlate e delle ricadute e il supporto continui durante tutto il percorso. Gli individui avranno una gamma completa di servizi appropriati alle varie fasi assistenziali, cui poter accedere in qualsiasi momento del programma. La loro possibilità di scelta andrà supportata ed aiutata dagli operatori anche in relazione alla caratteristiche psicologiche (fase del cambiamento) e sociali (risorse attivabili) della persona tossicodipendente, sostenendo soprattutto lo sviluppo della sua consapevolezza.

2.10 Counseling partecipato e alleanza terapeutica

I sistemi di cura orientati al recupero si conformeranno ad un modello di *counseling* partecipato e cooperante tra paziente e operatore, più focalizzato sulla collaborazione e meno sulla gerarchia, senza perdere l'autorevolezza. I sistemi saranno progettati in modo tale che gli individui si sentano e diventino sempre di più responsabili delle loro scelte comportamentali e di guidare consapevolmente il loro recupero, all'interno di un rapporto basato su un'alleanza terapeutica consapevole e ricercata.

2.11 Processi assistenziali che enfatizzano i punti di forza del paziente

I sistemi e i processi di cura e riabilitazione orientati al recupero enfatizzeranno e valorizzeranno i punti di forza, le risorse e le resilienze individuali dei pazienti attraverso processi assistenziali e riabilitativi che sviluppino e potenzino le *life skills* del paziente.

2.12 Sistemi culturalmente sensibili e rispettosi delle credenze personali

I sistemi di cura orientati al recupero saranno culturalmente sensibili e cioè adeguati e in grado di dare risposte tenendo conto della cultura e rispettando gli orientamenti della persona. Verranno riconosciute e considerate le diverse credenze e i diversi costumi e il loro impatto sugli esiti dei percorsi di recupero. Inoltre, va considerato e ben gestito che le culture e le credenze degli operatori e delle persone di aiuto che supportano il recupero della persona tossicodipendente, influiscono sul processo di guarigione. I sistemi di cura orientati al recupero rispetteranno anche le credenze spirituali, religiose e/o laiche di coloro a cui sono destinati e forniranno collegamenti ad una serie di opzioni terapeutiche che siano coerenti e rispettosi di tali valori.

2.13 Inclusione di supporto tra pari, di testimonianze e di esperienze di individui in via di recupero e delle loro famiglie

I sistemi di cura orientati al recupero comprenderanno anche servizi, supervisionati da operatori esperti e di supporto tra pari. Gli individui con esperienza personale di guarigione, metteranno a disposizione la loro preziosa testimonianza. Le testimonianze e le esperienze di persone in via di guarigione e dei loro familiari saranno utili alla progettazione e all'implementazione dei sistemi di cura. Le persone che seguono un percorso di recupero e i loro familiari saranno anch'essi parte attiva nelle decisioni. Saranno rappresentati pienamente e autenticamente nei consigli consultivi, nelle commissioni, nei gruppi di lavoro e nei comitati a livello locale, regionale e nazionale.

2.14 Supporto costante alla motivazione del paziente

I sistemi di cura orientati al recupero forniranno un costante monitoraggio e feed-back dei risultati del paziente, avendo cura di attuare una costante sensibilizzazione assertiva per promuovere una persistente partecipazione, motivazione e coinvolgimento del paziente nei processi di cura. A tal fine i sistemi prevedono specifici processi e linee di indirizzo orientate al supporto motivazionale.

2.15 Servizi integrati

I sistemi di cura orientati al recupero coordineranno e/o integreranno gli sforzi per realizzare un processo integrato che risponda efficacemente ai molteplici punti di forza, desideri e bisogni individuali. L'integrazione avviene anche tra le diverse unità operative presenti sul territorio in modo da assicurare la continuità assistenziale e un omogeneo e coerente approccio al paziente, oltre a creare delle importanti economie di risorse e di tempo.

2.16 Sistemi di cura orientati dagli esiti dei trattamenti

I sistemi di cura orientati al recupero saranno guidati da indicatori quantitativi e qualitativi di processo e di esito. Questi indicatori saranno sviluppati anche in collaborazione con i soggetti in recupero. Gli indicatori di outcome rifletteranno gli effetti globali a medio-lungo termine del processo di recupero sull'individuo, sulla famiglia, sulla comunità, e non solo la remissione dei sintomi biomedici. I risultati saranno misurabili e comprenderanno, oltre al rilevamento del non uso di sostanze e la riduzione del rischio infettivo e di overdose, anche parametri di riferimento delle variazioni della qualità della vita e del grado di reinserimento sociale e lavorativo del paziente.

2.17 Sistemi basati sulla ricerca scientifica e sulle neuroscienze

I sistemi di cura orientati al recupero saranno basati sulla ricerca scientifica e sulle neuroscienze. E' necessario sostenere ed implementare nuovi studi sugli individui in guarigione, sui luoghi di recupero e sui processi di recupero, compresi gli aspetti culturali e

spirituali. La ricerca terrà conto e sarà completata anche con dati derivanti dalle esperienze delle persone in recupero, oltre che di quelle degli operatori.

2.18 Sistema di accreditamento e formazione

A garanzia della persistenza dell'orientamento dei sistemi al recupero e alla riabilitazione, tali sistemi garantiranno che i concetti di recupero, di riabilitazione e di benessere costituiscano elementi fondamentali dei programmi di formazione, di studio, di accreditamento/certificazione, di autorizzazione e di controllo. Gli operatori del settore dovranno disporre inoltre di una formazione continua ad ogni livello, per rafforzare e mantenere i principi dei sistemi di cura "*recovery oriented*" nelle loro prassi professionali.

Bibliografia

A Recruiting and Hiring Manual for Addictions Professionals, TASC, Inc.

Access to Recovery (ATR) Approaches to Recovery-Oriented Systems of Care: Three Case Studies, Abt Associates Inc., August 2009

Addictions Treatment and Recovery Workforce Retention and Promising Practices Pilot Study, Mxolisi Siwatu, Ph.D., NASADAD, March 2008

Addressing the Substance Use Disorder (SUD) Service Needs of Returning Veterans and Their Families: The Training Needs of State Alcohol and Other Drug Agencies and Providers, NASADAD and Abt Associates Inc., September 2009

An Emerging Framework - A Recovery-Oriented Systems Approach, PowerPoint, Shannon Taitt and Melanie Whitter, NAADAC Annual Meeting, August 2008

Approaches to Recovery-Oriented Systems of Care at the State and Local Levels: Three Case Studies, Angela Halvorson, August 2009

Briefing on Substance Use Treatment and Recovery in the United States (http://pfr.samhsa.gov/docs/Briefing_Substance_Use_Treatment.pdf)

Dipartimento Politiche Antidroga, Presidenza del Consiglio dei Ministri, e Ministero della Salute, Linee di indirizzo. Screening e diagnosi precoce delle principali patologie infettive correlate all'uso di sostanze stupefacenti, gennaio 2011.

Dipartimento Politiche Antidroga, Presidenza del Consiglio dei Ministri, Piano di Azione Nazionale (PAN) sulle Droghe, ottobre 2010

Dipartimento Politiche Antidroga, Presidenza del Consiglio dei Ministri, Sintesi degli orientamenti espressi dagli operatori nella 5ª Conferenza Nazionale - Relazioni conclusive della conferenza e delle successive consultazioni permanenti, 2009

Dipartimento Politiche Antidroga, Presidenza del Consiglio dei Ministri, Modello teorico-pratico per la riabilitazione e il reinserimento sociale e lavorativo della persona tossicodipendente, in press

Environmental Scan of Measures of Recovery, Dr. Alexandre Laudet and Abt Associates Inc., March 2009

Financing Recovery Support Services, Report, Legal Action Center and Abt Associates, March 2010

Guiding Principles and Elements of Recovery-Oriented Systems of Care: What Do We Know from the Research?, Abt Associates Inc., August 2009



Helpful Resources to Address Discrimination Against People in Medication-Assisted Treatment, Legal Action Center, May 21, 2009

Informing Marketing Strategies for Recruitment into the Addictions Treatment Workforce, Abt Associates Inc. (http://pfr.samhsa.gov/docs/informing_marketing_strategies.pdf)

"It's Time for a New Approach", PowerPoint, Melanie Whitter, National TASC Conference, 2009

Know Your Rights Brochure: Rights for Individuals on Medication-Assisted Treatment, Legal Action Center, 2009

Know Your Rights: Employment Discrimination Against People with Alcohol/Drug Histories, PowerPoint, Legal Action Center, 2009

Know Your Rights: Housing, Health Care, and Other Forms of Discrimination Against People with Alcohol/Drug Histories, PowerPoint, Legal Action Center, 2009

Know Your Rights: Legal Rights of People with Alcohol and Drug Histories and Criminal Records, PowerPoint, Legal Action Center, March 2008

Know Your Rights: Legal Rights of People with Criminal Conviction Histories, PowerPoint, Legal Action Center, 2009

Know Your Rights: Medication-Assisted Treatment-Special Anti-Discrimination Issues, PowerPoint, Legal Action Center, 2009

Know Your Rights: New Federal Parity Legislation for Insurance Coverage of Addiction Treatment, PowerPoint, Legal Action Center, 2009

Minority Recruitment for the 21st Century: An Environmental Scan, Abt Associates Inc., May 2010

Pathways to Healing and Recovery: Perspectives from Individuals with Histories of Alcohol and Other Drug Problems, Abt Associates Inc. and Hart Research Associates, November 2010

PFR Fact Sheet, Abt Associates Inc., 2010

PFR Steering Committee - Roster of Members (http://pfr.samhsa.gov/docs/PFR_steering_members.pdf)

PFR Update, April 2010 (http://pfr.samhsa.gov/docs/PFR_Update_042610.pdf)

Promoting rehabilitation and reintegration-oriented strategies in response to drug use disorders and their consequences that are directed at promoting health and social well-being among individuals, families and communities, Commission on Narcotic Drugs, Vienna 21-25 March 2011 (<http://www.politicheantidroga.it/comunicazione/notizie/2011/aprile/risoluzioni-onu-cnd-.aspx>)

Provider Approaches to Recovery-Oriented Systems of Care: Four Case Studies, Angela Halvorson and James. E. Skinner, August 2009

Provider Networks: Strategies to Strengthen Addiction Treatment and Prevention Service Systems, PowerPoint, July 2009 (http://pfr.samhsa.gov/docs/Provider_Network_Models_Presentation_0709.pdf)

Provider Network Models: Strategies to Strengthen Addiction Treatment and Prevention Service Systems, PowerPoint, October 2009 (http://pfr.samhsa.gov/docs/Provider_Network_Models_Presentation_0709.pdf)

Q&A Fact Sheet from "Know Your Rights" Webinar on Employment Discrimination Against People with Alcohol/Drug Histories, Legal Action Center (http://pfr.samhsa.gov/docs/QA_Employment_Discrimination.pdf)

Q&A Fact Sheet from "Know Your Rights" Webinar on Housing and Other Forms of Discrimination Against People with Alcohol/Drug Histories, Legal Action Center (http://pfr.samhsa.gov/docs/QA_Housing_Healthcare_Discrimination.pdf)

Q&A Fact Sheet from "Know Your Rights" Webinar on Legal Rights of People with Criminal Convictions, Legal Action Center (http://pfr.samhsa.gov/docs/QA_Legal_Rights_with_Criminal_Conviction_Histories.pdf)

Q&A Fact Sheet from “Know Your Rights” Webinar on Medication-Assisted Treatment: Special Anti-Discrimination Issues, Legal Action Center (http://pfr.samhsa.gov/docs/QA_Medication-Assisted_Treatment_Anti-Discrimination.pdf)

Recovery in the Community: An Emerging Framework - A Recovery-Oriented Systems Approach, PowerPoint, Melanie Whitter, NASADAD Annual Meeting, June 6, 2008

Recovery-Oriented Systems of Care (ROSC) Resource Guide, Abt Associates 2010

Recruitment Ad Instructions, 2010 (http://pfr.samhsa.gov/docs/Recruitment_ad_instructions.pdf)

Recruitment Advertisement, 2010 (http://pfr.samhsa.gov/docs/PFR_HeroAd_042610.pdf)

Strategies for Strengthening Substance Use Prevention, Treatment, and Recovery Systems: Provider Networks and Impact on the Workforce, SAAS and Abt Associates Inc., January 2009

Strengthening Professional Identity: Challenges of the Addictions Treatment Workforce, Abt Associates Inc., December 2006

Summary of the Center for Substance Abuse Treatment’s (CSAT’s) Regional Recovery Meetings, Abt Associates Inc., May 8, 2008

Supporting Our Greatest Resource: Addressing Substance Use, Misuse and Relapse in the Addiction Treatment Workforce, TASC, Inc. and Greenisland Media

Understanding the Military: The Institution, the Culture, and the People, Angela Halvorson, 2010

User’s Guide, for “Know Your Rights” PowerPoint Presentation on Legal Rights of People with Alcohol and Drug Histories and Criminal Records, Legal Action Center, March 2008

Working Definition of Recovery, Center for substance Abuse Treatment, National Summit on Recovery Conference Report, 2005 (<http://pfr.samhsa.gov/recovery.html>)



Premesse e dichiarazioni

La letteratura scientifica è concorde nell'affermare che la dipendenza da sostanze stupefacenti è una malattia multifattoriale, con andamento spesso cronico ma prevenibile, trattabile e guaribile (Dipartimento Politiche Antidroga, 2010, NIDA, 2007). Nonostante ciò, la maggior parte degli studi ma anche degli interessi si concentra ancora sugli aspetti sanitari e terapeutici del trattamento, lasciando sullo sfondo le dimensioni sociali e soprattutto riabilitative seppur presenti nei programmi di recupero della tossicodipendenza.

Definizione di dipendenza

Il DPA e il Governo Italiano riconoscono la tossicodipendenza come una "malattia prevenibile, curabile e guaribile, che spesso ha andamento cronico e recidivante". Altresì si considera l'uso anche occasionale di sostanze stupefacenti come un "comportamento a rischio per la salute fisica, mentale e sociale dell'individuo" che è necessario prevenire. A supporto di tale orientamento, in Italia le persone tossicodipendenti e le loro famiglie possono trovare assistenza sanitaria e sociale gratuita presso le strutture del sistema sanitario pubblico. I cittadini tossicodipendenti possono infatti usufruire di una serie di offerte terapeutiche personalizzate e cioè selezionate in base ai loro bisogni e alle loro caratteristiche (offerte di prevenzione delle patologie correlate, terapie farmacologiche integrate con supporto psicosociale in ambulatorio o trattamenti residenziali presso comunità terapeutiche, ecc.) anche in considerazione del loro stato di cambiamento comportamentale.

Uso di sostanze come comportamento a rischio

Il Dipartimento considera la Prevenzione come prioritaria e fondamentale per la riduzione della domanda di droga. La diffusione dell'uso delle sostanze stupefacenti è da considerarsi un problema di sanità pubblica e sicurezza sociale: le azioni di prevenzione devono pertanto essere sostenute e mantenute nel tempo per promuovere ambienti sani e sicuri e per proteggere il potenziale produttivo delle giovani generazioni. Un fattore strategico nella prevenzione dello sviluppo della tossicodipendenza è la possibilità e la necessità di anticipare la scoperta dell'uso di sostanze da parte di adolescenti e giovani (*early detection*). Un intervento terapeutico precoce è più efficace perché limita i tempi di esposizione alle sostanze e ai rischi correlati al loro impiego e, nel lungo periodo, riduce i costi della tossicodipendenza (in termini di servizi e infrastrutture) sul sistema sanitario e sociale.

Prevenzione

Inoltre le terapie farmacologiche integrate offerte dal sistema sanitario pubblico italiano riguardano sia il trattamento delle tossicodipendenze, sia le patologie infettive correlate (in particolare l'infezione da HIV e le epatiti), oltre che le patologie psichiatriche. La strategia italiana è pertanto orientata a ridurre il consumo di droga attraverso attività integrate di prevenzione, di trattamento/riabilitazione, di reinserimento sociale e lavorativo e tramite l'applicazione della normativa e delle azioni di contrasto del traffico e dello spaccio. Tali azioni sono orientate a ridurre/evitare il contatto precoce delle persone tossicodipendenti, dei consumatori occasionali, specialmente dei più giovani, e a promuovere l'inserimento in adeguati

Terapie farmacologiche e recovery

percorsi terapeutici finalizzati alla guarigione (*recovery*).

Interventi evidence based

Il DPA riconosce inoltre che le azioni e gli interventi nel campo dell'*addiction* devono essere basati sulle evidenze scientifiche e su una costante valutazione della efficacia in pratica (*effectiveness*) degli interventi, e basati sull'etica ed il rispetto dei diritti umani.

Importanza della ricerca scientifica

Il DPA sottolinea infine l'importanza della ricerca scientifica soprattutto nell'ambito delle neuroscienze. Si ritiene fondamentale la trasduzione (*translation of basic finding in to the practice of medicine but also in to educational field*) dei risultati delle ricerche nel campo clinico ed educativo e si considera indispensabile incentivare il contatto e la creazione di network di collaborazione tra ricercatori, clinici e professionisti della riabilitazione al fine di rendere sempre più efficaci gli interventi terapeutici ed orientare le ricerche verso aree di utilità pratica. A questo fine risultano di fondamentale importanza anche lo sviluppo e l'attivazione di trials clinici finalizzati a valutare nuovi ed innovativi farmaci che possano essere di aiuto ai trattamenti integrati della tossicodipendenza.

1. Finalità del manuale

Dimensione sociale e riabilitative come parti integranti e fondamentali nel trattamento

La pratica quotidiana nel trattamento dei tossicodipendenti ha evidenziato come la fase della riabilitazione e del reinserimento, se non adeguatamente sostenute, rappresenti l'anello debole del percorso terapeutico per l'alto rischio di recidive.

E' da questa evidenza pratica che è maturata la necessità di procedere ad una riflessione in grado di delineare un modello operativo, che, a partire dalla multifattorialità del disturbo della tossicodipendenza, consideri le dimensioni sociali e riabilitative come parti integranti e fondamentali nel continuum del trattamento delle persone tossicodipendenti.

Risoluzione ONU, 2011

A conferma di ciò, la risoluzione adottata a Vienna (marzo 2011), nell'ambito della 54esima Commissione stupefacenti delle Nazioni Unite - "Promuovere strategie orientate alla riabilitazione e al reinserimento in risposta ai disturbi connessi al consumo di droga e alle loro conseguenze che sono dirette a promuovere la salute e il benessere sociale tra individui, famiglia e comunità" (CND, 21-25 March 2011) - sottolinea l'importanza di un approccio multisettoriale e coordinato tra agenzie governative e organizzazioni non governative, che garantisca una particolare attenzione alle attività di riabilitazione e di reinserimento sociale, nei programmi generali per ridurre il consumo delle droghe e le sue conseguenze. Viene inoltre evidenziata l'importanza del reinserimento sociale sia come strumento volto a contrastare fenomeni di stigmatizzazione e marginalizzazione sociale del tossicodipendente, che come parte integrante dei programmi di prevenzione e di precoce accesso al trattamento, diretti a promuovere la salute e il benessere sociale tra individui, famiglie e comunità.

Premesso ciò, si intende presentare un modello teorico-pratico per la riabilitazione e il reinserimento socio-lavorativo, finalizzato a fornire agli operatori dei Dipartimenti delle Dipendenze (sia appartenenti alla struttura pubblica che del privato sociale) una proposta metodologica per un efficace management del processo riabilitativo.

Logica incrementale del processo di cura

Se nella pratica operativa dei Ser.D. e delle Comunità terapeutiche il reinserimento viene tradizionalmente collocato nella fase finale di un programma terapeutico (diagnosi, cura e trattamento, reinserimento), nel modello proposto si assume come idea base la logica incrementale del processo di cura, in cui ogni fase si integra e si potenzia vicendevolmente in

modo circolare e non lineare. Introdurre sin dall'inizio del percorso terapeutico le attività di riabilitazione permette alla persona di recuperare e sviluppare, il più precocemente possibile, quelle abilità sociali e lavorative utili per il raggiungimento dell'autonomia e dell'integrazione sociale.

La logica incrementale del processo di cura segue un percorso graduale rispondente alle risorse e difficoltà presentate dal soggetto nell'ambito di un progetto terapeutico individualizzato. Inoltre, nell'approccio presentato, si focalizza l'attenzione sulle risorse della persona e del contesto sociale e sul potenziamento delle abilità, superando la logica di un modello centrato sul deficit e sulla mancanza da riparare.

Seppure questo modello abbia centrato principalmente l'attenzione sul soggetto tossicodipendente, si ritiene utile sottolineare l'importanza del contesto sociale che non può essere considerato solo lo sfondo dell'intervento, in quanto il benessere di ciascuna persona è determinato anche dall'ambiente sociale in cui vive. In tal senso, è indispensabile promuovere politiche sociali finalizzate a favorire lo sviluppo ed il mantenimento di contesti di vita sani, positivi e ricchi di stimoli utili allo sviluppo e alla valorizzazione delle persone.



Modello concettuale e linee di indirizzo

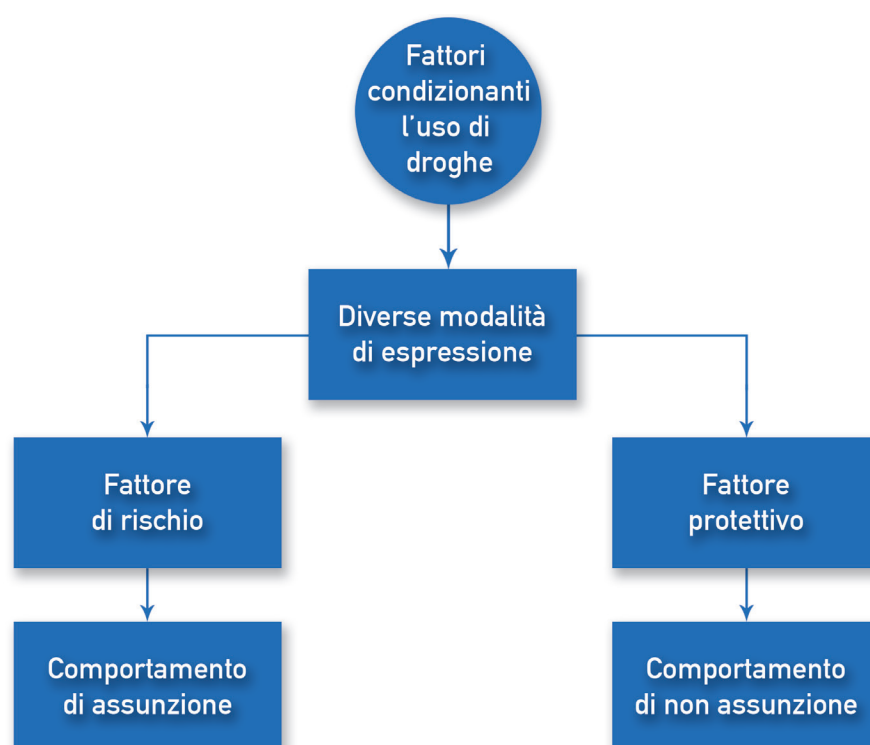
per la riabilitazione e il reinserimento sociale e lavorativo della persona tossicodipendente

Prima di affrontare il tema della riabilitazione e del reinserimento è opportuno soffermarsi sui fattori o condizioni in grado di influenzare i comportamenti individuali relativamente all'assunzione di droghe. I comportamenti individuali, relativamente all'uso di sostanze, possono orientarsi verso comportamenti a rischio o preventivi, in relazione al tipo di fattore condizionante presente.

I fattori condizionanti possono agire sui comportamenti dell'individuo nel corso delle varie fasi della sua vita e della sua crescita, con effetti diversificati che dipendono sia dal contesto in cui il soggetto vive, che dalle caratteristiche personali del soggetto stesso.

Fattori condizionanti
i comportamenti

Figura 1 - Modalità di espressione dei fattori condizionanti l'uso di droga in senso protettivo o di rischio (Tratto da Serpelloni G. et al., Cocaina e Minori, 2009).



E' necessario prendere in considerazione la variabilità e la mutabilità dell'azione dei vari fattori condizionanti, in relazione sia alla dinamicità dell'evoluzione dell'individuo che del contesto. I principali fattori, tra loro interagenti, in grado di condizionare il comportamento dell'individuo sono:

Fattori individuali:

- l'assetto genetico e neurobiologico del sistema di gratificazione e del controllo volontario del comportamento;
- il tipo di temperamento e di carattere;
- altri fattori correlati alle espressione dei comportamenti aggressivi precoci.

Fattori ambientali:

- la famiglia e il tipo di relazioni esistenti;
- il gruppo dei pari e la prevalenza dell'uso di sostanze, l'atteggiamento sociale del gruppo verso l'uso, la polarizzazione verso obiettivi di competenza sociale positiva;
- l'ambiente scolastico e le azioni preventive/formative attuate;
- l'ambiente sociale esterno e la cultura sociale prevalente rispetto all'uso di droghe;
- la presenza, la forza e la direzione della comunicazione delle "agenzie educative virtuali" (internet, televisione, mondo dello spettacolo, ecc.) che possono sensibilizzare particolarmente gli adolescenti;
- la disponibilità e l'accessibilità di sostanze sul territorio che dipendono dalla rete di traffico e spaccio e dalle forme di contrasto messe in atto.

Fattori dipendenti dalle caratteristiche della sostanza:

- costituiti principalmente dalle caratteristiche farmacologiche della sostanza, dall'effetto gratificante evocabile e percepito dal soggetto, dalla rispondenza ai bisogni funzionali del consumatore, dalla possibilità di instaurare sindrome da astinenza, *craving*, tolleranza, ecc.

Tabella 1 - I principali fattori condizionanti e le possibilità di espressione (G. Serpelloni et al., 2009).

Espressione come fattore di rischio	FATTORE CONDIZIONANTE IL COMPORTAMENTO	Espressione come fattore protettivo
FATTORI INDIVIDUALI		
Novelty seeker	Temperamento e carattere	Harm avoidance
Alta attitudine e alta percezione del rischio	Attitudine al rischio e percezione del rischio	Bassa attitudine e alta percezione del rischio
Scarsa capacità con alta e precoce aggressività espressa	Capacità di autocontrollo (efficacia della corteccia prefrontale) e livello di aggressività comportamentale	Buona capacità con basso livello di aggressività espressa
Timidezza eccessiva, bassa assertività	Modalità relazionali e grado di assertività	Estroversione, alta assertività
Assente o ridotta	Social conformity	Presente
Presente (occasionale o abitudinario)	Uso di sostanze stupefacenti	Assente
Presente e precoce	Abuso di alcol	Assente
Presente e precoce	Tabagismo	Assente
Assente, insuccessi e non acquisizione di competenze scolastiche, uscita precoce dai circuiti scolastici	Impegno e competenze scolastiche	Presente con successo, acquisizione di competenze e permanenza nei circuiti scolastici
FATTORI FAMIGLIARI		
Deboli e negativi	Legami famigliari di attaccamento	Forti e positivi
Assente o discontinuo e incapace	Controllo genitoriale, supervisione genitoriale dei comportamenti dei figli e delle attività che conducono con i pari	Presente, costante e capace
Assenti, incoerenti o non fatte rispettare	Regole di condotta in famiglia	Presenti, coerenti e fatte rispettare
Presente	Uso di sostanze, abuso alcolico o farmaci non prescritti da parte dei genitori	Assente
Tollerante, di approvazione anche implicita del consumo	Atteggiamento dei genitori nei confronti dell'uso di droghe o abuso alcolico	Non tollerante, di stigmatizzazione del comportamento di consumo (non della persona che usa droghe o con dipendenza)
GRUPPO DEI PARI		
Alta prevalenza di uso, atteggiamento di accettazione e promozione dell'uso	Uso di sostanze nel gruppo dei pari	Assenza o bassa prevalenza di uso, atteggiamento di non accettazione e stigmatizzazione dell'uso
Assenti e/o orientati a modelli negativi	Atteggiamento del gruppo verso obiettivi di competenza sociale positiva	Presenti e persistenti

FATTORI AMBIENTALI		
Alta	Disponibilità, accessibilità delle sostanze sul territorio	Bassa
Povertà diffusa, alto grado di disoccupazione, basso livello di scolarizzazione	Condizioni sociali	Povertà ridotta, basso grado di disoccupazione, alto livello di scolarizzazione
Presenza di organizzazioni criminali (es. Mafia, ecc.) e microcriminalità diffusa	Condizioni di legalità sociale	Legalità istituzionale presente e percepita, bassa microcriminalità
Assente o mal funzionante e non nota	Rete dei servizi territoriali per famiglie e giovani	Presente, nota, accessibile e ben organizzata
Tolleranti e normalizzanti il consumo	Politiche e cultura sociale	Antidroga, esplicite e permanenti
Presente e tollerata	Drugs advertising	
	Assente e non tollerata	
Presente e tollerata	Alcohol advertising	
	Assente e non tollerata	
Presente e tollerata	Tobacco advertising	
	Assente e non tollerata	
Presenti, con messaggi promozionali, accessibili e non controllate	Agenzie "educative" virtuali non regolamentate (Internet, TV e altri media, mondo dello spettacolo...)	Assenti o accessibili sotto controllo e regolamentate
Assente o poco attivo	Controllo e repressione del traffico e dello spaccio	Presente ed attivo

Vulnerabilità all'addiction e differenziazione degli interventi

La direzione del comportamento dipende da come i fattori condizionanti agiscono sull'individuo: se agiscono come fattori di rischio, il soggetto avrà una condizione di "vulnerabilità" all'addiction con aumentate possibilità di cominciare a fare uso di sostanze e di sviluppare dipendenza; se agiscono come fattori protettivi, il soggetto avrà maggiori possibilità di non iniziare a fare uso di sostanze.

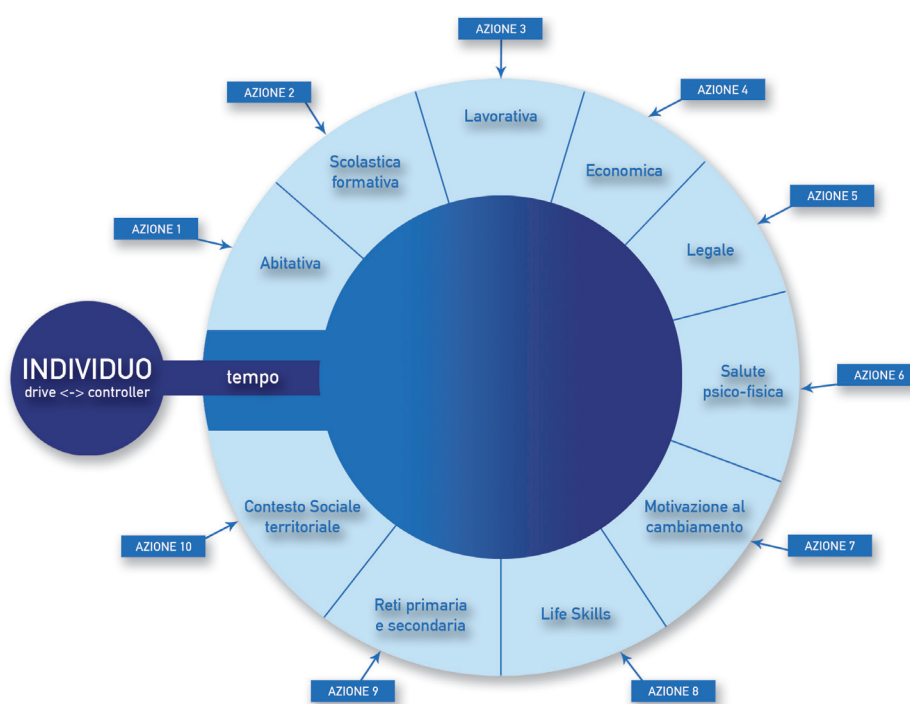
La presenza di una alta concentrazione di fattori di rischio definisce la condizione di "vulnerabilità" all'addiction di un individuo. Sulla base di queste differenze sarà opportuno e necessario differenziare anche gli interventi che devono essere attivati nei confronti dei vari target adottando interventi di tipo selettivo. Sarà pertanto importante lavorare sulla bilancia dei fattori di rischio e di quelli di protezione per fare in modo che i secondi siano numericamente prevalenti e più pesanti dei primi.

Fattori condizionati il reinserimento

Non solo nell'ambito preventivo ma anche in quello della riabilitazione e reinserimento possono essere individuati dei fattori specifici condizionanti il buon esito del reinserimento stesso, che saranno presentati ed approfonditi nel modello proposto (casa, lavoro, salute, ecc.). E' inoltre necessario, nel formulare una strategia complessiva di azione, operare con una metodologia di intervento che individui le azioni specifiche, fattibili e sostenibili, tenendo conto che alcune condizioni, a volte, non possono essere modificate o il grado di influenza che su di esse si può esercitare è assai ridotto (es. mercato del lavoro in un periodo di crisi economica).

Nell'ambito dello sviluppo temporale del progetto riabilitativo, si tratta di intervenire su ogni dimensione, condizionante il reinserimento sociale, con azioni mirate in modo da aumentare, nel soggetto, le competenze, le abilità sociali e la capacità di controllo e di azione (drive e controller) attraverso comportamenti che siano in grado di far fronte in modo adeguato alle situazioni di difficoltà, ma anche alle normali necessità della vita.

Figura 2 - Elementi della strategia complessiva di azione per l'intervento sulle dimensioni condizionanti il reinserimento sociale (Tratto e liberamente modificato da Serpelloni G. et al., Cocaina e Minori, 2009).



1. Il programma terapeutico e socio-riabilitativo: un processo incrementale di cura, di riabilitazione, di reinserimento verso l'autonomizzazione della persona

Il programma terapeutico e socio-riabilitativo si esplica attraverso un progetto individualizzato centrato sulla persona, sulle sue caratteristiche ed i suoi bisogni. E' inoltre un progetto condiviso e concordato tra l'operatore e il soggetto coinvolto, finalizzato, attraverso specifiche attività, a valorizzare e ripristinare le sue abilità, residue e/o potenziali, per un suo positivo reinserimento nella società (Dal Pra Ponticelli M., 1987; Ferrario F., 1998; Campanini A., 2002).

Il programma
terapeutico:
un progetto
individualizzato

Tale programma può schematicamente essere ricondotto alle seguenti fasi:

1. Contatto precoce: si tratta di attivare, nei tempi più brevi possibili, il contatto e la permanenza del tossicodipendente nella rete delle strutture sanitarie e sociali, deputate alla prevenzione, alla cura ed alla riabilitazione (Serpelloni et al., 1998);

2. Cura: si tratta di ridurre i rischi sanitari e sociali correlati all'uso di sostanze psicotrope, mediante interventi medico e psico-sociali, strutturati e diversificati con i singoli soggetti;
3. Riabilitazione: si tratta di valutare e attivare gli interventi volti a recuperare e sostenere l'apprendimento delle abilità (*life skills*) utili ad un soddisfacente reinserimento sociale e lavorativo;
4. Reinserimento sociale e lavorativo: si tratta della fase in cui il soggetto sperimenta le *life skills* acquisite, nelle relazioni sociali di vita quotidiana (familiari, lavorative, amicali, ecc.);
5. Autonomizzazione: si tratta della fase in cui il soggetto raggiunge una autonomia nella gestione del proprio progetto di vita, in un consolidato stato *drug free*.

Tali fasi sono da considerarsi tra loro interrelate in quanto si sviluppano e si incrementano a vicenda. Ciascuna, infatti, rappresenta il risultato della fase precedente ed il presupposto di quella successiva.

La riabilitazione e il reinserimento come elemento strategico nella logica incrementale del programma terapeutico

In tal senso, la fase di riabilitazione e di reinserimento può essere considerata strategica (Barbieri L. et al., 2008) al fine del recupero della persona tossicodipendente. Essa infatti, oltre a sostenere e rinforzare la fase di cura e di sospensione dall'uso delle sostanze psicotrope, crea contemporaneamente le premesse per un cambiamento dello stile di vita della persona ed il raggiungimento della sua autonomia sociale.

La persona tossicodipendente, infatti, deve affrontare sia la difficoltà di aderire alla terapie sanitarie derivanti dalla sospensione dell'uso di sostanze psicotrope, sia la complessità della realtà sociale che richiede, per essere affrontata positivamente, l'acquisizione di specifiche capacità e abilità.

L'uso delle sostanze stupefacenti, nel tempo, può infatti aver deteriorato le capacità di vita già apprese dall'individuo. Ciò può quindi precludere l'apprendimento di nuove abilità nell'ambito relazionale, lavorativo, formativo, ecc.

Le fasi di riabilitazione e di reinserimento si rinforzano reciprocamente

Nella logica incrementale che caratterizza il programma terapeutico, le attività di riabilitazione dovrebbero quindi iniziare fin dalla fase di cura quando il soggetto aderisce al programma terapeutico, smette di usare sostanze stupefacenti e si sottopone alle terapie proposte e specifiche per la sua situazione.

La riabilitazione, pertanto, risulta necessariamente integrata con la cura e con il trattamento ambulatoriale o residenziale e va distinta dalla successiva fase di reinserimento sociale e lavorativo pur rappresentandone un elemento costitutivo, nella logica del processo incrementale. Di fatti, la fase di riabilitazione è finalizzata alla costruzione e al recupero delle capacità utili al reinserimento della persona, mentre la fase di reinserimento è maggiormente orientata al raggiungimento dell'autonomia sociale e lavorativa. In tal senso, si può affermare che queste due fasi, integrandosi, si rinforzano a vicenda.

A titolo esemplificativo, si pensi alla valutazione iniziale di un soggetto che si è rivolto al Ser.D. con una richiesta di aiuto, da cui emerge una situazione di deprivazione sociale e un protratto stato di disoccupazione. Nella definizione del progetto terapeutico, oltre al trattamento sanitario della fase acuta della tossicodipendenza, si dovranno considerare contestualmente anche gli aspetti riabilitativi, individuando le risorse personali e sociali da incrementare o recuperare. Infatti, il trattamento farmacologico necessario per la stabilizzazione dello stato di *drug free* crea il presupposto per l'avvio delle attività di apprendimento sociale quali, per esempio, training riabilitativi e tirocini formativi e lavorativi in contesto protetto,

dove il soggetto può sperimentare idonee abilità sociali e relazionali (rispetto di sé e degli altri, rispetto degli impegni, gestione dell'aggressività, tolleranza alle frustrazioni, ecc.). La consapevolezza delle proprie potenzialità e delle capacità acquisite nel "mettersi alla prova" in tali circostanze contribuisce a rinforzare l'adesione al trattamento sanitario e la motivazione al cambiamento, in una prospettiva di reinserimento sociale e di acquisizione di sempre maggiori livelli di autonomia.

Nella Figura 3 vengono rappresentate le diverse fasi del progetto terapeutico e socio riabilitativo secondo una logica ordinata e incrementale, dove la sperimentazione positiva di nuove abilità sociali funge da rinforzo al cambiamento (Miller W.R., et al. 2004).

Figura 3 - Le fasi del progetto terapeutico e socio riabilitativo.



1.1 Fasi e obiettivi del processo terapeutico e socio-riabilitativo

Il programma terapeutico e socio riabilitativo, suddiviso nelle fasi sopra indicate, persegue dei macro obiettivi che orientano gli interventi degli operatori e le azioni degli utenti. Tali macro obiettivi si articolano in obiettivi specifici. In Tabella 2 vengono descritti nel dettaglio gli obiettivi generali e quelli specifici di ciascuna fase.

Le fasi del processo terapeutico

Tabella 2 - Le fasi e gli obiettivi generali e specifici del processo terapeutico e socio-riabilitativo.

Fasi	Obiettivi generali	Obiettivi specifici
Contatto precoce	<p>Ridurre i tempi di esposizione ai rischi correlati all'uso di droga.</p> <p>Instaurare una relazione fiduciaria finalizzata a far sviluppare consapevolezza del problema e far percepire il fenomeno come meritevole di trattamento (attivare nell'utente la motivazione al cambiamento).</p>	<p>Ridurre il rischio di overdose</p> <p>Diminuire il rischio infettivo</p> <p>Ridurre l'uso di altre sostanze tossiche (psicofarmaci, alcol, tabacco).</p> <p>Favorire l'aggancio con le strutture sanitarie.</p>
Riabilitazione	<p>Valutare (<i>assessment</i>) il profilo individuale e socio ambientale (risorse, problemi).</p> <p>Valutare e definire il profilo generale delle <i>life skills</i>.</p> <p>Definire in base agli elementi raccolti il progetto di vita realizzabile e le <i>life skills</i> da recuperare e sviluppare.</p> <p>Sperimentare le <i>life skills</i>, "prove di volo" a complessità crescente. Attivare interventi di sostegno e prevenzione delle ricadute.</p>	<p>Individuare il profilo di gravità del soggetto in riferimento alle risorse individuali e sociali.</p> <p>Individuare le abilità deficitarie che necessitano di un recupero.</p> <p>Individuare le modalità (<i>training</i>, tirocini, corsi ecc.) ed i contesti (cooperative, comunità, laboratori, ecc.) dove i soggetti possano sperimentarsi.</p> <p>Prevedere un supporto psico-sociale che sostenga e rinforzi la motivazione.</p>
Reinserimento sociale e lavorativo	<p>Mantenere e consolidare lo stato di drug free.</p> <p>Consolidare e specializzare le <i>life skills</i> acquisite.</p> <p>Reinserire la persona nel proprio ambiente di vita familiare, sociale e lavorativo facendogli acquisire gradualmente una completa autonomia.</p>	<p>Agevolare le relazioni familiari (distensione delle conflittualità, ridefinizione dei ruoli e dei rapporti, ecc.).</p> <p>Agevolare la ricerca di un lavoro e/o mantenere l'attività lavorativa (aumento della performance, ecc.).</p> <p>Agevolare la ricerca ed il mantenimento di condizioni abitative dignitose.</p> <p>Introduzione in gruppi sociali di riferimento con valori positivi.</p> <p>Sviluppare ed incentivare la partecipazione ad attività ricreative e culturali positive.</p>
Autonomizzazione	<p>Raggiungere un livello di capacità utili a sostenere il processo di autorealizzazione e di autosufficienza, compatibilmente con le risorse individuali e l'ambiente di vita.</p>	<p>Consolidare le abilità relazionali (di <i>problem solving</i>).</p> <p>Mantenere le abilità produttive acquisite (lavoro, gestione dei soldi, ecc.).</p>

1.2 Principi generali nel percorso di riabilitazione e di reinserimento

Il progetto riabilitativo, seppur differenziandosi per ciascun soggetto nei tempi e negli strumenti utilizzati, è importante che sia orientato da alcuni principi di base, al fine di poter garantire il completo rispetto della persona nel suo percorso di cambiamento. Si ritiene utile sottolineare alcuni di questi importanti aspetti.

Principi di base

Soggettività

Il criterio della soggettività considera la dimensione personale che è data dalle caratteristiche psico-fisiche del soggetto (es. attitudini, capacità cognitive, ecc.), dalla sua individualità (desideri, aspettative, ecc.) e non ripetibilità. Ne consegue che per ciascun soggetto dovrà essere individuato un percorso personalizzato che ponga al centro la persona, come unica e distinta dalle altre che possono trovarsi in situazioni analoghe. E' importante, quindi, che il percorso collochi la persona nel suo contesto di vita, di relazione e di ambiente socio-culturale (Ferrario F., 2004) dimensionato sulle sue capacità e attitudini.

Percorso personalizzato

Continuità

Il criterio della continuità considera la necessità di assicurare lo svolgimento costante del processo avviato, con la consapevolezza che il soggetto, nella fase di reinserimento, risulta particolarmente vulnerabile al rischio di ricadute. In caso di recidiva, serve assicurare la ripresa del processo riabilitativo attraverso cui aiutare e motivare la persona a riflettere sull'evento e a proseguire il percorso iniziato. Occorre trasformare, pertanto, l'evento negativo in una occasione di apprendimento, finalizzata a migliorare le capacità della persona di prevedere il rischio di una ricaduta nell'uso di sostanze stupefacenti (Miller W. R. et al., 2004; Bandura A., 2000).

Continuità dell'intervento e vulnerabilità

Gradualità

Nel processo riabilitativo, la dimensione dell'apprendimento segue il criterio della gradualità. Essa è determinata dalla gravità e dalla priorità dei problemi presenti, dai diversi livelli di capacità di fronteggiamento e dall'intenzionalità al cambiamento da parte della persona. Ne consegue che è sempre utile affrontare inizialmente i bisogni primari maggiormente riconosciuti dall'interessato come un problema. Successivamente, è opportuno far fronte a quelle situazioni critiche che necessitano di un intervento e delle quali la persona viene aiutata a prendere consapevolezza.

E' pertanto necessario considerare che i tempi e i modi dell'intervento devono essere adattati e rispondenti alla logica del "passo dopo passo", in base alle caratteristiche dell'individuo (Maslow A., 1968).

La logica del "passo dopo passo"

1.3 Requisiti di accesso ai programmi di riabilitazione e di reinserimento

L'attivazione di un programma di riabilitazione e di reinserimento presuppone la presenza di alcuni requisiti di base, che devono essere considerati indispensabili per un possibile avvio del processo riabilitativo:

I requisiti essenziali per l'avvio del percorso riabilitativo

- Trattamento della fase attiva della tossicodipendenza;
- Interruzione dell'uso di sostanze stupefacenti e stabilizzazione del comportamento drug free (eventuali ricadute verranno valutate dall'équipe);

- Assenza di patologie invalidanti che incidano permanentemente su una sufficiente autonomia psico-fisica;
- Presenza di un domicilio idoneo;
- Residenza per gli stranieri e permesso di soggiorno;
- Adesione volontaria al programma;
- Motivazione ad un cambiamento.

La presenza o meno di uno o più di questi requisiti non pregiudica l'esclusione da un percorso riabilitativo, ma segnala la necessità di affrontare lo specifico problema come presupposto essenziale per lo sviluppo del progetto stesso. In tal senso, ad esempio, è facile comprendere la difficoltà di un soggetto ad aderire ad un tirocinio formativo (che comporta una adeguata cura personale, una presenza costante sul luogo di lavoro, il rispetto degli orari, ecc.) qualora non possa contestualmente usufruire di un adeguato domicilio.

1.4 La motivazione al cambiamento: il Modello degli Stadi del Cambiamento

La teoria degli Stadi del Cambiamento

Tra i requisiti individuati, la motivazione al cambiamento risulta essere un elemento determinante per una efficace riuscita del programma riabilitativo.

Tra le teorie più conosciute nell'ambito delle tossicodipendenze, la Teoria degli Stadi del Cambiamento (Prochaska e Di Clemente, 1992) rispecchia e teorizza le osservazioni derivanti dalla pratica professionale con un alto grado di applicabilità nei diversi contesti operativi.

La correlazione tra motivazione e stadio di cambiamento

Secondo questa teoria, in relazione alla possibilità di sospendere l'uso di sostanze stupefacenti, la persona tossicodipendente attraversa vari stadi di cambiamento e può trovarsi in condizioni psicologiche diverse, a seconda dei vari momenti della sua dipendenza da sostanze.

Gli obiettivi da raggiungere nel progetto riabilitativo, pertanto, variano a seconda di due elementi:

- lo stadio in cui il soggetto si trova rispetto all'uso di sostanze;
- il diverso livello di motivazione al cambiamento che influisce sui tempi e sulla tipologia del trattamento.

Rilevanza dei fattori di contesto

Le interpretazioni moderne della psicologia della dipendenza che fanno riferimento ai problemi della motivazione al cambiamento, considerano rilevanti, oltre ai fattori di personalità, anche i fattori di contesto (Miller W. R. et al., 2004).

Per contesto si può intendere:

- l'ambiente nel quale le abitudini del soggetto vengono apprese e introiettate nel suo comportamento abituale (famiglia, gruppo dei pari, ambiente allargato);
- la relazione che il soggetto ha con un problema e l'operatore chiamato ad aiutarlo (inteso come il contesto del trattamento).

La esigenza di un cambiamento come squilibrio tra i fattori positivi e quelli negativi

Il soggetto tossicodipendente che si rivolge ai servizi non si presenta all'operatore "motivato" o "non motivato" ma come un soggetto portatore di contraddizioni, dubbi, paure, desideri (di continuare e contemporaneamente di smettere) tipiche di questa fase. Tutti questi aspetti sono connotati da elementi ambivalenti. Infatti, per tutte le persone, la motivazione al cambiamento di una abitudine viene maturando a partire da un accumularsi di fattori negativi

(perdite, costi, pericoli) che sopravanzano quelli positivi (vantaggi, benefici, effetti piacevoli) per i quali l'abitudine stessa si era mantenuta. Il crescente squilibrio derivante dalla crescita di fattori negativi, a causa dell'uso di sostanze stupefacenti, obbliga la persona ad interrogarsi sulla opportunità di operare una scelta verso un cambiamento. Compito dell'operatore è quello di cogliere questo momento critico aiutando il soggetto a "tirare fuori" il suo desiderio di cambiamento.

Prochaska e Di Clemente (1992) hanno osservato che il cambiamento si produce secondo schemi e regole riconoscibili, prevedibili, e sui quali si può interferire razionalmente. Essi hanno così elaborato il "Modello degli stadi del cambiamento", che è divenuto anche una tecnica di base per il colloquio motivazionale.

Schemi e regole riconoscibili

Tale modello ipotizza che il percorso "dentro e fuori" dalla tossicodipendenza si sviluppi lungo una serie di stadi:

Gli stadi del cambiamento

1. Precontemplazione: la persona non sospetta neppure di avere un problema che richiede un cambiamento.
2. Contemplazione: il soggetto è caratterizzato dalla ambivalenza, considera il cambiamento e contemporaneamente lo rigetta.
3. Determinazione: il soggetto, per un periodo di tempo, apre una "finestra" di opportunità che può tradursi in azione.
4. Azione: la persona si impegna realmente a modificare il suo comportamento, partecipando attivamente ai programmi di intervento e di modifica comportamentale.
5. Mantenimento: consiste nel consolidamento del livello di cambiamento raggiunto, prevedendo le ricadute.

Figura 4 - Modello degli stadi del cambiamento (Di Clemente, 1992).



Considerare gli aspetti ambivalenti

Secondo questo modello, se si avvia un trattamento non appropriato allo stadio del cambiamento in cui si trova la persona, si rischia di attivare le sue resistenze al cambiamento stesso, aumentando quindi la possibilità di fallimento dell'intervento. Pertanto, anche nell'individuare il progetto di riabilitazione e reinserimento per una persona, si dovrà procedere tenendo conto dello stadio di cambiamento in cui questa si trova, considerando gli aspetti ambivalenti e le difficoltà che un percorso di questo tipo potrà presentare. Accettare, ad esempio, la richiesta di un inserimento lavorativo, che presuppone una partecipazione attiva al programma d'intervento e l'interruzione dell'uso di sostanze stupefacenti, da chi si trova ancora nello stadio di precontemplazione, esiterà in un quasi sicuro fallimento. La persona, trovandosi in uno stadio in cui prevalgono ancora gli aspetti piacevoli e ricreativi dell'uso, va prima aiutata a maturare una consapevolezza dei problemi derivanti dal comportamento tossicomane.

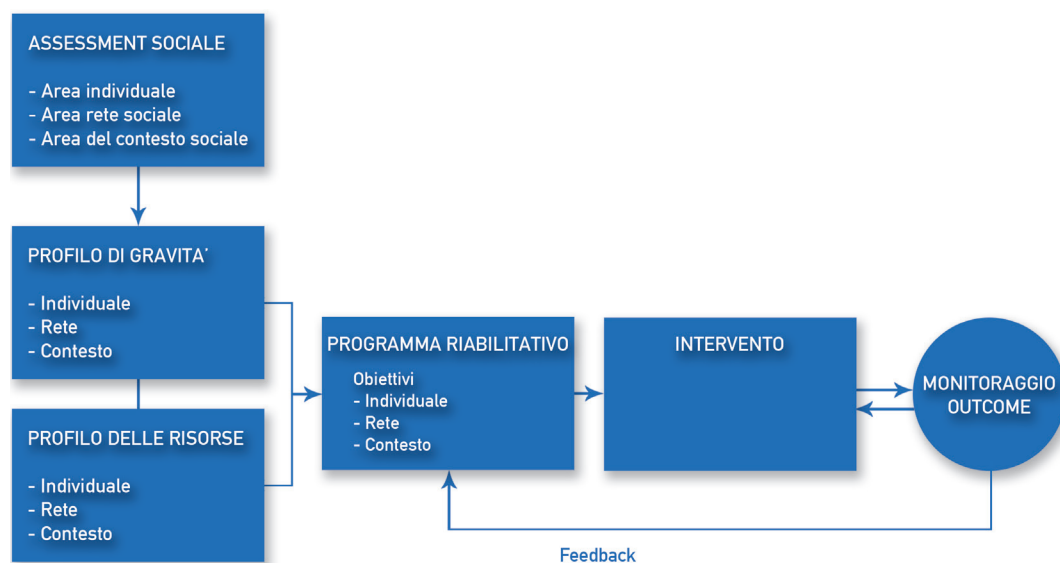
2. Il processo per la definizione del programma di riabilitazione e reinserimento

Il profilo di gravità (severity index) e delle risorse

Il processo per la definizione del programma di riabilitazione e reinserimento sociale prende avvio da un *assessment* iniziale, attraverso cui si valuta l'area individuale, della rete e del contesto sociale della persona, individuandone in tal modo il profilo di gravità e contestualmente quello delle risorse esistenti e utilizzabili. Dalla valutazione effettuata si definisce il programma di intervento e le opportune verifiche.

Il processo metodologico per la definizione del programma

Figura 5 - Il processo metodologico utilizzato per la definizione e la verifica del programma di riabilitazione e reinserimento, e la correlazioni tra le diverse fasi.



2.1 Il processo

Per *assessment* sociale si intende il procedimento di misurazione e di valutazione attraverso cui si definiscono e si inquadrano le specifiche caratteristiche della persona, la tipologia delle risorse personali e sociali, la definizione dei problemi presenti (Masini R., Sanicola L., 1988; Milner J., O'Byrne P., 2005).

Nello specifico della definizione del programma riabilitativo, l'*assessment* si propone, inoltre, di conoscere quanto le persone con un problema di dipendenza da sostanze stupefacenti siano consapevoli dei propri problemi/bisogni e quanto siano disponibili e capaci di agire per farvi fronte, in una logica di co-partecipazione alla costruzione del processo di aiuto.

Per un *assessment* sociale rispondente agli obiettivi riabilitativi, si ritiene utile l'utilizzo di strumenti specifici che possano rilevare la presenza di problemi individuali e sociali, misurandone la gravità attraverso l'utilizzo degli indicatori prescelti.

L'uso di tali strumenti di valutazione dovrebbe inoltre agevolare gli operatori:

- ad assumere decisioni ponderate;
- a programmare gli interventi;
- a misurare e verificare le variazioni nel tempo dello stato del soggetto.

Le informazioni ricavate dal processo di *assessment* diventano utili non solo nella definizione degli obiettivi da raggiungere, ma anche per la successiva valutazione dell'*outcome*. La valutazione dell'*outcome* indica in che misura i soggetti e le loro situazione di vita cambiano, e se l'esperienza del trattamento ha contribuito a determinare questo cambiamento (Serpelloni G. et al., 2006). La misurazione dell'*outcome* è infatti in stretta relazione con gli obiettivi di trattamento prefissati, che necessariamente devono essere chiari sin dall'inizio e modulati sui diversi livelli di salute riscontrati nell'*assessment* iniziale.

Va ricordato che la valutazione dell'*outcome*, abbisognerebbe di modelli sperimentali che utilizzino criteri scientifici e sistemi quali i gruppi di controllo e la randomizzazione dei trial controllati. Nella pratica operativa quotidiana questo non è possibile ma è comunque necessario monitorare la variazione della condizione clinica del soggetto (Serpelloni G. et al., 2006).

2.2 Le aree di valutazione

Le aree di valutazione (domini logici) indispensabili per un corretto inquadramento della dimensione individuale e sociale del soggetto e tradizionalmente riportate nella letteratura di settore (Folgheraiter F., 2004; Galli D., 2005; De Ambrogio et al., 2007) sono: l'area individuale, l'area relazionale e l'area ambientale (definito anche contesto di vita).

Per ognuna di queste aree sarà opportuno individuare le condizioni caratterizzanti e le specifiche abilità necessarie alla persona ai fini riabilitativi.

La figura seguente mette in evidenza come tali aree siano tra loro correlate: una dimensione non può essere disgiunta dall'altra, vivendo la persona, con le sue caratteristiche, nello spazio relazionale ed ambientale di appartenenza.

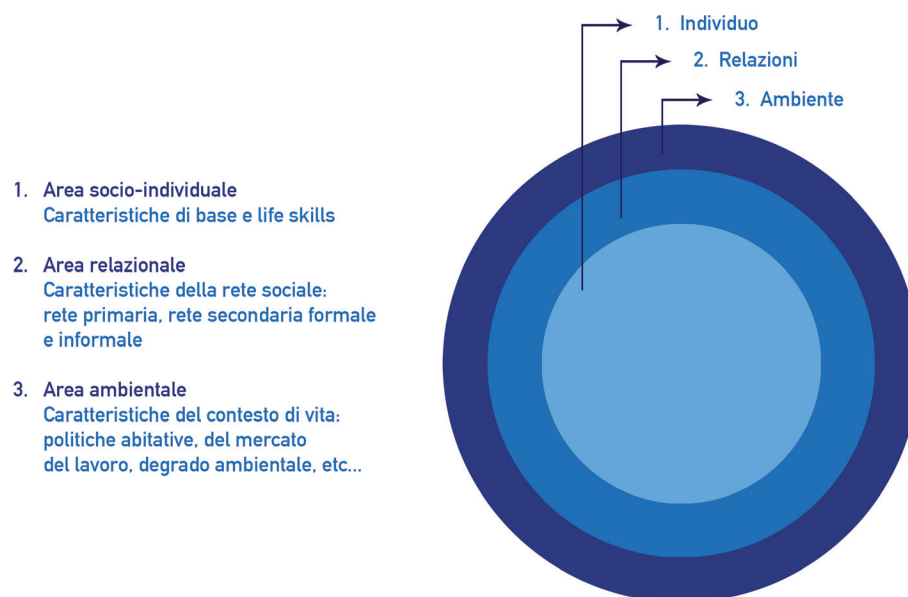
La valutazione delle
risorse personali e
sociali

Gli strumenti per la
valutazione

La misurazione
dell'*outcome*

Le aree di
valutazione:
individuale,
relazionale,
ambientale

Figura 6 - Aree di valutazione.



Area Socio-Individuale

Nell'area socio-individuale si valutano le caratteristiche di base della persona e le sue life skills, ossia le capacità e le abilità personali e sociali che aiutano le persone a gestire situazioni complesse, stressanti e destabilizzanti (Boda G., 2001).

Valutazione delle
caratteristiche
personali di base

Tra le caratteristiche di base dell'area socio-individuale possono essere indicate: la condizione abitativa, scolastica e formativa, lavorativa, economica, legale, lo stato di salute psico-fisico (generale, tossicologico, psichiatrico) e la motivazione al cambiamento.

Ad esempio, rilevare la mancanza di un'occupazione e quindi la mancanza di reddito, la presenza di problemi penali che possono influire sull'evolversi del progetto terapeutico, l'assenza di una formazione specifica che può rendere difficile l'inserimento nel mercato del lavoro, ecc., permette di focalizzare le criticità presenti da affrontare, nella formulazione dell'intervento.

Le capacità di
funzionamento del
soggetto: life skills

Le *life skills* oggetto di interesse, sono quelle che permettono alle persone di fronteggiare efficacemente le esigenze della vita quotidiana, rapportandosi con fiducia a se stessi e agli altri. Esse riguardano le capacità di funzionamento del soggetto:

- nella gestione di sé (capacità di *problem solving*, capacità di usare le risorse, di apprendere dall'esperienza, di decidere, ecc.),
- nella gestione della propria salute fisica (stile di vita, senso di responsabilità, ecc.),
- nella gestione delle relazioni e delle emozioni (soluzione dei conflitti, comunicazione, empatia, relazioni di accudimento, ecc.),
- nella gestione del lavoro (responsabilità, auto-motivazione, costanza, lavoro in gruppo, tecniche professionali spendibili, ecc.)

Area Relazionale

Nell'area relazionale vengono prese in esame le reti relazionali con le quali il soggetto intrattiene rapporti, assume informazioni, effettua scambi, riceve sostegni.

La valutazione della rete relazionale

La rete relazionale può essere declinata in:

- rete primaria: comprende il nucleo di origine, l'eventuale nucleo autonomo, i figli, i parenti, i colleghi di lavoro, gli amici, i vicini di casa, ecc.
- rete secondaria formale: riguarda i servizi pubblici e del privato sociale presenti nel territorio, con i quali la persona è già in contatto o ai quali potrebbe rivolgersi
- rete secondaria informale: considera invece le organizzazioni non istituzionali che possono essere presenti nell'ambiente sociale di vita della persona, quali i gruppi di volontari, i gruppi auto aiuto, ecc. (Sanicola L., 2005).

La valutazione della rete del soggetto è finalizzata a comprendere come la stessa possa essere di aiuto alla persona, nel percorso riabilitativo e di reinserimento.

Le funzioni di aiuto della rete relazionale

In base alla sua configurazione, la rete potrà essere:

- presente e supportiva, se sono presenti soggetti disponibili a fornire un adeguato sostegno, finalizzato al superamento del problema da affrontare (Folgheraiter F. et al., 1987);
- presente ma non supportiva, se i soggetti che ne fanno parte non intendono o non sono in grado di fornire aiuti specifici (Ferrario F., 1999);
- presente ma a rischio, se sono presenti più soggetti con problemi di tossicodipendenza, o con comportamenti devianti/illegali;
- presente ma problematica, se i soggetti che la compongono presentano una multi-problematicità (patologie psichiatriche, emarginazione sociale, alta conflittualità, ecc.) (Togliatti M., 1987);
- assente, se il soggetto vive in una situazione di isolamento sociale.

Area Ambientale

Nell'area del contesto sociale-territoriale si valuta la presenza delle risorse attivabili e gli eventuali fattori di rischio per lo sviluppo di comportamenti devianti.

La valutazione delle risorse del contesto ambientale

Si tratta, ad esempio, di valutare:

- la tipologia del territorio: se residenziale, periferico, urbanizzato, per le sue possibili ricadute sugli aspetti organizzativi legati alla quotidianità della persona, e per la qualità/quantità delle relazioni che si instaurano tra le persone;
- il mercato del lavoro: per la possibile offerta di lavoro, per i settori produttivi presenti, per le politiche incentivanti l'inserimento lavorativo e per la possibilità di avviare collaborazioni con le categorie produttive;
- la presenza di servizi socio-sanitari in loco: per la possibilità di accedervi agevolmente e per l'attivazione di collaborazioni tra i servizi di un medesimo territorio;
- le politiche abitative: per la possibilità di usufruire di alloggi di edilizia popolare o, in alternativa, soluzioni abitative per soggetti in difficoltà;
- il degrado ambientale: per i fenomeni di abusivismo, di sovraffollamento, di criminalità, in quanto rappresentano fattori di grave rischio e di problematicità per i soggetti residenti.

Per ciascuna area indicata è possibile individuare le specifiche dimensioni di valutazione. Per ciascuna dimensione, quindi, vengono evidenziati i principali indicatori di riferimento utili per l'assessment iniziale e per la valutazione dell'intervento (Tabella 3).

Aree di valutazione e indicatori di riferimento

Tabella 3 - Aree di valutazione e principali indicatori di riferimento.

AREA	DIMENSIONI VALUTATE	PRINCIPALI INDICATORI DI RIFERIMENTO
AREA INDIVIDUALE		
Caratteristiche di base	Abitativa	<ul style="list-style-type: none"> • Abitazione di proprietà o meno • Abitazione in affitto • Pagamento regolare dell'affitto e forniture • Condizioni abitative generali (esistenza forniture, densità abitativa, condizioni igieniche) • Assenza di dimora • Ospite da parenti/amici • Dormitorio
	Scolastica/formativa	<ul style="list-style-type: none"> • Coerenza tra età e grado scolastico • Assolvimento dell'obbligo scolastico • Regolare frequenza scolastica • Formazione professionale specifica attraverso corsi/ stage, ecc. • Ricerca attiva di un lavoro
	Lavorativa	<ul style="list-style-type: none"> • Lavoro presente e stabile • Lavoro presente con contratto a termine • Lavoro saltuario < 6 mesi/anno • Disoccupato da più di 6 mesi • Presenza di rischio professionale e ambientale
	Economica (reddito proprio o del nucleo familiare autonomo)	<ul style="list-style-type: none"> • Sufficiente al mantenimento del nucleo • Sufficiente al proprio mantenimento • Sufficiente, in parte proprio e in parte proveniente da altre fonti (private e pubbliche) • Sufficiente ma interamente proveniente da altre fonti • Assenza/insufficienza di reddito
	Legale	<ul style="list-style-type: none"> • Presenza/assenza problemi legali • Segnalazioni della Prefettura • Sospensione patente • Denunce riportate e precedenti penali • Carcerazioni e tempo cumulato di carcerazione • Misure alternative usufruite o in atto
	Salute psico-fisica	<ul style="list-style-type: none"> • Grado di invalidità (psico-fisica) • Presenza di patologie che potrebbero prevedere stati acuti e necessità di ricoveri non programmabili • Capacità cognitive (intelligenza, attenzione, memoria) • Autosufficienza • Condizione tossicologica • Adesione alla terapia prescritta
	Motivazione al cambiamento	<ul style="list-style-type: none"> • Consapevolezza della propria situazione di difficoltà e/o conseguente alle problematiche di dipendenza • Disponibilità al cambiamento con una richiesta di aiuto • Adesione attiva al percorso di cura e riabilitazione
Life Skills		Vedi Tabella 4
AREA RELAZIONALE		
	Rete primaria e tipologia delle relazioni (nucleo familiare e rete di prossimità)	<ul style="list-style-type: none"> • Presenza/assenza nucleo di origine • Presenza/assenza nucleo autonomo • Presenza di figli e/o bambini piccoli • Presenza nel nucleo familiare di soggetti con comportamenti problematici (Uso di droga/alcol /psichiatrici, gambling , giudiziari, ecc.) • Presenza/assenza di parenti non conviventi • Presenza/assenza di amici/gruppo dei pari • Presenza/assenza di colleghi di lavoro • Presenza/assenza di vicinato relazionale • Presenza di soggetti con comportamenti problematici (Uso di droga/alcol, psichiatrici, gambling, giudiziari ecc.) • Relazioni supportive, assenti, a rischio

Rete secondaria (formale e informale) e tipologia delle relazioni	<ul style="list-style-type: none"> • Servizi formali (pubblici e del privato sociale) • Servizi informali fornitori di assistenza (gruppi di volontariato di auto-aiuto, ecc.) • Relazioni supportive presenti/assenti
AREA AMBIENTALE	
Contesto sociale territoriale	<ul style="list-style-type: none"> • Tipologia del territorio (residenziale, periferico, urbanizzato, ecc.) • Possibilità di accesso ad alloggi di edilizia popolare • Presenza di servizi socio-sanitari • Collegamento ai trasporti pubblici • Tasso di disoccupazione • Presenza di iniziative ed incentivi per favorire l'occupazione • Periodo di stanzialità in quel specifico territorio • Degrado ambientale (fenomeni di abusivismo, sovraffollamento, criminalità, ecc.)

2.3 Le competenze e le life skills dell'area socio-individuale

Dell'area socio-individuale merita particolare attenzione l'ambito delle competenze e delle abilità necessarie per il raggiungimento dell'autonomia e del benessere personale (*life skills*).

La competenza è la capacità di una persona di orientarsi in un determinato campo. Essa descrive ciò che la persona è in grado di essere e di fare, è una capacità che si dispiega nel tempo e si perfeziona con l'esperienza (Marmocchi P. et. al., 2004).

La competenza è pertanto un insieme di:

- Esperienze finalizzate: situazioni passate concretamente ed attivamente vissute in una area specifica.
- Conoscenze: basi informative a disposizione del soggetto derivanti dalla formazione scolastica a vario livello.
- Skills/abilità-capacità: dotazione personale che permette di eseguire con successo una determinata prestazione. E' un elemento intrinseco all'individuo ed è frutto di una attitudine.
- Attitudine: substrato costituzionale individuale di una capacità che si disvela nel momento in cui trova condizioni ambientali e motivazionali favorevoli al suo sviluppo (Serpelloni G., 2002).

Per i soggetti tossicodipendenti, il recupero delle abilità di vita diviene centrale dal momento in cui l'uso delle sostanze stupefacenti non ha permesso o ha interrotto quel percorso virtuoso di apprendimento che, normalmente, si sviluppa durante la crescita di ciascun individuo.

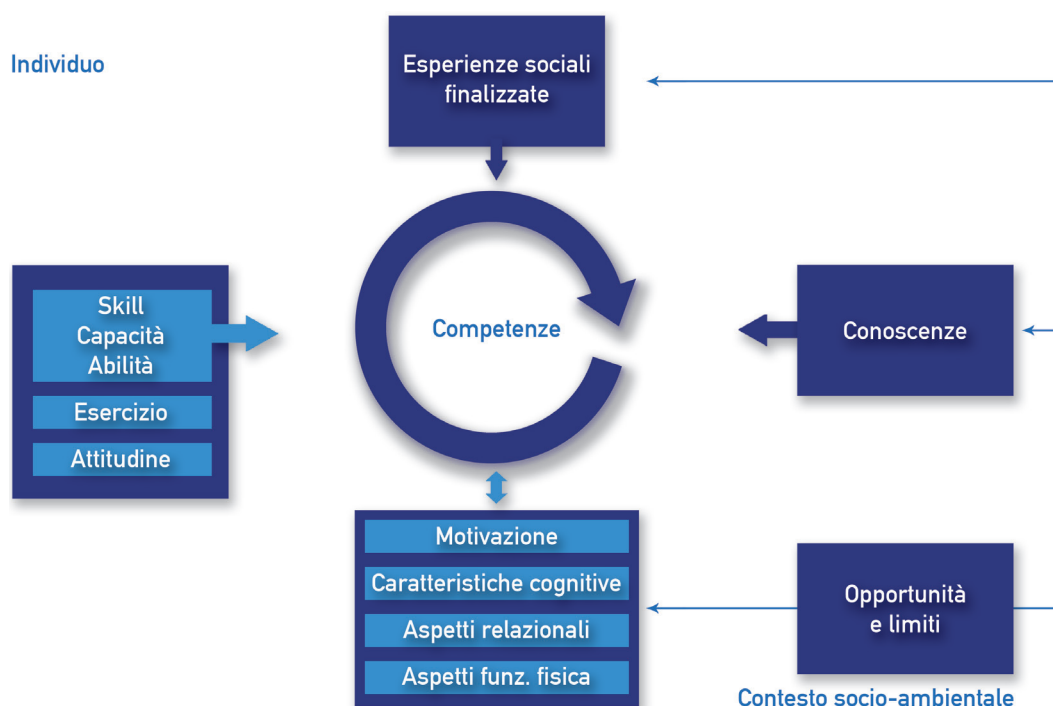
In Figura 7 viene rappresentato il processo di sviluppo e potenziamento delle competenze. Si può osservare come il processo di formazione delle competenze in una persona sia determinato oltre che dalle sue caratteristiche individuali di base (cognitive, motivazionali, relazionali e della funzionalità fisica), dalle capacità che il soggetto sviluppa tramite la sperimentazione finalizzata e dalle conoscenze derivanti dal contesto, più o meno ricco di opportunità.

Le competenze e le abilità per l'autonomia e il benessere personale

I fattori che determinano lo sviluppo delle competenze

Il recupero delle abilità nei soggetti tossicodipendenti

Figura 7 - Il processo di sviluppo e potenziamento delle competenze.



2.3.a Le abilità (Life skills)

La definizione
dell'OMS di skills
for life

L'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) definisce "Skills for life" "tutte quelle skills (abilità, competenze) che è necessario apprendere per mettersi in relazione con gli altri e per affrontare i problemi, le pressioni e gli stress della vita quotidiana" (Progetto Skills for life, 1994).

E' a partire dagli anni '80 che, a livello internazionale, vengono realizzati una serie di progetti specifici sulle *life skills* soprattutto nell'ambito della prevenzione di problemi sanitari, quali, ad esempio, l'uso di sostanze stupefacenti, la prevenzione dell'AIDS, delle gravidanze premature, ecc. (Marmocchi P. et al., 2004). Nel 1993, l'OMS pubblica il documento "Life skills education in schools", che contiene l'elenco delle abilità personali e relazionali utili per gestire positivamente le interazioni tra il singolo soggetto e le altre persone. Si tratta di "competenze sociali e relazionali che permettono ai ragazzi di affrontare in modo efficace le varie situazioni, di rapportarsi con autostima a se stessi, con fiducia agli altri e alla più ampia comunità (dalla famiglia, alla scuola, al gruppo delle amicizie e dei conoscenti, alla società di appartenenza, ecc.). La mancanza di tali skills socio-emotive può causare, in particolare nei ragazzi e nei giovani, l'instaurarsi di comportamenti negativi e a rischio in risposta allo stress."

L'apprendimento
delle Skills nei
percorsi scolastici

L'OMS sottolinea inoltre l'importanza di introdurre nei percorsi scolastici l'attivazione di percorsi specifici (*training*) sull'acquisizione di abilità, che permettano alle persone di fronteggiare efficacemente le richieste e le difficoltà che si presentano nella vita quotidiana (Bollettino OMS "Skills for life", n. 1, 1992).

Altri studi sottolineano che anche nell'ambito della riabilitazione psichiatrica, i training per le abilità di problem solving si sono rivelati utili per aiutare le persone con grave disabilità psichiatrica favorendo il loro percorso di integrazione sociale, entrando così a far parte degli interventi riabilitativi di elezione (Benton M.K. et al., 1990; Eckman T., 1992; Ericsson K.A. et al., 1994; Scott J.E. et al., 1995; Dilk M.N. et al., 1996; Liberman R.P. et al., 1998; Heinssen R.K. et al., 2000; Osborn A.F., 2003).

L'apprendimento
delle skills nella
riabilitazione
psichiatrica

Sempre negli anni '90, il libro bianco della Commissione Europea "Insegnare e apprendere: verso una società cognitiva", presentato da Edith Cresson e Padraig Flynn (1995), traccia alcune linee di azione per la costruzione di una società in cui i soggetti siano in grado di affrontare gli eventi della propria vita:

Le linee di azione
tracciate dalla
Commissione
Europea

- *imparare a conoscere*, allo scopo di aumentare il livello generale delle competenze e dei saperi;
- *imparare a vivere*, allo scopo di far fronte ai condizionamenti sociali, culturali e ambientali; imparare a vivere con se stessi e con gli altri, nel proprio ambiente di vita, nell'esercizio della professione, nel tempo libero;
- *imparare ad essere*, allo scopo di mantenere e qualificare la propria identità personale e professionale; imparare ad avere un'etica personale, saper gestire con coerenza le relazioni con gli altri; saper partecipare attivamente alla vita della comunità;
- *imparare a fare*, nel senso di agire responsabilmente sulla base di decisioni prese da soli e/o con gli altri; il fare non deve mai comportare l'annullamento della personalità di ciascuno.

Le linee tracciate nei documenti dell'OMS e dalla Commissione Europea, libro bianco di J. Delors (1996) e libro bianco di E. Cresson (1995), sono state acquisite attraverso direttive e norme dai Paesi Europei, Italia compresa, e hanno delineato i punti cardine in tema di "abilità e competenze per la vita".

L'apprendimento
delle Skills nei
diversi contesti
culturali

Nel documento dell'OMS, le Life skills fondamentali sono così definite (Marmocchi P. et al., 2004):

Il nucleo
fondamentale
delle Skills

- *Decision making (capacità di prendere decisioni)*: competenza che aiuta ad affrontare in modo costruttivo le decisioni nelle diverse situazioni e contesti di vita. La capacità di elaborare in modo attivo il processo decisionale può avere implicazioni positive sulla salute attraverso una valutazione delle diverse opzioni e delle conseguenze che esse implicano.
- *Problem solving (capacità di risolvere i problemi)*: competenza che permette di affrontare in modo costruttivo i diversi problemi, i quali, se lasciati irrisolti, possono causare stress mentale e tensioni fisiche.
- *Creatività*: contribuisce sia al *decision making* che al *problem solving*, permettendo di esplorare le alternative possibili e le conseguenze delle diverse opzioni. La creatività, inoltre, può aiutare ad affrontare in modo versatile tutte le situazioni della vita quotidiana.
- *Senso critico*: abilità nell'analizzare informazioni ed esperienze in modo oggettivo, valutandone vantaggi e svantaggi, al fine di arrivare ad una decisione più consapevole. Il senso critico può contribuire alla promozione della salute permettendoci di riconoscere e valutare i diversi fattori che influenzano gli atteggiamenti e il comportamento, quali per esempio le pressioni dei coetanei e l'influenza dei mass media.

Decision making

Problem solving

Creatività

Senso critico

Comunicazione efficace

- *Comunicazione efficace*: consiste nel sapersi esprimere, sia verbalmente sia non verbalmente, in modo efficace e congruo alla propria cultura e in ogni situazione particolare. Significa esprimere opinioni e desideri, ma anche bisogni e sentimenti; essere in grado di ascoltare gli altri in modo accurato e di comprenderli. Significa, inoltre, essere capaci di chieder aiuto, in caso di necessità.

Relazioni interpersonali

- *Skills per le relazioni interpersonali*: capacità di interagire e relazionarsi con gli altri in modo positivo. Questo vuol dire saper creare e mantenere relazioni significative, fondamentali per il benessere psico-sociale, sia in ambito amicale che familiare. Può inoltre significare essere in grado di interrompere le relazioni in senso costruttivo.

Autocoscienza

- *Autocoscienza*: conoscenza di sé, del proprio carattere, dei propri punti forti e deboli, dei propri desideri e bisogni. Aumentare l'autoconsapevolezza può aiutare a comprendere quando si è stressati o sottotensione. Rappresenta un prerequisito indispensabile per una comunicazione efficace, per relazioni interpersonali positive e per la comprensione empatica degli altri.

Empatia

- *Empatia*: capacità di comprendere gli altri, di "mettersi nei loro panni", anche in situazioni che non ci sono familiari. L'empatia permette di migliorare le relazioni sociali, soprattutto nei confronti di diversità etniche e culturali; facilita l'accettazione e la comprensione verso persone che hanno bisogno di aiuto e di assistenza, quali per esempio malati di AIDS o pazienti psichiatrici.

Gestione delle emozioni

- *Gestione delle emozioni*: significa riconoscere le emozioni in sé e negli altri, essere consapevoli di come le emozioni influenzano il comportamento e riuscire a gestirle in modo appropriato. Emozioni intense, come la rabbia e il dolore, se non riconosciute e gestite, possono avere effetti negativi anche sulla salute.

Gestione dello stress

- *Gestione dello stress*: consiste nel riconoscere le cause di tensione e di stress della vita quotidiana e nel controllarle, sia tramite cambiamenti nell'ambiente o nello stile di vita, sia tramite la capacità di rilassarsi, in modo che gli stress inevitabili non diano luogo a problemi di salute.

L'apprendimento delle skills nella riabilitazione dei tossicodipendenti

Tali abilità, che devono essere adattate al contesto socio-culturale di appartenenza, possono essere acquisite e rafforzate mediante l'apprendimento e la pratica.

Il modello di riabilitazione e reinserimento sociale e riabilitativo, qui presentato, considera l'acquisizione delle abilità di vita un obiettivo fondamentale da sviluppare e perseguire anche nell'ambito della tossicodipendenza. Spesso, infatti, la persona tossicodipendente ha acquisito parzialmente dette abilità, o le ha perse, in quanto l'età di iniziazione all'uso di droghe spesso coincide con l'età della sperimentazione e dell'acquisizione delle life skills.

Lo sviluppo di life skills è in grado di influenzare positivamente la comprensione di sé e degli altri, di migliorare la consapevolezza dell'efficacia personale, di accrescere l'autostima, di rinforzare la motivazione personale. Il processo di definizione del programma di riabilitazione e reinserimento sociale di soggetti tossicodipendenti deve pertanto considerare, tra gli obiettivi da raggiungere, anche il recupero o l'apprendimento delle abilità sociali, come premessa che favorisce un positivo reinserimento sociale.

In riferimento al nucleo di *life skills* individuate dall'OMS e in relazione al contesto e all'esperienza maturata nell'ambito della tossicodipendenza, si ritiene utile riformulare le *skills* nel quadro dell'assessment generale proposto per le persone tossicodipendenti. In particolare, le abilità che necessitano di specifica valutazione si collocano nell'area individuale che può essere declinata nelle seguenti dimensioni:

Riformulazione
delle Skills
nell'ambito della
tossicodipendenza

1. della salute psico-fisica;
2. del comportamento;
3. delle emozioni e delle relazioni;
4. della formazione e del lavoro.

Per ciascuna dimensione dell'area individuale è possibile individuare sia abilità elementari che abilità specifiche (Morosini P. et al., 2010).

Le abilità elementari

Per abilità elementari si intende ciò che è necessario sapere e saper fare per raggiungere un obiettivo specifico o, in altri termini, per eseguire un compito in un modo adeguato.

Le abilità specifiche

Per abilità specifica si intende la capacità di eseguire tutte le abilità elementari richieste da un obiettivo specifico. Le abilità elementari possono essere anche utilizzate come indicatori che rilevano la presenza o l'assenza delle rispettive skills specifiche (come riportato in Tabella 4). Ad esempio, per raggiungere la capacità di adottare stili di vita sani (*skill* specifica) è necessario, tra l'altro, aver acquisito la capacità di una pratica regolare dell'igiene personale (*skill* elementare), che a sua volta diventa un indicatore del grado di *skill* specifica raggiunta.

Tabella 4 - Area individuale: skills specifiche e skills elementari.

AREA INDIVIDUALE		
DOMINIO PRINCIPALE	SKILLS SPECIFICA	SKILLS ELEMENTARI (e/o indicatori di valutazione)
SALUTE PSICO-FISICA	Adottare stili di vita sani	<ul style="list-style-type: none"> Mangiare sano Rispetto del ritmo sonno/veglia Uso di farmaci solo se prescritti Pratica regolare dell'igiene personale Prevenzione delle malattie evitabili
	Mobilità	<ul style="list-style-type: none"> Grado di autonomia fisica e di circolazione Capacità psico-fisica e di orientamento
	Possedere abilità cognitive di base	<ul style="list-style-type: none"> Problem analysis Problem solving Decision making Consapevolezza dei propri limiti e capacità Consapevolezza delle proprie reazioni (funzionamento psichico) Programmazione e organizzazione Capacità di gestire le frustrazioni/stress
	Saper riconoscere e saper evitare il rischio	<ul style="list-style-type: none"> Rischio di recidiva Rischio infettivo Rischio criminale
	Saper comunicare efficacemente	<ul style="list-style-type: none"> Capacità di esprimersi nella lingua italiana Assertività/sicurezza Appropriatezza del linguaggio (sapersi esprimere) nelle diverse situazioni Capacità di ascoltare gli altri anche se di diversa cultura/etnia
	Rispettare le norme e le regole	<ul style="list-style-type: none"> Rispetto delle regole sociali Rispetto delle norme/leggi
	Gestione del quotidiano	<ul style="list-style-type: none"> Gestione domestica (cucinare, pulire, riordinare ecc.) Utilizzo dei mezzi di trasporto Utilizzo posta/banca, pagamento forniture, ecc. Gestione del patrimonio, reddito personale e familiare
	Gestione del tempo libero	<ul style="list-style-type: none"> Saper scegliere e selezionare gli amici Saper organizzare il tempo libero (ferie, fine settimana, ecc.) Saper coltivare passione ed interessi
	Capacità di "prendersi cura" degli altri	<ul style="list-style-type: none"> Dei figli Dei genitori Del coniuge Degli animali domestici
	Saper comportarsi nel rispetto dei valori etici	<ul style="list-style-type: none"> Essere onesto Essere leale Essere sincero
EMOZIONI E RELAZIONI	Saper relazionare con gli altri	<p>Saper creare e mantenere relazioni significative</p> <p>Saper comprendere ed ascoltare gli altri</p> <p>Saper interrompere le relazioni in modo costruttivo</p> <p>Saper mediare e negoziare</p> <p>Saper vivere una sessualità affettivamente responsabile</p>
	Gestione delle emozioni	<p>Capacità di riconoscere le proprie emozioni e quelle degli altri</p> <p>Riconoscere come le proprie emozioni possano influenzare il comportamento</p> <p>Gestire in modo adeguato le emozioni (capacità di autocontrollo)</p>

	Resistenza alle pressioni/ manipolazioni	Sviluppare un pensiero critico Prendere decisioni consapevoli ed autonome
FORMAZIONE E LAVORO	Formazione	Capacità di apprendimento Capacità di memorizzazione Saper apprendere dall'esperienza
	Saper lavorare	Competenze (conoscenze-esperienze-skills- attitudini) Saper lavorare in gruppo Applicare le indicazioni di prevenzione/sicurezza Rispetto delle regole, delle procedure e delle gerarchie

Le abilità descritte in Tabella 4 non sono tra loro disgiunte, ma vanno considerate nella loro unitarietà e inscindibilità. Per esempio, la capacità del soggetto di rispettare le regole non può prescindere anche dal saper gestire le proprie emozioni. La Tabella 5 aiuta a cogliere visivamente tale inscindibilità.

Tabella 5 - Abilità di vita - Life skills.

ABILITÀ DI VITA	Salute psico-fisica	Mobilità	Grado di autonomia fisica e di circolazione Capacità psico-fisica-orientamento
		Adottare stili di vita sani	Mangiare sano Rispetto sonno/veglia Uso di farmaci solo se prescritti Pratica regolare dell'igiene personale Prevenzione delle malattie evitabili
		Possedere abilità cognitive di base	Problem analysis Problem solving Decision making Consapevolezza dei propri limiti e capacità Consapevolezza delle proprie reazioni (funz. psichiche) Programmazione e organizzazione Capacità di gestire le frustrazioni/stress
		Saper riconoscere e saper evitare il rischio	Di recidiva Infettivo Criminale
	Comportamento	Rispettare le norme e le regole	Rispetto delle regole sociali Rispetto delle norme/leggi
		Saper comunicare efficacemente	Capacità di esprimersi nella lingua italiana Assertività/Sicurezza Appropriatezza del linguaggio (sapersi esprimere) nelle diverse situazioni Capacità di ascoltare gli altri anche di diversa cultura/etnia
		Gestione del quotidiano	Gestione domestica (cucinare, pulire, riordinare, ecc.) Utilizzo dei mezzi di trasporto Utilizzo posta/banca, pagamento forniture, ecc. Gestione del patrimonio, reddito personale e familiare
		Gestione del tempo libero	Saper scegliere e selezionare gli amici Saper organizzare il tempo libero (ferie, fine settimana, ecc.) Saper coltivare passione ed interessi
		Capacità di "prendersi cura di altri"	Dei genitori Del coniuge Dei figli Degli animali domestici
		Saper comportarsi nel rispetto dei valori etici	Essere sincero Essere onesto Essere leale
	Emozioni e relazioni	Saper relazionare con gli altri	Saper creare e mantenere relazioni significative Saper comprendere ed ascoltare gli altri Saper interrompere le relazioni in modo costruttivo Saper mediare e negoziare Saper vivere una sessualità affettivamente responsabile
		Gestione delle emozioni	Capacità di riconoscere le proprie emozioni e quelle degli altri Riconoscere come le proprie le emozioni possano influenzare il comportamento Sviluppare un pensiero critico
		Resistenza alle pressioni/manipolazioni	Prendere decisioni, consapevoli ed autonome
	Formazione e lavoro	Saper lavorare	Competenze (conoscenze-esperienze/skills-attitudini) Lavorare in gruppo Applicare le indicazioni Prevenzione/Sicurezza Rispetto delle regole, procedure, gerarchie
		Saper apprendere	Capacità di apprendimento strutturata (metodo) Capacità di memorizzazione Saper apprendere dall'esperienza

In sintesi, le schematizzazioni presentate hanno l'obiettivo di concretizzare e rendere misurabili una serie di apprendimenti che sono per loro natura complessi. Tale complessità deriva anche dal fatto che lo sviluppo di abilità risulta condizionato dall'età delle persone e dai compiti di vita richiesti.

Benché non esista in letteratura un elenco completo e condiviso delle competenze specifiche necessarie per la vita o dei comportamenti che assicurino il successo, si è ritenuto necessario focalizzare una lista di *skills* particolarmente significative, nell'ambito del percorso che la persona tossicodipendente intraprende verso la riabilitazione ed il reinserimento.

2.3.b La check list: uno strumento per la rilevazione delle life skills

Per facilitare l'operatore e migliorare la rilevazione delle *skills* presenti nella persona si ritiene utile l'utilizzazione di apposite check list pre-definite.

La check list è uno strumento di processo utile sia per l'assessment che per la verifica in progress e dei risultati raggiunti con l'intervento. La check list è una lista di controllo in cui sono riportate una serie di variabili utili per analizzare le abilità presenti o da sviluppare in riferimento ai domini logici individuati.

A titolo esemplificativo, la check list può essere costruita riportando per ogni dominio logico:

- le skills specifiche e le skills elementari (relativi indicatori);
- i problemi rilevati;
- il giudizio dell'operatore;
- l'autovalutazione della persona interessata.

Questo strumento permette all'operatore di focalizzare i comportamenti problematici del singolo soggetto ed aiutare quest'ultimo ad assumerne consapevolezza, affinché siano poste le premesse per l'intervento riabilitativo.

Per quanto riguarda la metodologia dello sviluppo delle life skills si rimanda al paragrafo 4.2.

L'utilizzo della
check list per
l'assessment e la
verifica dei risultati

2.4 Il profilo di gravità e delle risorse e il sistema di rilevazione

La gravità clinica della persona è determinata dal grado di compromissione del suo stato psico-fisico e sociale e dalla conseguente riduzione della sua competenza sociale.

Nella definizione del progetto riabilitativo, considerare il profilo di gravità consente di definire e di differenziare gli obiettivi da raggiungere, anche in tempi diversi, in base alle condizioni della persona e del suo contesto di riferimento.

Per la valutazione dei profili di gravità, è opportuno l'utilizzo di strumenti standardizzati che aiutino gli operatori ad orientarsi nelle diverse situazioni, a valutare con sistematicità le medesime dimensioni e ad utilizzare uguali criteri di valutazione. Ciò consente di rendere gli elementi della valutazione confrontabili e oggettivabili.

L'importanza di
definire il profilo di
gravità clinica per
l'individuazione
degli obiettivi e dei
tempi

Tra gli strumenti già in uso in alcuni Servizi per le tossicodipendenze, possono essere indicati, ad esempio, il Social Standardized Assessment System (SSAS), (Serpelloni G. et al., 2002) e l'Addiction Severity Index (ASI) (Consoli A. et al., 1995).

Il SSAS è uno strumento ideato, realizzato ed applicato, in Italia, da un gruppo di Assistenti Sociali e finalizzato in modo specifico alla valutazione sociale del soggetto tossicodipenden-

L'uso degli
strumenti
standardizzati

te.

L'ASI è uno strumento ideato negli Stati Uniti ed adattato al contesto italiano ed è finalizzato alla diagnosi multidimensionale del soggetto tossicodipendente.

Poichè il SSAS è uno strumento meno conosciuto dell'ASI, si ritiene utile descriverlo in modo più dettagliato.

2.4.a Il Social Standardized Assessment System (SSAS)

Il SSAS è uno strumento che fornisce una descrizione generale delle condizioni sociali della persona tossicodipendente, rileva la presenza di problemi sociali e ne misura la gravità attraverso degli indicatori prescelti, descritti in tre classi a gravità crescente (con una scala da 1 a 3).

Il SSAS segue un algoritmo logico di indagine che prende in considerazione, in modo sistematico, il contesto socio-ambientale e relazionale del soggetto. La finalità è quella di ottenere una descrizione di base utile per la comprensione dei bisogni e la programmazione degli interventi, oltre che a cogliere (se utilizzato nel tempo) le variazioni di stato.

La struttura del SSAS trova fondamento logico nella valutazione multiassiale del "DSM IV: Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali" dell'*American Psychiatric* (1996). Un sistema multiassiale fornisce un conveniente schema per organizzare e comunicare l'informazione clinica, per cogliere la complessità delle situazioni e per descrivere l'eterogeneità degli individui che si presentano con la stessa diagnosi. In modo particolare, sull'asse IV si riportano i problemi psicosociali ed ambientali che possono influenzare la diagnosi, il trattamento e la prognosi dei disturbi mentali.

Figura 8 - Asse IV DSM IV.

- Problemi con il gruppo di supporto principale
- Problemi legati all'ambiente sociale
- Problemi di istruzione
- Problemi lavorativi
- Problemi abitativi
- Problemi economici
- Problemi di accesso ai servizi sanitari
- Problemi legati all'interazione con il sistema legale/criminalità
- Altri problemi psico-sociali e ambientali

Inoltre, per la costruzione del SSAS si è fatto riferimento ad una batteria di valutazione di soggetti tossicodipendenti proposta dall'*Institute of Behavioral Research della Texas Christian University* (Rounsaville B.J et al., 1993). In tale batteria vengono proposte 14 schede per una valutazione multiassiale del soggetto tossicodipendente. Il SSAS si inquadra, quindi, all'interno di una metodologia clinica per la valutazione diagnostica dei problemi generali del soggetto. Esso è composto delle seguenti tabelle che indagano i principali fattori sociali:

Una valutazione
multiassiale

1. Situazione familiare e tipologia delle relazioni
2. Rete sociale e tipologia delle relazioni
3. Abitazione
4. Tipologia del territorio
5. Lavoro (o scuola) (ambiente e tipo)
6. Reddito disponibile complessivo/mese
7. Presenza di attività sociali (che cosa fa?)
8. Grado di interesse espresso per le attività sociali (che cosa vorrebbe fare?)
9. Rapporti con la comunità religiosa
10. Situazione legale
11. Rete di fornitori di assistenza e tipologia delle relazioni
12. Precedenti programmi terapeutici riferiti
13. Risorse individuali
14. Informazioni sintetiche finali

Le funzioni del SSAS sono quelle di:

1. Eseguire una valutazione standardizzata degli aspetti sociali per aree. Essa comprende le dimensioni che permettono una visione del soggetto sufficientemente ampia e dettagliata.
2. Calcolare un punteggio di gravità per area: lo strumento offre, quindi, un punteggio complessivo che costituisce una misura significativa della condizione del soggetto nelle varie aree.
3. Rappresentare graficamente la situazione della persona. Mediante alcuni grafici, ad alto impatto visivo, è possibile avere un'immediata percezione della gravità della persona.
4. Confrontare la situazione con quella della popolazione residente nel sistema. Ciò consente di avere un riferimento con la popolazione più vicina al singolo soggetto.
5. Eseguire confronti di serie storiche e l'accertamento degli esiti nel tempo. Lo strumento permette di rilevare nel tempo, con i tempi indicati, gli indicatori che più si considerano sensibili per misurare l'outcome.

Le funzioni del SASS

Il SSAS è uno strumento informatizzato ed è disponibile nella Piattaforma Multifunzionale per la gestione dei Servizi per le Tossicodipendenze. La piattaforma multifunzionale è un sistema software per il supporto alla gestione delle Unità Operative sia dal punto di vista clinico che gestionale (Serpelloni G. et al., 2002)

Di seguito a titolo illustrativo vengono presentate alcune schede dello strumento.

Presentazione del SSAS in MFP

Figura 9 - Scheda per valutazione standardizzata degli aspetti sociali della persona tossicodipendente (S.S.A.S.) disponibile sulla piattaforma multifunzionale.

S.S.A.S.
Versione 3.0 - 2007

Sistema per la valutazione standardizzata degli aspetti sociali della persona tossicodipendente

FUNZIONI

- 1) Esegue una valutazione standardizzata degli aspetti sociali per aree
- 2) Calcola un punteggio di gravità per area
- 3) Rappresenta graficamente la situazione della persona
- 4) Confronta la situazione con quella della popolazione residente nel sistema
- 5) Esegue confronti di serie storiche

IDEAZIONE: G. Serpelloni, R. Taioli
ANALISI E SVILUPPO: G. Serpelloni, C. Bettero, E. Ancona
PROGRAMMAZIONE: C. Bettero
REVISIONE CONTENUTISTICA: Staff del SERT 1 VERONA

NUOVO **CONSULTA** **MODIFICA**

Schermata del software MFP- SSAS della situazione familiare

Figura 10 - Scheda per valutazione standardizzata degli aspetti sociali della persona tossicodipendente (S.S.A.S.) relativa alla situazione familiare in cui vengono poste in evidenza le difficoltà rilevate (X) nel nucleo di origine e l'assenza di un nucleo autonomo.

S.S.A.S. - Cliente: AAAB AAABC

T 1: SITUAZIONE FAMILIARE E TIPOLOGIA DELLE RELAZIONI

1. NUCLEO DI ORIGINE	N. Tot. viventi	N. prob. giudiz. (passati / presenti) (**)	N. con uso di droga/alcool	esistenza di relazioni		conflitto e rapp. compromessi		utilità/disponibilità della relazione a fini supportivi (valutazione del soggetto) (*)		
				SI	NO	SI	NO	alta 1	media 2	bassa 3
madre	1	1	0	X		X				X
padre	1		1	X		X				X
fratelli/sorelle	2	0	2	X		X				X
nonni	1	0	0		X		X	X		
TOTALE	5	1	3	valutazione globale del soggetto			soddisf.	media	non soddisf.	
2. NUCLEO AUTONOMO				valutazione globale dell'operatore			soddisf.	media	non soddisf.	
coniuge/conviv.	0	0	0							
figli < 18 anni (***)	0	0	0							
figli > 18 anni	0	0	0							
altri	0	0	0							
TOTALE	0	0	0	valutazione globale del soggetto			soddisf.	media	non soddisf.	
				valutazione globale dell'operatore			soddisf.	media	non soddisf.	

Famiglia Rete soc. 1 Rete soc. 2 Abitazione Territorio Lavoro/scuola Reddito Attività soc. Interessi Religione Sit. legale Fornitori ass. Programmi ter. Risorse **SINTESI FINALE**

Problematicità (0=min, 100=max) rispetto all' osservato

0-10	10-20	20-30	30-40	40-50	50-60	60-70	70-80	80-90	90-100
1	1	1	1	1	1	1	1	1	1

Confronto con TD totali TD ult. anno Pop. non TD

STAMPA **←** **→** **SALVA** **USCITA**

TREND **G** **N**

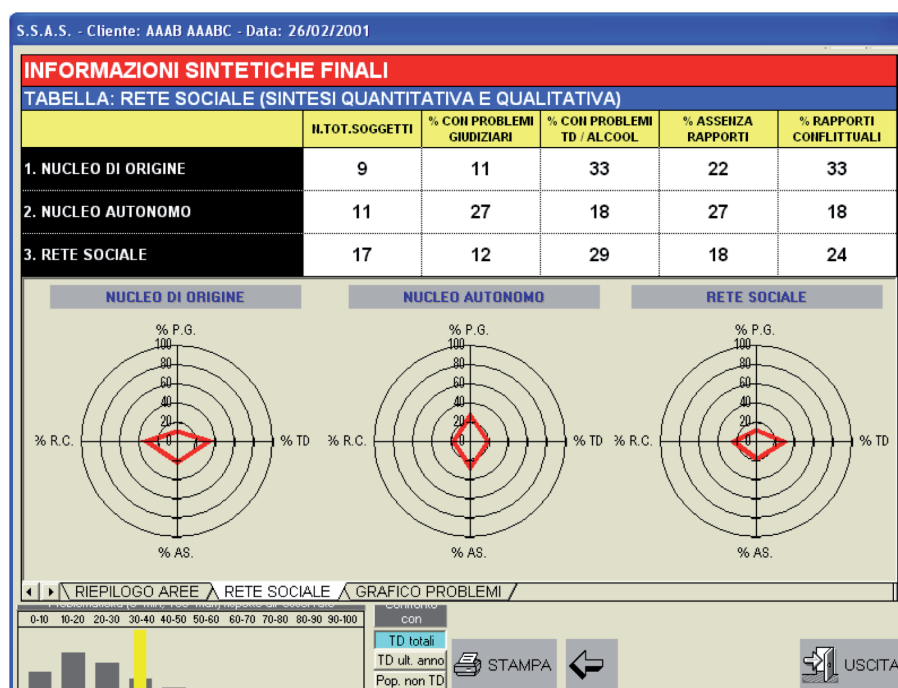
% sogg. con problemi giudiziari

% sogg. con uso droga

ITEM	N°	%
prob. giudiz.	1	20
uso droga	3	60

Figura 11 - Esempio di tabella sintetica finale in cui si evidenzia la supportività della rete sociale, dedotta dalla percentuale di presenza/assenza di persone con problematiche rilevanti e la tipologia delle relazioni.

Schermata del software MFP-SSAS sintesi finale



2.4.b Addiction Severity Index (ASI)

L'ASI è uno strumento sviluppato dal Servizio per il trattamento delle tossicodipendenze dell'Università di Philadelphia in funzione di un progetto di valutazione clinica e adattato ai contesti culturali e operativi italiani (Consoli A. e Bennardo A., 1995).

L'ASI è un'intervista semi-strutturata alla cui base vi è l'idea che la dipendenza debba essere valutata considerando i problemi che possono aver contribuito o essere causati dall'uso di sostanze psicotrope. L'obiettivo dello strumento è quello di pervenire ad un profilo di gravità dei problemi di ciascun soggetto attraverso l'analisi di sei settori specifici:

1. l'abuso di sostanze chimiche;
2. la situazione medica;
3. la situazione psicologica;
4. la situazione legale;
5. le relazioni familiari/sociali;
6. la situazione lavorativa e del sostentamento economico.

La gravità di ciascuno dei sei settori è valutata dall'operatore attraverso l'utilizzo di due tipi di informazione indipendenti: informazione oggettiva e quella soggettiva. Le prime vengono raccolte in modo verificabile a partire da domande oggettive, risultati di test, risultati di laboratorio, esami fisici ed interviste di tipo psicologico, allo scopo di ottenere una rappresentazione reale del numero, della durata e dell'intensità dei sintomi e problematiche del soggetto nel corso della sua vita. Per le informazioni soggettive si richiede all'interessato di valutare, usando una scala a cinque punti, la misura in cui è disturbato da problemi dello specifico settore e l'importanza da lui attribuita ad un possibile trattamento per la soluzione degli stessi. Questa parte soggettiva è concepita anche per misurare l'intensità dei sintomi del problema nel modo in cui vengono percepiti dal soggetto, permettendogli così di partecipare attivamente alla valutazione delle sue necessità di trattamento.

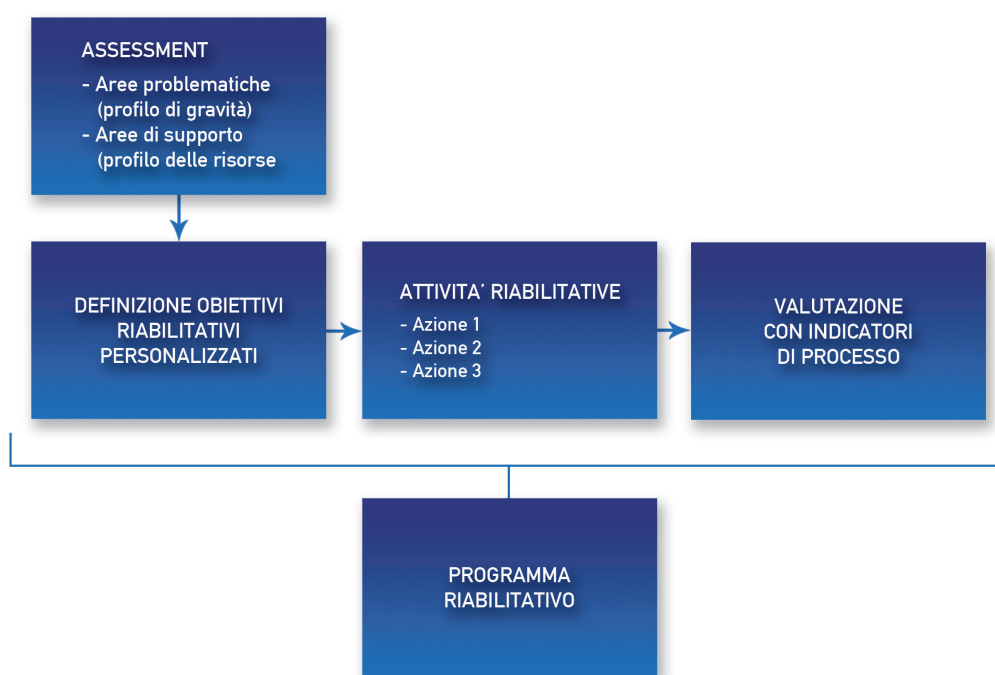
2.5 La formulazione del programma riabilitativo

L'assessment (il bilancio delle risorse, delle competenze, delle motivazioni e dei vincoli individuali e ambientali) permette di individuare il programma di riabilitazione e reinserimento che definisce:

- gli obiettivi che si intendono perseguire;
- le attività che è necessario realizzare;
- la valutazione che si intende effettuare (di processo e di esito).

Il programma è dunque dato dall'insieme delle attività utili a promuovere un cambiamento migliorativo della situazione problematica della persona. In ambito riabilitativo, dette attività si configurano in azioni concrete da realizzarsi, da parte del soggetto, con il supporto degli operatori (Ferrario F., 2004).

Figura 12 - La formulazione del programma riabilitativo.



2.6 La valutazione di processo e di esito

Valutare le
variazioni delle
condizioni sociali
del soggetto

Il progetto di riabilitazione e di reinserimento va monitorato tramite step di valutazione *in progress* e di esito. Tale valutazione è finalizzata a comprendere e quantificare la variazione delle condizioni sociali del soggetto durante e al termine dell'intervento.

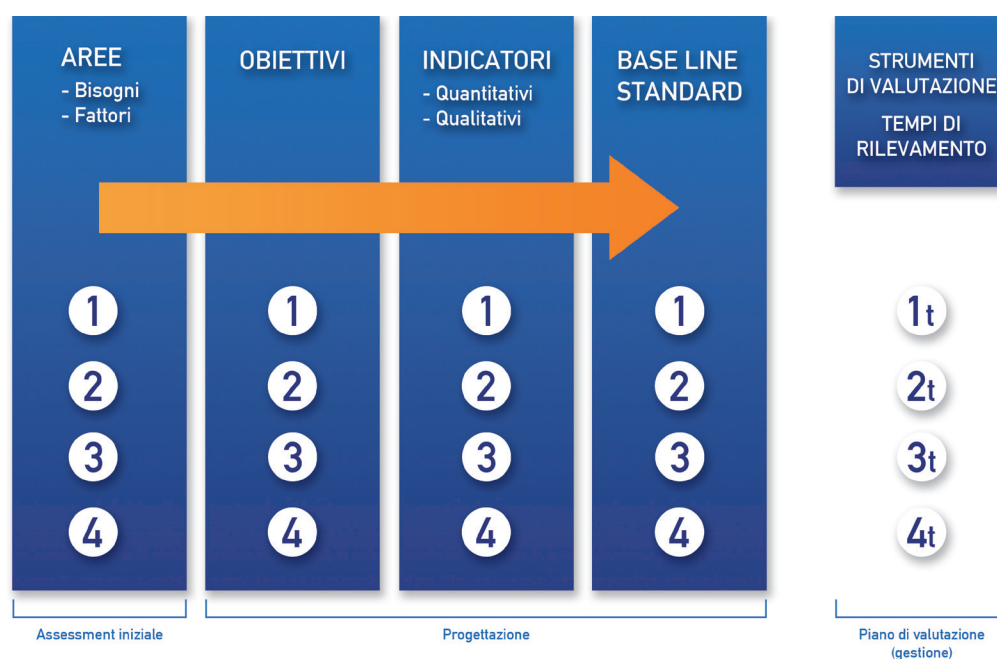
Nella definizione concettuale di esito (*outcome*) vi è la necessità di tracciare anche il quadro generale dei risultati attesi teorici, e contestualmente, di considerare le variazioni ottenute sulla base del livello e delle condizioni cliniche di partenza. Profili clinici molto gravi avranno variazioni diverse, in tempi ed intensità, rispetto a profili meno gravi.

Valutare significa attribuire un giudizio di valore ed implica che siano chiari e condivisi almeno i seguenti elementi (Serpelloni G. et al., 2008):

Gli elementi
indispensabili per
effettuare la
valutazione

1. le aree di valutazione (individuare nell'*assessment*);
2. gli obiettivi specifici: con questo termine si devono intendere i risultati specifici attesi che dovrebbero derivare dalle azioni che si intendono intraprendere. L'obiettivo, per essere valido ai fini progettuali e realizzativi, deve essere:
 - chiaro e sintetico (comprensibile negli intenti e valutabile nella fattibilità);
 - tempificato (strutturato in tempi di realizzazione);
 - collegato ad indicatori validamente rappresentativi per la valutazione dell'outcome;
3. gli indicatori: variabile numerica validamente rappresentativa del fenomeno oggetto di osservazione, utile per prendere decisioni. Questi indicatori dovranno essere, oltre che semplici e condivisi, in stretta correlazione con il fenomeno che rappresentano. Devono, inoltre, essere selezionati in base a due fondamentali parametri e cioè:
 - grado di fattibilità, facile raccolta, utilizzo, elaborazione ed interpretazione;
 - reale utilità di *decision making*;
4. *base line standard*: rappresenta in termini quantitativi il risultato minimo atteso, il valore minimo a cui arrivare per considerare raggiunto l'obiettivo. Ovvero, ciò che l'utente dovrebbe raggiungere in base alle sue capacità, alle risorse esterne e all'intervento eseguito;
5. gli strumenti di misurazione: devono consentire di raccogliere i dati e le informazioni utili per dare un valore agli indicatori identificati, di analizzare i dati e di pervenire ad una valutazione sulla base delle analisi svolte. Si ritiene importante che gli strumenti di rilevazione siano standardizzati, semplici e utilizzati regolarmente dall'operatore. Oltre al rilevamento dei dati oggettivi sulla situazione del soggetto, risulta utile rilevare contemporaneamente sia il giudizio dell'interessato che dell'operatore sulla dimensione oggetto di valutazione;
6. i tempi di valutazione: il processo di valutazione deve avvenire durante tutto l'intervento, misurando periodicamente le stesse variabili già misurate nell'*assessment*. L'intervallo di tempo può essere scelto in funzione alla dimensione di analisi e alle caratteristiche dell'utente, in base alla gravità dei problemi individuati.

Figura 13 - Sequenza del processo di valutazione dell'outcome, considerando tutti gli elementi descritti.



3. Attività di cura e trattamento

Definizione del trattamento della tossicodipendenza: approccio multimodale ed integrato

La cura e il trattamento sono dati dal complesso dei mezzi terapeutici, delle prescrizioni mediche e degli interventi psicologici, educativi e sociali, relativi alla patologia da uso di sostanze stupefacenti e patologie correlate, al fine di perseguire il ripristino di uno stato di salute psico-fisico e relazionale (OMS, 1986; ICF, 2001).

Il trattamento della tossicodipendenza, per la complessità della problematica, è caratterizzato dall'utilizzo di un approccio multimodale ed integrato (Serpelloni G. et al., 1996). Le caratteristiche di tale tipo di approccio vengono di seguito descritte.

3.1 La cura multimodale ed integrata

Multimodale: utilizzo di modi e percorsi diversificati

Per multimodale si intende un approccio che, contemporaneamente, utilizza modi e percorsi terapeutici diversificati, in base alle caratteristiche, al contesto, alla motivazione del soggetto tossicodipendente. La scelta del percorso terapeutico è quindi personalizzata e centrata sui bisogni dell'individuo.

L'approccio multimodale utilizza i supporti farmacologici, psicologici, sociali che consentono:

- il contatto precoce con il soggetto;
- la riduzione dei rischi sanitari e sociali derivanti dall'uso di sostanze stupefacenti;
- la *compliance* terapeutica con il team curante;
- il raggiungimento ed il mantenimento di uno stato di *drug free* e prevenzione delle recidive;
- il miglioramento della qualità di vita;
- l'avvio del percorso di riabilitazione per il reinserimento sociale.

Integrato: utilizzo di supporti e strutture di diversa tipologia

Il trattamento è integrato in quanto prevede, parallelamente, sia l'utilizzo di supporti farmacologici e psicosociali che l'integrazione tra servizi e strutture residenziali e semiresidenziali pubbliche e private (strutture di prima accoglienza, comunità terapeutiche, medici di medicina generale, altri servizi specialistici, servizi sociali territoriali, associazioni di volontariato, ecc.).

L'approccio multimodale ed integrato si colloca all'interno dei modelli teorici olistici che considerano ed affrontano le problematiche della persona nei loro aspetti individuali e sociali, colti nella loro globalità; inoltre, essi spostano l'attenzione dai processi intrapsichici alle dinamiche interattive tra soggetti e mondo circostante. (Maluccio A., 1981)

3.2 La fase di cura in relazione alle attività di riabilitazione e reinserimento

Valutazione dei fattori di mantenimento della tossicodipendenza

Nella valutazione del trattamento da attuare vanno anche considerati i fattori di mantenimento della tossicodipendenza che, di fatto, possono incidere sul trattamento stesso, così come sull'esito del percorso di cura. Detti fattori si differenziano in: fattori neurobiologici, psicologici, sociali, sanitari (Tabella 6).

Tabella 6 - Principali fattori di mantenimento della tossicodipendenza.

FATTORE	SPECIFICHE
Neurobiologici	<ul style="list-style-type: none"> • Effetto gratificante della sostanza stupefacente • Sindrome astinenziale • Craving • Modifica delle strutture cerebrali e della loro regolare funzionalità dopo l'assunzione duratura di sostanze
Sanitari	<ul style="list-style-type: none"> • Malattie croniche (HIV, epatiti, MTS, TBC)
Psicologici	<ul style="list-style-type: none"> • Stati ansioso depressivi • Scarsi meccanismi di adattamento • Scarsa capacità di elaborazione delle frustrazioni • Basso grado di consapevolezza del problema della tossicodipendenza • Bassa percezione del rischio • Scarsa capacità di mantenere nel tempo comportamenti positivi
Sociali	<ul style="list-style-type: none"> • Inserimento nella rete criminale di spaccio • Prostituzione • Disoccupazione • Gruppo sociale di riferimento con prevalenza di tossicodipendenti • Contatto con tossicodipendenti attivi • Carcerazioni • Contesti familiari multiproblematici • Contesto ambientale degradato • Isolamento sociale

Le azioni di cura e trattamento da perseguire devono essere specifiche, coordinate ed integrate tra gli operatori, dirette specificatamente a contrastare e modificare i fattori di mantenimento della tossicodipendenza. Inoltre, laddove è necessario, risulta prioritario risolvere la sindrome astinenziale per far raggiungere al soggetto uno stato di compenso neuropsicologico. Al fine di attivare un trattamento terapeutico-riabilitativo occorre considerare che, per ogni soggetto, l'intervento deve:

- risultare condiviso e accettato;
- ridurre i rischi e i danni presenti nel contesto socio ambientale;
- ridurre il rischio di cristallizzazione sociale nel ruolo di tossicodipendente;
- promuovere l'adesione agli interventi di riabilitazione per il reinserimento sociale e lavorativo;
- rispondere alle caratteristiche individuali emerse in sede di valutazione delle condizioni sanitarie, sociali e psicologiche;
- considerare le risorse socio ambientali presenti o attivabili.

I trattamenti in base alle caratteristiche individuali dei soggetti tossicodipendenti potranno articolarsi in diversi modi in relazione alla necessità, o meno, di un programma residenziale e/o alla necessità di un trattamento farmacologico, con farmaci sostitutivi o antagonisti.

Ne consegue che gli stessi potranno differenziarsi in:

1. trattamenti ambulatoriali (prevalentemente presso i Ser.D. con supporti di tipo psico-sociale):
 - con terapie farmacologiche;
 - senza terapie farmacologiche.
2. trattamenti residenziali (presso le Comunità Terapeutiche pubbliche o private):
 - con terapie farmacologiche;
 - senza terapie farmacologiche.

Gli aspetti da focalizzare nel trattamento terapeutico-riabilitativo

Le tipologie del trattamento

La necessità di un supporto psicologico e sociale sin dall'avvio del trattamento

3. trattamenti semiresidenziali (presso Centri Diurni pubblici o privati):
 - con terapie farmacologiche;
 - senza terapie farmacologiche.

E' opportuno, inoltre, sin dall'inizio del trattamento, proporre un supporto psicologico e sociale, anche qualora il soggetto non abbia ancora maturato la decisione di sospendere l'uso di droghe. Tale supporto può essere:

- aspecifico ed estemporaneo sui problemi contingenti;
- specifico e teso a mantenere la permanenza in trattamento (mantenimento della compliance);
- sui problemi del paziente risolvibili nel medio e lungo termine o con interventi supportivi, orientativi e di aiuto decisionale;
- di sostegno alla famiglia, che dovrà, dove possibile, essere coinvolta, orientata e aiutata durante il trattamento.

L'idea di introdurre, nella fase iniziale, un intervento psico-sociale, contemporaneamente agli interventi sanitari e farmacologici, contribuisce a sviluppare la motivazione del soggetto a sospendere l'uso di droghe e a mantenere l'astensione.

3.3 Dalla fase di cura verso la riabilitazione

La fase della cura e l'avvio contestuale del percorso riabilitativo

L'avvio del trattamento e il conseguente superamento della fase acuta della tossicodipendenza finalizzata all'interruzione dell'uso delle sostanze, permette di:

- prevenire, monitorare e curare le patologie correlate;
- stabilizzare il comportamento *drug free*;
- sostenere la motivazione al trattamento sanitario e orientare al percorso riabilitativo.

E' a questo punto che l'avvio di interventi riabilitativi assume un particolare significato, anche per il rinforzo della motivazione al cambiamento e nell'orientamento al reinserimento sociale. Al fine di formulare strategie praticabili di riabilitazione, l'operatore deve valutare la possibilità reale di raggiungere gli obiettivi prefissati, prevedendo offerte terapeutiche coerenti con le condizioni psico-fisiche, le aspettative e le motivazioni al cambiamento del soggetto.

Le attività di riabilitazione, pertanto, potranno iniziare con il superamento della fase attiva di tossicodipendenza e si articoleranno considerando la diversa tipologia di trattamento. Questo per ribadire che i diversi trattamenti di cura non ostano con l'avvio contestuale del percorso di riabilitazione e reinserimento.

4. Attività di riabilitazione sociale

Il concetto di funzionalità in ambito sociale

Il concetto di riabilitazione sociale si è sviluppato, nel tempo e nelle pratiche dei servizi, per lo più in ambito socio-sanitario. Mutuato dalle scienze mediche, esso rimanda ad un concetto di funzionalità fisica e/o psichica momentaneamente compromessa o perduta in seguito ad un evento patologico o traumatico (Dal Pra Ponticelli M., 2005).

In ambito sociale, invece, la nozione di funzionalità assume un duplice significato:

1. di abilità della persona nelle relazioni con gli altri ad adottare comportamenti e competenze congrue con i propri obiettivi e valori;
2. di equilibrio tra la persona ed il proprio mondo vitale, nelle aree che ne definiscono i contesti sociali (famiglia, abitazione, lavoro, relazioni sociali).

Una persona, nel suo percorso di vita, per molteplici ragioni, può sperimentare situazioni di disagio e di rottura dei legami sociali (a causa di separazioni, disoccupazione, indebitamento, carcerazione, ecc.), che possono comportare gravi conseguenze dal punto di vista sociale.

La perdita di risorse e di stabilità determina, inoltre, un forte condizionamento della percezione soggettiva che la persona ha sia degli eventi che delle proprie capacità di fronteggiarli. Le persone con problemi di dipendenza da sostanze, per tale motivo, spesso soffrono di una maggiore vulnerabilità sociale rispetto alla popolazione in generale (sono maggiormente esposte alla rottura di legami familiari, a problemi giudiziari ed economici, ecc.).

Pertanto, per affrontare il problema della tossicodipendenza nella sua globalità, è necessario porre una particolare attenzione ai fattori correlati all'uso di droghe che espongono l'individuo alla perdita delle proprie abilità di vita. Ne consegue che le attività di riabilitazione dovranno riguardare sia l'individuo che il suo contesto, attraverso un progetto individuale finalizzato al ripristino e allo sviluppo delle capacità e dell'equilibrio dinamico della persona con l'ambiente.

Tossico-
dipendenza:
perdita di risorse
e maggiore
vulnerabilità
sociale

4.1 Progetto di riabilitazione

Come già precedentemente delineato, nell'*assessment* iniziale viene definito il profilo di gravità del soggetto nelle diverse aree, sia per quanto concerne la necessità di attivazione ed implementazione di risorse, sia per quanto riguarda le *skills* presenti/assenti e da sviluppare. Dopo la valutazione si predispongono un programma riabilitativo in cui vengono definiti gli obiettivi da raggiungere e le azioni da intraprendere. La scelta degli obiettivi da raggiungere dipenderà, logicamente, anche dalla gravità del problema e dalla priorità assegnata agli interventi necessari.

Tutto ciò potrà orientare l'azione degli operatori in aree che, sebbene solitamente considerate nella pratica professionale, non vengono sufficientemente focalizzate e valutate.

Spesso infatti, gli operatori che si occupano di riabilitazione tendono a centrare l'attenzione, e quindi le azioni, nell'area lavorativa predisponendo risorse e strumenti finalizzati al solo inserimento lavorativo. Tale focalizzazione può comportare una insufficiente attenzione alle *life skills* delle diverse dimensioni della vita sociale, che nel loro insieme risultano essere determinanti per il raggiungimento di un globale reinserimento sociale.

Dall'*assessment* al
progetto riabilitativo

4.2 Il progetto per lo sviluppo, il recupero ed il mantenimento delle Life Skills

Nel modello proposto, le abilità utili per il raggiungimento dell'autonomia della persona, si riferiscono alle diverse dimensioni del comportamento, della salute psico-fisica, delle emozioni e relazioni, della formazione e lavoro. Per ciascuna di esse, già durante il trattamento, si possono sviluppare training specifici nella logica del processo continuativo ed incrementale, integrato con la cura ambulatoriale o residenziale (Tabella 7). I *training* possono essere attivati sia presso i Ser.D. che presso le C.T. e consistono in corsi di formazione per il recupero e consolidamento di specifiche abilità sociali.

Training



Il metodo dello sviluppo delle skills attivo ed esperienziale

Per l'apprendimento delle *life skills* si utilizza un metodo di tipo attivo ed esperienziale. Il presupposto teorico alla base dell'insegnamento delle *life skills* è la Teoria dell'Apprendimento Sociale, elaborata da Bandura (1977). L'autore sostiene che l'apprendimento avviene attraverso la strutturazione e la trasformazione dell'esperienza: l'apprendimento attivo, l'esperienza diretta, il confronto e la riflessione condivisa, facilitano l'integrazione degli aspetti cognitivi ed emotivi e pongono le basi per un percorso di cambiamento.

L'apprendimento secondo il principio della difficoltà crescente

L'apprendimento va considerato come cumulativo e deve seguire il principio della difficoltà crescente (Barbieri et al., 2006). Ciò significa che vanno dapprima affrontati i problemi più semplici e successivamente quelli più complessi. Questo tipo di approccio di tipo incrementale, che sta alla base del modello proposto, permette alla persona di acquisire sempre maggior fiducia nelle proprie capacità.

Attivazione di specifici training

I *training* sono focalizzati su problemi legati alle esperienze concrete dei partecipanti, piuttosto che su eventi impersonali e cercano di favorire l'acquisizione di nuove strategie, piuttosto che la sola risoluzione del problema (Barbieri et al., 2008).

In allegato si riportano alcuni esempi tratti dalla letteratura relativi a specifici *training* quali il *decision making* (Allegato 4) e il *problem solving* (Allegato 5).

Il tirocinio formativo

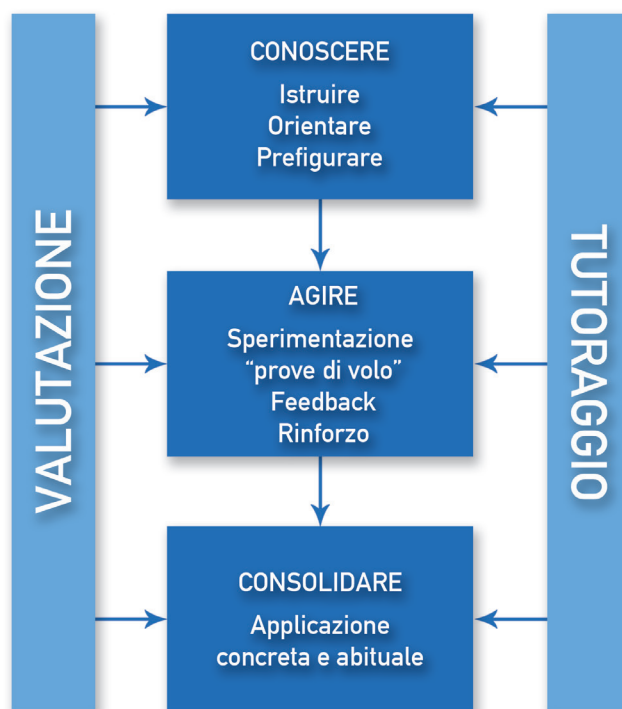
L'attività di *training* si coniuga bene anche con l'utilizzo dello strumento del tirocinio formativo in ambito lavorativo. La persona infatti, può sperimentarsi attraverso lo svolgimento di compiti specifici e usufruire dell'accompagnamento di un *tutor*, in grado di fornire supporto e aiuto per la rielaborazione dell'esperienza e l'acquisizione di competenze. Il tirocinio permette alla persona di formarsi in un reale contesto lavorativo, più o meno complesso, a seconda che si tratti dell'inserimento in una cooperativa sociale piuttosto che in una azienda. Questo aspetto verrà successivamente approfondito nell'affrontare il tema specifico dell'inserimento lavorativo.

Nell'organizzazione di training, l'OMS raccomanda di prevedere una valutazione dell'apprendimento dei contenuti proposti

Tabella 7 - Scheda standard per la stesura di un programma di recupero delle life skills.

SKILL	START				PROGRAMMA DI ATTIVITA'				MONITORAGGIO E VALUTAZIONE			
	Severity index				Buono	Sufficiente	Insufficiente	Pessimo	Controllo 1	Controllo 2	Controllo 3	Controllo 4
1. SALUTE PSICO-FISICA												
Mobilità												
Adottare stili di vita sani												
Possedere abilità cognitive di base												
Saper riconoscere e saper evitare il rischio												
2. COMPORTAMENTO												
Rispettare le norme e le regole												
Saper comunicare efficacemente												
Gestione del quotidiano												
Gestione del tempo libero												
Capacità di "prendersi cura di altri"												
Saper comportarsi nel rispetto dei valori etici												
Rispettare le norme e le regole												
3. EMOZIONI E RELAZIONI												
Saper relazionare con gli altri												
Gestione delle emozioni												
Resistenza alle pressioni/manipolazioni												
4. FORMAZIONE E LAVORO												
Saper lavorare												
Saper apprendere												

Figura 14 - Il percorso di apprendimento delle skills.



4.3 Fase di apprendimento e di sperimentazione delle skills ("prove di volo a complessità crescente")

Azioni e strumenti differenziati in relazione al contesto dell'intervento

In questa fase si inizia a lavorare per l'acquisizione e lo sviluppo delle abilità, carenti o assenti, individuate e scelte nell'assessment. L'individuazione delle azioni e degli strumenti da utilizzare si differenziano a seconda del contesto in cui si attua l'intervento riabilitativo: l'attività di gruppo è più facilmente realizzabile in comunità terapeutica, mentre l'intervento individuale e familiare viene attuato più frequentemente nei trattamenti ambulatoriali. Ciò che non cambia è la finalità da raggiungere: facilitare l'apprendimento attraverso la proposta di una attività pratica che aiuti il soggetto a sperimentare ciò che intende affrontare. Alcuni studi hanno osservato che i miglioramenti vengono conservati nel tempo quando il soggetto ha l'opportunità di praticare nell'ambiente di vita le abilità apprese e di ricevere rinforzi positivi (Mueser et al., 1995).

Lo schema del percorso dell'apprendimento

Si tratta, quindi, di attuare un percorso che può essere tradotto, schematicamente, nei seguenti passaggi (Figura 14):

- Conoscere (istruire, orientare, prefigurare);
- Agire (mettere in pratica, *feedback* e rinforzo esaminando il compimento dell'azione e riflettendo sull'esito della stessa);
- Consolidare (applicazione concreta e abituale delle *skills*);
- Valutare l'apprendimento.

Nel primo passaggio è rilevante l'apporto dell'operatore (e/o del gruppo) nel fornire alla persona le informazioni utili a:

Conoscere

- acquisire la capacità di orientarsi per raggiungere il risultato in modo efficace;
- prefigurarsi la situazione che potrà profilarsi, per aiutarlo a sviluppare adeguate strategie di *coping*. Per *coping* (dall'inglese *to cope*) si intende l'insieme dei processi cognitivi e delle attività pratiche utilizzate dalla persona per "fronteggiare" un evento vissuto come particolarmente impegnativo, cercando di risolvere il problema o di limitarne eventuali conseguenze negative. Il *coping* diretto a fronteggiare l'evento sul piano pratico è tutt'altro che automatico. Infatti, nelle situazioni stressanti, è necessario mettere in gioco le capacità razionali di analizzare la situazione, programmare e pianificare azioni e relazioni, cercare i mezzi adeguati ai suoi scopi.

Nel secondo passaggio è prioritaria l'azione della persona che, ancora in un contesto guidato, affronta con gradualità l'obiettivo scelto, in base alla difficoltà che è in grado di sostenere in quel momento. E' estremamente importante che le persone abbiano la possibilità di sperimentarsi con successo, in modo da aiutarle ad uscire dal circolo vizioso della impotenza appresa; cioè da quella condizione di apprendimento fallimentare, in cui hanno introiettato l'incapacità di controllare (impotenza) ciò che accade loro in alcune situazioni (Seligman, 1996). Diviene strategico pertanto concordare obiettivi specifici e realizzabili in modo da valorizzare i punti di forza che le persone possiedono.

Agire

L'operatore e la persona (individualmente e/o in gruppo) valutano l'esperienza effettuata, si confrontano sulla eventuale difficoltà, sulle correzioni da apportare e sugli aspetti positivi dell'esperienza che fungono, contemporaneamente, da rinforzo e da presupposto per individuare gli obiettivi a complessità crescente.

Pertanto, l'accento è posto sull'azione e sulla riflessione della sperimentazione effettuata, mentre gli strumenti per attuare gli specifici apprendimenti sulle *life skills* saranno individuati dagli operatori, in base alla tipologia di utente, al contesto e all'organizzazione in cui operano.

Nel terzo passaggio si tratta di estendere gli apprendimenti acquisiti nella vita quotidiana affinché l'applicazione delle *skills* divenga via via concreta ed abituale. Trattandosi di una fase particolarmente critica, in quanto presuppone l'assunzione di una maggiore autonomia da parte del soggetto ed un ruolo dell'operatore gradualmente sempre più periferico, verrà approfondita nel paragrafo successivo.

Consolidare

Nel quarto ed ultimo passaggio è necessario prevedere la valutazione dell'apprendimento, dei contenuti proposti e soprattutto del cambiamento che è stato realizzato dai partecipanti, a seguito dell'esperienza formativa.

Valutare
l'apprendimento

Per poter valutare occorre:

- aver stabilito gli obiettivi in modo preciso, realistico e misurabile nei termini di cambiamento ritenuti auspicabili;
- scegliere o costruire gli strumenti adatti a misurare se il cambiamento auspicato è stato raggiunto e in quale misura.

Figura 15 - Suggerimenti per l'organizzazione del training di gruppo.



Suggerimenti per l'organizzazione di training di gruppo

Alcuni accorgimenti che si ritiene utile considerare nell'organizzazione di *training* di gruppo sulle abilità possono essere indicati come segue (Figura 15):

1. composizione del gruppo: che sia il più possibile omogeneo per quanto riguarda il profilo di gravità e la tipologia di programma (residenziale o ambulatoriale) dei partecipanti;
2. numero dei partecipanti: idealmente 6-10 persone, in modo da dare a tutti la possibilità di mettersi in gioco e partecipare attivamente;
3. durata del *training*: deve essere definita in partenza, strutturata con incontri settimanali, per dare alle persone l'opportunità di esercitarsi nelle abilità insegnate e consolidare gli apprendimenti nel tempo;
4. *setting*: è bene che il gruppo si incontri in un ambiente confortevole, che i partecipanti si dispongano in circolo, in modo che ciascuno possa vedere gli altri. Alcuni strumenti e strategie utilizzabili possono essere: un registro delle presenze, una lavagna, una sintesi stesa successivamente ad ogni incontro in merito a ciò che è avvenuto precedentemente, una modalità interattiva e partecipativa e regole di gruppo concordate (es. non fumare durante le sessioni, non dare giudizi, parlare uno alla volta, ecc.).

I *training* di gruppo possono essere proposti sia per ciascuna delle *life skills* indicate dall'OMS, sia per ogni altra abilità che l'operatore ritenga utile introdurre nel percorso riabilitativo del soggetto tossicodipendente.

4.4 Consolidamento delle skills

Training a lungo termine ed esercizi pratici ripetuti

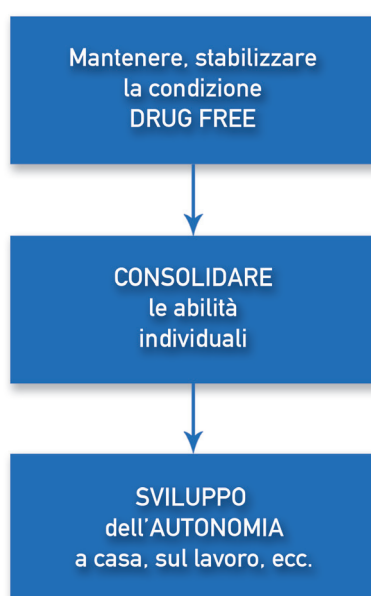
Il consolidamento delle *life skills* avviene con la sperimentazione delle stesse nel contesto naturale di vita: se ripetutamente "praticate", esse aumentano le probabilità che vengano interiorizzate e che si "automatizzino" nel comportamento. La constatazione, da parte della persona, di riuscire ad affrontare nuove situazioni e padroneggiare situazioni stressanti è un fattore importante per il rinforzo dei ruoli sociali e per lo sviluppo di consapevolezza sulle

proprie capacità (Benton et al., 1990). Studi sul tema (Ericsson e Charness, 1994) hanno sottolineato l'utilità di *training* a lungo termine ed esercizi pratici ripetuti, per raggiungere una performance stabile e corretta delle abilità.

Il consolidamento delle *skills* rappresenta una fase particolarmente critica in quanto, mantenere le abilità apprese e trasferirle nel proprio ambiente di vita, mette alla prova il soggetto che deve sperimentarsi ed orientarsi in prima persona, senza l'uso di sostanze stupefacenti. In questa fase, l'apporto dell'operatore è ancora rilevante in quanto il passaggio da una situazione "protetta" ad una situazione "reale" possa esporre a rischio di ricaduta, per l'imprevedibilità di quanto la nuova situazione può presentare e per l'instabilità degli apprendimenti, ancora in fase di consolidamento.

I rischi del passaggio da un contesto protetto ad una situazione reale

Figura 16 - Strategie utili per prevenire le ricadute.



In sintesi le strategie che possono risultare efficaci nel sostenere le sperimentazioni e prevenire le ricadute possono consistere nel (Figura 16):

- creare una rete di canali di accesso privilegiato alle agenzie territoriali, utili al reinserimento, per facilitare il primo contatto (enti di edilizia popolare, ufficio di collocamento, cooperative di lavoro, informagiovani, associazioni sportive e per il tempo libero, ecc.);
- offrire nell'ambiente sociale di appartenenza occasioni di sperimentazione delle abilità apprese (preparare un curriculum, aprire un conto in banca, sostenere un colloquio di lavoro, organizzare attività di tempo libero, cercare una abitazione adeguata, gestire il proprio reddito, ecc.);
- ricevere appropriati rinforzi: il successo dell'espletamento dei compiti assegnati e realizzati permette alla persona di sperimentarsi in compiti sempre più complessi ed in maggiore autonomia. Si è ancora in una fase in cui è importante sostenere la motivazione della persona nella sperimentazione di nuove situazioni, affrontando le paure e le incertezze, oltre che l'esito dell'azione stessa. Si potrebbe dire che avviare e attuare il processo di sperimentazione è da considerarsi di per sé un buon risultato. La relazione

Strategie utili per prevenire le ricadute

significativa con l'operatore permette di veicolare il rinforzo rispetto ai compiti conclusi con successo e far assumere la consapevolezza sulle capacità di compiere azioni che possano modificare il proprio modo di vivere;

- sperimentare ripetutamente le abilità in diverse condizioni di vita quotidiana: la ripetizione delle azioni, il tempo necessario alla sperimentazione e la riflessione guidata sulle stesse, favorisce il raggiungimento di una performance stabile sulle abilità e la generalizzazione degli apprendimenti, utili anche in contesti diversi.

Utilità di training
"in contesti esterni"
per i soggetti
in comunità
terapeutica

Si ritiene utile attuare tali strategie anche in Comunità Terapeutica, residenziale e/o semi residenziale, dove tradizionalmente il reinserimento rappresenta la fase conclusiva del programma. In questa ultima fase, è utile porre una particolare attenzione non solo alle *skills* di tipo socio relazionale, ma anche e soprattutto alle abilità e competenze connesse al mondo del lavoro.

Per il consolidamento di tali competenze, è importante ribadire l'utilità della pratica in un contesto esterno alla Comunità: l'utente deve uscire dalla struttura con un programma preciso di attività da svolgere per poter "fare pratica di quanto appreso", al di fuori della comunità, nei contesti di vita reale.

4.5 Tutoring, sostegno sociale e accompagnamento

L'importanza della
presenza di un tutor
per veicolare
e rinforzare
l'apprendimento

Si sottolinea l'importanza strategica del tutoring nei processi riabilitativi. Questa condizione di supporto costante è in grado di assicurare la buona riuscita degli interventi e, in caso di ricaduta, una precoce ripresa del processo. Durante il percorso di riabilitazione, è necessario quindi assicurare alla persona un sostegno sociale ed educativo, finalizzato ad aiutarla a fronteggiare positivamente le difficoltà.

Un supporto utile può essere fornito da un operatore che, assumendo la funzione di tutor, assolve i seguenti compiti:

- di accompagnamento;
- di sostegno alla motivazione;
- di rinforzo degli apprendimenti sperimentati dal soggetto.

Pertanto, il tutor partecipa direttamente all'apprendimento delle abilità ed è presente negli ambienti frequentati dall'utente. La relazione con l'operatore, quindi, diviene uno strumento indispensabile, utile a veicolare gli elementi significativi per il perseguimento dell'apprendimento delle *skills* e delle regole sociali.

5. Attività di reinserimento sociale

5.1 Il reinserimento sociale

Le attività di reinserimento sociale sono indirizzate ad aiutare la persona a realizzare il proprio progetto di vita, senza l'uso di sostanze stupefacenti, mettendo in pratica, nella vita quotidiana, le competenze acquisite o recuperate, innescando un processo graduale di autonomizzazione. La possibilità per un individuo di raggiungere un benessere e di realizzare il tipo di vita desiderato, dipende dalle risorse e dalle dotazioni iniziali di cui egli dispone, ma anche dalle capacità personali di utilizzare le risorse adeguatamente, convertendole in modo ottimale (Meo A., 2005).

La dimensione
individuale e
sociale come
focus delle attività
di reinserimento

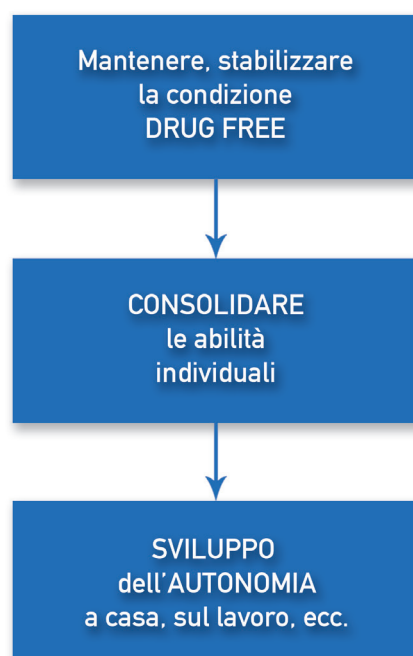
Possiamo pertanto identificare come finalità del programma di reinserimento i seguenti obiettivi (Figura 17):

- mantenere e stabilizzare lo stato di *drug free*;
- consolidare le abilità e le competenze individuali e relazionali della persona (Tabella 3);
- realizzare una serie di condizioni concrete (casa, lavoro, ecc.), che possano garantire nel tempo lo sviluppo ed il mantenimento dell'autonomia.

La finalità del
programma di
reinserimento

E' una fase in cui l'operatore aiuta la persona ad orientarsi, focalizzando gli interventi nelle dimensioni che necessitano ancora di specifica attenzione, nei tempi dettati dalle possibilità e risorse del soggetto e dell'ambiente.

Figura 17 - Finalità del programma di reinserimento sociale.



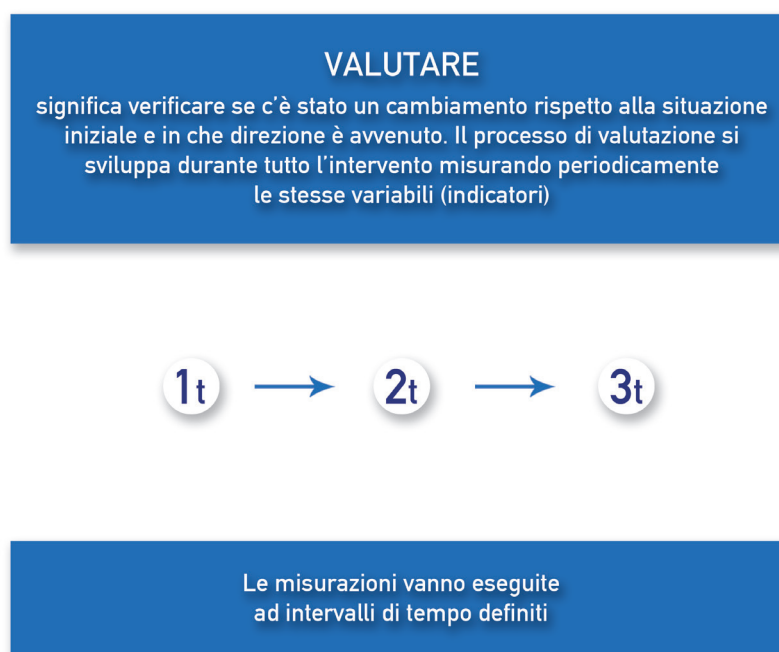
5.2 Metodi ed indicatori su cui centrare le attività di reinserimento

Metodi, indicatori,
base-line results

A livello concettuale e metodologico, il programma di reinserimento sociale considera le dimensioni dell'area individuale e relazionale già descritte, e per ciascuna ne definisce le finalità, i metodi e gli indicatori di valutazione.

A livello del singolo soggetto, in relazione all'assessment ed alle attività di riabilitazione effettuate, si attueranno le azioni specifiche per l'implementazione del reinserimento. In questo modo è possibile attuare il programma individuale in modo finalizzato monitorandone costantemente il processo (Figura 18).

Figura 18 - Valutare i cambiamenti del soggetto e i risultati ottenuti.



A titolo esemplificativo, per orientare gli operatori nelle attività di reinserimento, per ogni dimensione vengono descritti nelle seguenti tabelle i metodi, gli indicatori e i *base-line results* (risultati minimi attesi) necessari per la valutazione sia *in progress* che di esito.

Tabella 8 - Dimensione abitativa.

Dimensioni	Finalità	Valutazione		Metodi
		Indicatori	Base line results	
Abitativa	Usufruire in maniera stabile di un alloggio adeguato, provvedendo regolarmente alle spese	N. mesi vissuti in un'abitazione idonea, in rapporto al N. mesi teorici attesi	= 1(100%)	Mediazione Orientamento Informazioni
		N. mesi vissuti in continuità abitativa, in rapporto al N. mesi teorici attesi	>6 mesi	Collaborazione con agenzie del territorio (pubblico e privato sociale)
		% di assolverenza utenze (luce / acqua / gas) / N. totale teorico dovuto	100%	Collegamento con enti locali (edilizia popolare)
		Soddisfazione Personale (scala 1 a 10)	>6	
		Valutazione globale dell'operatore (scala 1 a 10)	>6	

Tabella 9 - Dimensione scolastica-formativa.

Dimensioni	Finalità	Valutazione		Metodi
		Indicatori	Base line results	
Scolastica Formativa	Acquisire una formazione scolastica di base e/o competenze professionali e tecniche	Grado scolastico	Media inferiore	Orientamento, invio: scuole serali, progetti per recupero scolastico Informazioni, consulenze 150 ore Collaborazione Fondo Sociale Europeo
		N. gg. Assenza in rapporto al N. gg. Teorici di presenza	< ¼ della frequenza attesa	
		N. ripetenze	0	
		N. esami sostenuti annui in rapporto al N. esami da sostenere	80 %	
		N. frequentazione corsi di aggiornamento o professionali	1 annuo	
		Soddisfazione personale (scala 1 a 10)	>6	
		Valutazione globale dell'operatore (scala 1 a 10)	>6	

Tabella 10 - Dimensione lavorativa ed economica.

Dimensioni	Finalità	Valutazione		Metodi
		Indicatori	Base line results	
Lavorativa ed economica	Svolgere un'attività lavorativa stabile, adeguatamente remunerata, con capacità di mantenimento della stessa	N. giornate lavorate in rapporto al N. gg. da lavorare	98 %	Orientamento / guida / consulenza
		Reddito lavorativo in rapporto ai mesi di riferimento	100 %	Coinvolgimento in programmi per l'addestramento al lavoro
		N. assenze ingiustificate	0	Collaborazione Sil
		N. cambiamenti lavorativi	< 1 cambio di lavoro annuo	Collaborazione Agenzie territoriali per il collocamento
		N. gg. Tirocinio in rapporto al N. gg. previsti attesi	90 %	Progetti Specifici con fondi Nazionali, Regionali ecc
		% di scostamento tra stipendio e quanto previsto CNL	= a CNL (100%)	
		Soddisfazione personale (scala 1 a 10)	> 6	
		Valutazione globale dell'operatore (scala 1 a 10)	> 6	

Tabella 11 - Dimensione legale.

Dimensioni	Finalità	Valutazione		Metodi
		Indicatori	Base line results	
Legale	Promuovere un comportamento di rispetto/adesione alle regole e norme giuridiche e ad affrontare responsabilmente gli eventuali problemi legali	N. Presenza attività illegali - criminose	0	Monitoraggio, supervisione, consulenza per aumentare le informazioni sulla propria posizione giuridica e per l'adesione alle regole e norme giuridiche
		N. violazioni		
		prescrizioni misure alternative	0	
		N. denunce	0	
		N. arresti	0	
		N. segnalazioni NOT	0	
		N. multe /sanz. ammin		
		Tempo di carcerazione	0	
		Soddisfazione personale (scala 1 a 10)	0	
		Valutazione globale dell'operatore (scala 1 a 10)	>6	
			>6	

Tabella 12 - Dimensione relazionale.

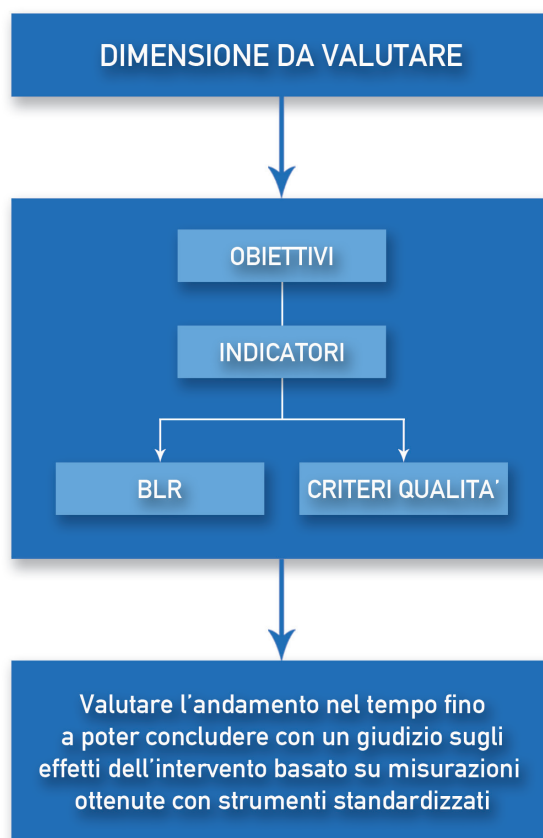
Dimensioni	Finalità	Valutazione		Metodi
		Indicatori	Base line results	
Relazionale (Rete primaria e secondaria)	Attivare e mantenere relazioni soddisfacenti con: 1) il contesto familiare e sociale di riferimento 2) i fornitori di assistenza (es: medico, avvocato, dentista, ecc.)	N. eventi di rilevante conflittualità familiare in rapporto al tempo considerato	0	Lavoro di rete e consulenza per facilitare la partecipazione alle relazioni familiari e di coppia, alle relazioni sociali informali (amici, vicini, ecc.) e formali (lavoro, ecc.) Gruppi educazione abilità sociali (Life Skill)
		N. amici non TD con cui è in contatto (rete amicale)	>4	
		N. amici con problemi di TD frequentati in rapporto al N. tot. amici	< 5%	
		N. di relazioni valide instaurate con fornitori di assistenza		
		N. familiari con cui è in contatto (se viventi)	100%	
		N. mesi durata relazione di coppia	2	
		N colleghi lavoro con rapporti soddisfacenti		
		Soddisfazione personale delle relazioni (scala 1 a 10)	> 6 mesi > 1/3 dei colleghi	
		Valutazione globale dell'operatore (scala 1 a 10)	>6	
			>6	

Tabella 13 - Dimensione dello stato di salute psico-fisico.

Dimensioni	Finalità	Valutazione		Metodi
		Indicatori	Base line results	
Stato di salute psico-fisico	Sviluppare un atteggiamento responsabile per la cura della propria salute	% aderenza ai controlli sanitari prescritti	> 80%	Sensibilizzazione salute/corpo
		% aderenza terapia	> 80%	Conoscenza rete di servizi
		Uso di sostanze:		
		• Legali	0	
		• Illegali	0	
		N. Ricadute (re-instaurazione di uno stato di dipendenza)	< 1 anno	
		N. gg. durata ricaduta		
		Grado di autonomia funzionale (indice di Karnosky)	< 10 gg in rapporto all'anno	
		Soddisfazione personale sulle condizioni relativamente a:	100 (equivale a massima autonomia)	
		• Uso di sostanze		
		• Autonomia		
		• Funzionalità generale (scala 1 a 10)	> 6	
		Valutazione globale dell'operatore (scala 1 a 10)	> 6	
			> 6	
			> 6	

5.3 Valutazione in progress e finale (di esito) ed indicatori di reinserimento sociale

Figura 19 - La valutazione in progress e di esito del programma di reinserimento.



Schema riassuntivo
degli indicatori di
valutazione

Al fine di monitorare le attività di reinserimento, nel suo insieme, è possibile raggruppare in un unico schema riassuntivo gli indicatori principali individuati per ogni dimensione considerata. Ciò permette di effettuare un monitoraggio, a cadenza prestabilita, utile a verificare il raggiungimento degli obiettivi e l'andamento del programma del singolo soggetto.

A tal proposito, a titolo esemplificativo, è possibile utilizzare la Tabella 14 in cui si riportano per ciascun indicatore:

- la rilevazione iniziale (PRE);
- le variazioni rilevate nella fase temporale di osservazione (3 - 6 - 9 -12 mesi);
- il riferimento al *Base Line Result* (BLR), ovvero il valore minimo da raggiungere per considerare realizzato l'obiettivo.

Tabella 14 - Schema di sintesi degli indicatori di valutazione.

INDICATORE	PRE	3m	6m	9m	12m	BLR
Dimensione Abitativa						
N. mesi vissuti in abitazione idonea / N. mesi teorici attesi						= 1
Dimensione Scolastica Formativa						
Grado scolastico						Media inferiore
Dimensione economica e lavorativa						
N. gg lavorati / N. gg. da lavorare						98%
Reddito lavorativo / mese						100%
Dimensione Legale						
N. presenza attività illegali - criminose						0
Dimensione Relazionale (Rete primaria e secondaria)						
N. eventi di rilevante conflittualità familiare / tempo						0
N. amici non TD con cui è in contatto (rete amicale)						> 4
N. amici TD frequentati / N. tot. amici						< 5 %
N. di relazioni valide instaurate con fornitori di assistenza						100 %
Stato di salute psico-fisica						
% aderenza controlli sanitari prescritti						> 80 %
% aderenza terapia						> 80 %
Uso di sostanze legali						0
Uso di sostanze illegali						0

Si riporta un esempio inerente l'applicazione dello strumento su un caso in carico ad un Servizio per le tossicodipendenze (Tabella 15).

Il Signor Moreno ha 21 anni ed è seguito, da un anno, presso il Ser.D.. All'*intake* presenta uso di eroina, cocaina, cannabis, alcol e risulta positivo al virus dell'epatite C. Il Sig. Moreno si trova in esecuzione di una misura alternativa alla detenzione per un reato commesso da minore (spaccio di sostanze stupefacenti).

Terzogenito, vive nella famiglia d'origine ed è disoccupato. Il progetto terapeutico consiste inizialmente in una terapia farmacologica e, dopo un breve periodo in comunità terapeutica, prosegue con un programma ambulatoriale di tipo psico-sociale.

Nella tabella vengono indicati i valori rilevati nell'*assessment* e la loro evoluzione nel periodo di osservazione effettuata durante la fase del reinserimento. Si può così facilmente evincere il cambiamento positivo avvenuto nelle diverse dimensioni considerate, rapportandolo con i BLR precedentemente stabiliti.

Tabella 15 - Esempio di applicazione degli indicatori di valutazione nella tabella di sintesi.

INDICATORE	PRE	3m	6m	9m	12m	BLR
Dimensione Abitativa						
N. mesi vissuti in abitazione idonea / N. mesi teorici attesi	1	3/3= 1	3/3= 1	3/3= 1		= 1
Dimensione Scolastica Formativa						
Grado scolastico	Media inferiore	-	-	-		Media inferiore
Dimensione economica e lavorativa						
N. gg lavorati / N. gg. da lavorare	0	100%	100%	100%		98 %
Reddito lavorativo / mese	0	100%	100%	100%		100 %
Dimensione Legale						
N. presenza attività illegali - criminose	1	0	0	0		0
Dimensione Relazionale (Rete primaria e secondaria)						
N. eventi di rilevante conflittualità familiare / tempo	15	2	0	0		0
N. amici non TD con cui è in contatto (rete amicale)	0	3	3	4		> 4
N. amici TD frequentati / N. tot. amici	100%	5%	0	0		< 5 %
N. di relazioni valide instaurate con fornitori di assistenza	0	100%	100%	100%		100 %
Stato di salute psico-fisica						
% aderenza controlli sanitari prescritti	0	100%	100%	100%		> 80 %
% aderenza terapia	0	-	-	-		> 80 %
Uso di sostanze legali	Sì	0	0	0		0
Uso di sostanze illegali	Sì	0	0	0		0

6. Reinserimento lavorativo

Il reinserimento lavorativo rappresenta una parte fondamentale ed integrante della riabilitazione sociale, costituisce la base per poter mettere la persona nella condizione di potersi assicurare un reddito e di costruire la propria autonomia e prospettiva di vita realmente integrata (Mancini et al., 1999).

La storia, che accompagna le persone tossicodipendenti, indica come l'esordio precoce del consumo di droghe/alcol sia il motivo del mancato completamento degli studi e dell'insufficiente apprendimento di mestieri. Anche l'assunzione di droghe in ambito lavorativo può causare perdita di abilità e del lavoro stesso. Tutto ciò a causa della polarizzazione degli interessi del tossicodipendente sulle sostanze, che va erodendo le competenze già apprese o l'interesse all'apprendimento.

Il reinserimento lavorativo come asse portante del reinserimento sociale

6.1 Programma di reinserimento lavorativo

Il programma di reinserimento lavorativo prevede la definizione di un percorso riabilitativo, che faciliti l'acquisizione e il rafforzamento di abilità e di competenze finalizzate ad un adeguato inserimento nel mondo del lavoro.

L'analisi della motivazione, della disponibilità e delle caratteristiche psico-fisiche del soggetto orientano gli operatori nell'attuare una scelta tra un percorso formativo in un contesto occupazionale (attraverso tirocini) o un percorso lavorativo vero e proprio. Oltre a ciò, nel predisporre il progetto individuale, l'operatore deve valutare le caratteristiche del contesto occupazionale e individuare le metodologie e gli strumenti da adottare.

Anche le attività inerenti l'ambito lavorativo devono essere supportate e valorizzate mediante l'utilizzo di tutors individuali e/o di gruppo, che siano in grado di instaurare una relazione fiduciaria/educativa, significativa, con le persone tossicodipendenti. Tali attività di sostegno e di orientamento sono da considerarsi inversamente proporzionali alle capacità raggiunte dal soggetto, in quanto finalizzate a promuoverne l'autonomia.

Nel reinserimento lavorativo vanno considerate le caratteristiche del soggetto e del contesto occupazionale

6.1.a Le caratteristiche dei contesti occupazionali idonei

Si ritiene utile che i contesti occupazionali, indicati per la finalità del reinserimento lavorativo, presentino le seguenti caratteristiche (Marabini C., 2000):

1. un contesto lavorativo organizzato, strutturato, ben programmato, dove le condizioni di lavoro (compresa la regolare retribuzione) siano assicurate secondo standard professionali e di sicurezza;
2. un ambiente di lavoro disponibile ed idoneo, sia da un punto di vista organizzativo che relazionale, ad accogliere soggetti tossicodipendenti in fase di riabilitazione;
3. l'organizzazione degli orari e delle attività lavorative possibilmente compatibili con le necessità di supporto specifiche della persona accolta;
4. delle attività rispondenti alle attitudini, alle competenze professionali, alle capacità psico-fisiche della persona, in riferimento ad un progetto individuale di reinserimento, precedentemente individuato e definito.

Le caratteristiche dei contesti lavorativi idonei al reinserimento

6.1.b I destinatari degli interventi

I diversi target considerati nel reinserimento lavorativo

L'esperienza maturata in questi anni nella pratica professionale ha evidenziato che possono essere individuati alcuni target diversificati a cui associare specifici percorsi di reinserimento, adattabili e personalizzabili in base alle caratteristiche dell'individuo.

Gli interventi devono infatti considerare il grado di autonomia, le potenzialità relazionali (sia in ambito lavorativo che sociale), le competenze professionali e la capacità di tenuta nel tempo del programma dei soggetti in trattamento (Olivetti Manoukian F., 2004). In riferimento a quanto detto, possono essere individuate almeno 4 macro-tipologie di destinatari dell'intervento:

Soggetti con buone capacità

Tipo A: soggetti con buona capacità produttiva e congruità comportamentale inseribili in un ambito lavorativo normale, ma che abbisognano di un sostegno finalizzato al loro pieno inserimento lavorativo.

Soggetti che necessitano di osservazione

Tipo B: soggetti che necessitano di osservazione e di valutazione sul piano dell'autonomia, della socializzazione, e della relazione in un contesto lavorativo. L'obiettivo è quello di definire un percorso idoneo e adeguato di integrazione lavorativa. Detti inserimenti potranno trovare più facilmente realizzazione nelle Cooperative Sociali di tipo B (Legge 381/91) o comunque in organizzazioni con esperienza specifica di aiuto/sostegno a persone con problemi di dipendenza da sostanze. La definizione del percorso potrà esitare in un inserimento finalizzato all'acquisizione di capacità utili per un avviamento graduale al lavoro ordinario. Queste persone sono assistite sia presso i Ser.D. che presso le Comunità Terapeutiche, con o senza terapia farmacologia.

Soggetti con basso grado di autonomia

Tipo C: soggetti in trattamento/riabilitazione con basso grado di autonomia e scarse potenzialità relazionali, in cui l'inserimento lavorativo è inizialmente possibile solo se in ambiente "protetto". Il percorso di inserimento dovrà essere graduale, sostenuto e monitorato costantemente attraverso l'attività del tutor in stretta collaborazione con gli operatori del Ser.D. o della Comunità Terapeutica di riferimento.

Soggetti con insufficiente capacità lavorativa-produttiva

Tipo D: soggetti in trattamento/riabilitazione la cui capacità lavorativa-produttiva residua sia tale da non permettere un inserimento lavorativo con sbocco occupazionale. Queste persone, che molto spesso presentano importanti problemi anche sul piano psichico, devono comunque avere acquisito una sufficiente congruità comportamentale, adeguata all'ambiente socio-lavorativo. L'obiettivo è mantenere il soggetto in un ambiente stimolante che lo impegni nello svolgimento di semplici attività, utili alla struttura, e che favoriscano il recupero e il mantenimento di uno stato di benessere psico-fisico. E' chiaro che, per queste persone, l'intervento primario è quello della cura della dipendenza, la creazione di una base motivazionale al cambiamento, con possibilità di brevi percorsi di formazione professionale che potrebbero fungere da stimolo ad intraprendere percorsi più complessi. Per le persone in trattamento farmacologico sarà necessario garantire la stabilizzazione delle terapie, il monitoraggio con accertamenti tossicologici, ed un programma di gestione delle eventuali recidive.

6.1.c La metodologia dell'intervento

Per quanto riguarda le attività finalizzate al reinserimento lavorativo, è necessario attivare interventi sinergici con le risorse territoriali (pubbliche e del privato sociale) per facilitare l'in-

serimento di soggetti svantaggiati nei contesti lavorativi. L'attività di conoscenza del territorio diviene pertanto strategica per sensibilizzare nuovi contesti lavorativi e favorire l'incontro domanda/offerta, al fine di incrementare le opportunità occupazionali (Olivetti Manoukian F., 2000).

Se alcuni soggetti, con maggiori capacità e risorse familiari e sociali, possono avvalersi della propria rete di riferimento per un graduale reinserimento sociale, per altri sono necessari strumenti e risorse specificatamente indirizzate al loro reinserimento. Si tratta infatti di quei soggetti che, presentando compromissioni dal punto di vista psichico e sociale, necessitano di progetti individuali riabilitativi molto gradualisti e di durata, a volte, difficilmente prevedibile. Per ognuna delle macro-tipologie dei destinatari dell'intervento, sarà pertanto utile individuare: l'obiettivo, la metodologia di intervento e i tempi dell'intervento stesso.

Tipo A: soggetti con buona capacità produttiva e congruità comportamentale.

Soggetti con buone
capacità

Sono generalmente soggetti che stanno completando positivamente il progetto terapeutico ambulatoriale o residenziale, con buone risorse personali e che necessitano di un sostegno per ridurre il rischio di una eventuale ricaduta all'uso di droghe. In questa fase, il lavoro assume un'importanza rilevante in quanto favorisce il passaggio verso l'autonomia, l'assunzione di un ruolo, la stabilizzazione dell'identità. Possono essere anche persone in regime di esecuzione di una misura alternativa alla detenzione, per le quali il progetto riabilitativo viene concordato con l'Ufficio di Esecuzione Penale Esterna (UEPE) del Ministero della Giustizia.

Obiettivo

L'obiettivo dell'intervento sarà duplice. Da un lato si vogliono sviluppare abilità finalizzate alla ricerca autonoma ed attiva del posto di lavoro e al mantenimento dello stesso; dall'altro, si intende facilitare l'assunzione da parte di aziende/cooperative, anche previo un periodo di tirocinio.

Metodologia

Si realizza attraverso strumenti di supporto alla ricerca attiva del posto di lavoro, di mediazione al collocamento o di osservazione e di orientamento tramite un tirocinio con finalità formative in ambiente lavorativo. Nel caso di tirocinio formativo, è necessario prevedere un contributo economico al tirocinante e degli incentivi all'assunzione, in presenza di alcuni requisiti specifici, anche a favore delle Cooperative Sociali/ Aziende.

Tempi

Il progetto di intervento dura per un periodo di tempo che va da un mese ad un massimo di 6 mesi, con la possibilità di proroghe se finalizzate alla facilitazione dell'assunzione da parte dell'Azienda/Cooperativa.

Tipo B: soggetti che necessitano di osservazione e di valutazione sul piano dell'autonomia, della socializzazione, e della relazione in un contesto lavorativo.

Soggetti che
necessitano di
osservazione

Nella maggioranza dei casi sono persone seguite dal Ser.D., anche in fase iniziale del percorso terapeutico ambulatoriale, con una buona *compliance* al progetto terapeutico, se pur con alto rischio di ricaduta nell'uso di sostanze stupefacenti e psicotrope. Tali soggetti, in questa fase del programma, necessitano di terapie farmacologiche e di un sostegno psi-

cosociale continuativo, o possono trovarsi in Comunità Terapeutica ed incontrare difficoltà nella fase del reinserimento. Può trattarsi di soggetti che non hanno mai lavorato o che da molti anni hanno interrotto ogni attività lavorativa.

Obiettivo

L'obiettivo dell'intervento sarà quello di aiutare la persona a sperimentarsi "in situazione" lavorativa sia nelle relazioni con altre persone non tossicodipendenti, sia nel rispetto delle regole, degli impegni, di iniziali piccole responsabilità, dei ritmi di lavoro, delle proprie abilità e competenze.

Metodologia

Si realizza mediante strumenti di formazione in situazione, mediante un tirocinio di osservazione, in Associazioni o Cooperative Sociali. Attraverso il tirocinio, si verificano la capacità e le difficoltà del soggetto di inserirsi proficuamente nel nuovo contesto. Il progetto prevede l'utilizzo di un tutor con compiti di facilitatore dell'apprendimento e di mediazione tra il soggetto, la cooperativa e l'equipe dell'Unità Operativa referente. Al soggetto è importante che venga corrisposto un contributo economico calcolato sulle ore di presenza effettive. Alla Cooperativa Sociale/Associazione, per l'attività di addestramento può essere corrisposto un contributo giornaliero in base alle effettive presenze del tirocinante.

Tempi

Il progetto di intervento dura per un periodo di tempo che va da 3 mesi a 6 mesi, prorogabili al massimo di ulteriori 6 mesi qualora ne sia valutata l'utilità.

Soggetti con basso grado di autonomia

Tipo C: soggetti in trattamento/riabilitazione con basso grado di autonomia e scarse abilità relazionali, anche con invalidità civile per patologie psico-fisiche, ma con parziale capacità lavorativa (iscritti nelle liste di cui all'art 8 L. n. 68/99).

Obiettivo

Aiutare la persona ad apprendere norme e comportamenti richiesti dal mondo del lavoro e ad apprendere abilità lavorative trasversali e specifiche.

Metodologia

Realizzazione di tirocini formativi (L. 196/97 e DM 142/98) in contesti occupazionali. Gli utenti impegnati in tirocinio ricevono un contributo. Qualora il tirocinio sia finalizzato all'assunzione dei soggetti iscritti alle liste previste dalla L. 68/99, ciò avviene in stretta collaborazione con il Servizio Collocamento Mirato della Provincia.

Tempi

La durata dell'intervento è calcolata in relazione alla finalità del progetto e alle caratteristiche dell'utente, e non supererà i 12 mesi. Per i soggetti con invalidità accertata, che nel corso del progetto di reinserimento, pur dimostrando adesione agli obiettivi, non conseguano sufficienti capacità lavorative necessarie per aspirare ad un'assunzione, è prevista l'attivazione di percorsi di inserimento sociale in contesto lavorativo che vengono successivamente descritti (Soggetti Tipo D).

Tipo D: soggetti in trattamento/riabilitazione con invalidità civile per gravi patologie psichiche e disabilità accertata la cui capacità lavorativa-produttiva residua sia tale da non permettere un immediato inserimento lavorativo con sbocco occupazionale.

Soggetti con
insufficiente
capacità lavorativa-
produttiva

Obiettivo

Favorire l'integrazione sociale consentendo la permanenza in ambiente occupazionale di persone che pur presentando una marcata riduzione della capacità lavorativa, possiedono comunque sufficiente autonomia e congruità comportamentale. La permanenza in un contesto idoneo permette loro di potenziare le capacità residue. L'inserimento rappresenta in questi casi un importante strumento socio-riabilitativo alternativo e/o integrativo ad altri interventi di carattere assistenziale (prestazioni economiche, inserimenti in strutture protette, assistenza domiciliare).

Metodologia

La logica dell'inserimento sociale in contesto lavorativo è quella di attivare un tirocinio socializzante in un ambiente lavorativo idoneo, in grado di offrire ruoli sociali attivi, adeguati alle esigenze e alle capacità della persona. Può essere utilizzato anche come "continuità assistenziale" per quegli utenti inseriti per molto tempo in strutture residenziali, onde creare un collegamento tra strutture assistenziali e percorsi di inclusione sociale e lavorativa. Gli utenti impegnati negli inserimenti sociali ricevono un contributo economico. Tale erogazione può rivelarsi cruciale per garantire un'adeguata motivazione alla frequenza degli inserimenti.

Tempi

E' preferibile prevedere come durata massima di questo progetto di intervento un anno, eventualmente rinnovabile, finché sussistono le condizioni che motivano l'intervento stesso.

6.1.d Attività specifiche per il reinserimento lavorativo

Considerando il percorso di reinserimento lavorativo, è utile sottolineare la specificità di alcune attività di orientamento e di ricollocazione lavorativa, quali:

- la ricerca attiva: sono quelle attività (sia di gruppo che di consulenza individuale) di supporto all'utente, utili a facilitare l'orientamento e l'accesso al mondo del lavoro; possono riguardare, ad esempio, la stesura del proprio curriculum, la predisposizione e la presentazione della domanda di lavoro, il colloquio di lavoro, ecc.
- il tirocinio formativo e di orientamento: è uno strumento previsto dalla legge n. 196/97 che permette alla persona:
 - di entrare in un ambiente di lavoro;
 - di mettersi alla prova;
 - di acquisire, attraverso l'esperienza pratica, competenze e capacità professionali utili per un avviamento al lavoro graduale;
 - di acquisire capacità relazionali attuando collaborazioni e comportamenti adeguati al contesto lavorativo;
 - di orientare o verificare le sue scelte professionali.

Ricerca attiva

Tirocinio formativo e
di orientamento

Parallelamente, l'azienda è in grado di conoscere potenziali collaboratori da inserire nel proprio organico e di formarli in modo specifico secondo le proprie esigenze. Il servizio inviante

può valutare le potenzialità della persona sul piano della autonomia, della socializzazione e della relazione. Il rapporto che si costituisce tra la persona e l'azienda non è un rapporto di lavoro subordinato ed i costi (eventuale rimborso spese, copertura assicurativa INAIL e RCT) sono a carico del soggetto promotore. Il tirocinio è garantito da una convenzione tra il soggetto promotore e l'azienda e dalla presenza del tutor, come prescritto dalla legge n. 196/97;

Tutoraggio

- il tutoraggio: l'operatore, che assume funzioni di tutor, segue la persona nell'ambito del progetto individualizzato sostenendone la motivazione e l'adesione al programma. Svolge inoltre funzioni di mediazione tra il soggetto inviante, l'interessato e l'azienda ospitante. Egli lavora anche come facilitatore o attivatore della rete sociale del soggetto. E' necessario che l'operatore possieda una formazione specifica sia nell'ambito delle tossicodipendenze, sia del mondo del lavoro;

Formazione professionale

- la formazione professionale: consiste nei corsi di formazione che possono essere organizzati sia dall'Ufficio di Formazione Professionale della Provincia che da altri Enti accreditati, e che generalmente prevedono anche stages formativi in ambito lavorativo;

Corsi di abilità socio-lavorativa

- i corsi di abilità socio-lavorativa: trattasi di una formazione specifica finalizzata a potenziare le *life skills* utili a fornire al soggetto strumenti e modalità per un adeguato inserimento lavorativo (come può essere ad esempio l'attivazione di un "laboratorio pre-lavorativo" finalizzato all'apprendimento della capacità di rispettare gli orari, di muoversi autonomamente, di affrontare le difficoltà relazionali, ecc.)

Auto-imprenditorialità

- il sostegno all'auto-imprenditorialità: è l'aiuto alla realizzazione di nuove attività lavorative mediante l'utilizzo di finanziamenti agevolati che sostengano le risorse personali (attitudini e propensioni) e dell'organizzazione (Cooperativa, Azienda, ecc.)

6.1.e Gli strumenti operativi per l'attivazione e valutazione dell'attività lavorativa

Strumenti specifici per l'attivazione e valutazione dell'inserimento lavorativo

Nell'ambito della logica valutativa, vanno individuati gli strumenti specifici che permettono di monitorare l'intervento dalla sua attivazione alla verifica dei risultati raggiunti in ambito lavorativo. Gli strumenti si riferiscono sia al singolo soggetto sia all'unità produttiva interessata.

Per quanto attiene il singolo soggetto, gli strumenti per l'attivazione, valutazione e monitoraggio dell'attività occupazionale sono finalizzati:

- alla valutazione dei requisiti e delle caratteristiche della persona per la scelta e la programmazione del percorso di formazione professionale, del supporto psico-educativo e della tipologia delle attività lavorative;
- alla accettazione del progetto di inserimento lavorativo;
- alla stipula della convenzione con l'azienda ospitante;
- alla condivisione e formalizzazione del progetto formativo e di orientamento;
- al monitoraggio e valutazione dell'attività lavorativa.

Per quanto attiene all'unità produttiva, gli strumenti sono finalizzati alla conoscenza della stessa relativamente:

- alle caratteristiche generali dell'azienda;
- all'analisi della specifica mansione lavorativa individuata per lo svolgimento del tirocinio.

L'analisi degli strumenti

A titolo esemplificativo si ritiene utile presentare alcuni strumenti che possono essere utilizzati per le finalità sopra descritte, con le opportune contestualizzazioni.

Scheda di segnalazione (Allegato n.6)

La scheda è strutturata come di seguito descritto:

Inviante: nella prima parte della scheda vengono indicati l'Unità Operativa segnalante e gli operatori di riferimento.

Utente: tra i dati riportati sono quelli anagrafici, del curriculum scolastico, la formazione professionale, la situazione giuridica, lo stato occupazionale e informazioni riguardanti eventuali invalidità già riconosciute o richieste.

Particolare importanza viene riservata alla situazione attuale di presa in carico con la descrizione degli interventi attivati e l'eventuale coinvolgimento nel progetto riabilitativo di altri servizi. Viene inoltre riportata la valutazione di alcune specifiche abilità dell'utente e della sua autonomia sociale, oltre alle informazioni sanitarie utili per l'inserimento lavorativo. Quando il soggetto si trovi in Comunità Terapeutica, la scheda va integrata con le valutazioni e le indicazioni da parte della comunità stessa.

Scheda di presa in carico (Allegato n.7)

E' una scheda utile a guidare il colloquio di approfondimento che si effettua successivamente all'acquisizione delle informazioni contenute nella scheda di segnalazione. Tale approfondimento è svolto dall'operatore referente del progetto di inserimento lavorativo che seguirà tutto il percorso del soggetto.

L'analisi e la valutazione dei dati raccolti (inerenti la storia scolastica, formativa, professionale, occupazionale e del quadro clinico) è finalizzata a far emerge il profilo dell'utente che orienterà l'operatore nella ricerca dell'attività lavorativa.

Accettazione del progetto di inserimento lavorativo (Allegato n.8)

Si tratta della sottoscrizione da parte del tirocinante delle condizioni previste, ovvero di essere a conoscenza che il tirocinio non costituisce rapporto di lavoro, di essere informato dei propri diritti nella sfera della riservatezza personale, di essere a conoscenza dei tempi relativi all'erogazione del contributo economico, di impegnarsi a comunicare tempestivamente qualsiasi variazione della propria situazione.

Convenzione (Allegato n.9)

I tirocini sono svolti sulla base di apposite convenzioni stipulate tra i soggetti promotori e i datori di lavoro pubblici e privati, come da facsimile allegato al Decreto del Ministero del Lavoro 25 Marzo 1998 n.142. Alla convenzione, che può riguardare anche più tirocini, deve essere allegato il progetto formativo di orientamento. La comunicazione dell'avvio del tirocinio, con il riferimento alla convenzione e al progetto formativo, deve essere inviata da parte dell'ente promotore: alla Regione, alla Direzione Provinciale del Lavoro e alle Rappresentanze Sindacali.

Progetto formativo e di orientamento (Allegato n.10)

Il Progetto formativo e di orientamento viene sottoscritto dalle parti (tirocinante, cooperativa/azienda, servizio inviante/Ser.D.), nel quale sono definiti: gli obiettivi e le modalità di svolgimento del tirocinio, i nominativi del tutor incaricato dal soggetto promotore e dal responsabile aziendale, gli estremi identificativi delle assicurazioni contro gli infortuni sul lavoro e per la responsabilità civile da stipulare a cura del soggetto promotore, la durata ed il periodo di svolgimento del tirocinio, la sede del tirocinio ed i tempi di accesso ai locali aziendali.

Scheda di valutazione attività lavorativa (Allegato n.11)

Trattasi di una valutazione sull'andamento dell'attività lavorativa svolta, che avviene tramite un giudizio globale espresso dal tirocinante, dal tutor e dal referente dell'unità produttiva (utilizzando un punteggio da 0 a 10). Il giudizio globale avviene dopo aver considerato gli specifici item riportati nella scheda.

Scheda controllo orario (Allegato n.12)

E' una scheda per la registrazione giornaliera della presenza oraria, corrispondente all'attività lavorativa svolta. Tale strumento assume funzione di controllo per verificare la presenza dell'interessato e per la copertura assicurativa riguardante gli infortuni sul lavoro e la responsabilità civile.

Scheda di rilevazione delle caratteristiche della cooperativa/struttura aziendale (Allegato n.13)

La scheda riporta per ciascuna cooperativa/azienda contattata: le caratteristiche generali, l'organigramma, il settore delle attività, la tipologia delle persone svantaggiate presenti e la programmazione dell'attività giornaliera. Queste informazioni permettono di effettuare una mappatura delle risorse attivabili, la tipologia delle stesse e rilevare la disponibilità alla collaborazione per l'attivazione di tirocini.

Scheda per l'analisi della mansione lavorativa (Allegato n.14)

Una volta individuata la struttura disponibile ad attivare una collaborazione, viene effettuata l'analisi della mansione che potrà essere ricoperta dal tirocinante. La scheda riporta: l'area funzionale, i requisiti fisici e le altre caratteristiche richieste dalla mansione.

E' opportuno anche ricordare che la valutazione dell'inserimento lavorativo non può prescindere dalla valutazione generale del progetto di reinserimento sociale, secondo lo schema temporale definito (Tabella 13), attraverso il rilevamento di indicatori standardizzati già precedentemente descritti.

7. Autonomizzazione della persona

Il programma incrementale di riabilitazione e di reinserimento sociale è finalizzato al raggiungimento dell'autonomia della persona, e si concretizza nella fase in cui il soggetto raggiunge un'autonomia nella gestione del proprio progetto di vita e un consolidato stato drug free.

Tale autonomia, che potrà essere più o meno completa a seconda delle caratteristiche personali del soggetto e del suo contesto, può rappresentare pertanto sia un obiettivo del programma incrementale che un indicatore di esito del raggiungimento degli obiettivi di reinserimento.

Fase conclusiva
del programma
incrementale

Autonomo può essere considerato colui che è in grado di operare (capacità di funzionare) e di sussistere (capacità economica), autoregolandosi.

Autonomia, infatti, deriva dal greco e significa "darsi delle regole, impegnarsi, auto-svincolarsi" intendendo con ciò la capacità di adottare un comportamento volontario e libero ma "funzionale", cioè finalizzato agli interessi e agli obiettivi che la persona si pone.

L'autonomia, termine spesso utilizzato come sinonimo di indipendenza, non si colloca pertanto in spazi vuoti di regole e di confini. Infatti, la capacità di autonomia è associata alla capacità della persona di riconoscere le norme e di porsi delle regole per un adeguato funzionamento personale e sociale (Demetrio D., 1996).

Significato di
autonomia

L'autonomia, quindi, non si identifica nella sola conquista dell'autosufficienza, ma comporta aver svolto un percorso di crescita ed acquisizione di competenze, quali la consapevolezza di sé, delle proprie capacità e dei propri limiti, la capacità di agire ma anche di riconoscere l'esigenza ed il supporto che altri possono dare, la libertà di movimento ma anche l'osservanza delle regole ed il rispetto dei diritti delle altre persone, e da ultimo la capacità di riconoscere l'esistenza di valori universali e di obblighi etici.

Autonomia come
acquisizione di
competenze

Il processo di autonomizzazione può pertanto essere concepito come un percorso di scoperta delle proprie capacità di auto-regolamentarsi, cioè della capacità di organizzare i propri comportamenti e le proprie scelte con riferimento a se stessi e agli altri.

In questo percorso risulta fondamentale raggiungere livelli di indipendenza nei seguenti ambiti (Folgheraiter F., 2004):

1. dell'autosufficienza, intesa come cura di sé, che comprende:
 - l'igiene e la cura personale
 - la cura dell'ambito domestico

Cura di sé

- la sicurezza personale
- la gestione delle malattie
- la gestione della propria attività lavorativa ed economica
- la gestione delle proprie relazioni

Sviluppo di proprie
potenzialità ed
interessi

2. della realizzazione del proprio progetto di vita, inteso come valorizzazione delle proprie potenzialità e sviluppo dei propri interessi, che comprende:
 - l'assunzione di iniziative
 - il perseguimento di interessi e orientamenti per la propria vita
 - la pratica di attività sociali, culturali, sportive, ricreative

Assunzione di
responsabilità
sociali

3. della responsabilità personale di cura e dell'interesse sociale verso altri e verso l'ambiente esterno, che comprende:
 - l'assunzione della cura e di assistenza di propri familiari (figli, genitori anziani)
 - l'interesse generale verso le altre persone e l'ambiente sociale (attività di volontariato).

L'autonomia nella
prospettiva
dell'empowerment

In tale ottica si può parlare di accrescimento personale e sociale dell'individuo facendo riferimento anche alla raggiunta fiducia delle proprie capacità, idea questa che viene meglio compresa nel concetto di "*empowerment*" (Dallago L., 2006).

Con il termine inglese "*empowerment*", infatti, si intende: "sentire di avere potere" o "sentire di essere in grado di fare", e fa riferimento sia ad una dimensione psicologica (senso di padronanza e di controllo raggiunto dalla persona) che ad una dimensione sociale (risorse ed opportunità presenti nell'ambiente in cui la persona vive) (Barnes M. et al, 2003; Folgheraiter, 2004).

Si può pertanto affermare che il processo di autonomia riguarda la possibilità e/o la capacità di "avere potere" inteso come presenza ed acquisizione di:

- capacità
- risorse
- motivazioni
- diritti
- supporti

L'assenza di questi aspetti, o la loro non acquisizione, può far supporre che sussistano ancora situazioni di rischio e che pertanto il processo di autonomizzazione non sia ancora completato.

Organizzazione di Rete (OR)

Oltre al progetto riabilitativo di reinserimento individuale, risulta indispensabile l'attivazione di interventi di rete finalizzati alla promozione di un sistema integrato di risposte pubbliche e private, che favoriscano il reinserimento delle persone con problemi di tossicodipendenza. Tale sistema è basato in primis sul supporto e sulla messa in rete di quelle organizzazioni (associazioni, cooperative sociali, imprese, comunità, ecc.) in grado di produrre beni e servizi e di collocarsi nel mercato del lavoro. Queste organizzazioni potranno accogliere persone tossicodipendenti in riabilitazione, al fine di agevolare il loro reinserimento lavorativo e contemporaneamente produrre un reddito per finanziare in tutto, o in parte, le organizzazioni stesse.

Per realizzare queste attività è utile coinvolgere anche le amministrazioni pubbliche territoriali al fine di poter ottenere affidamenti di commesse lavorative agevolate e attivazioni di nuove collaborazioni di organizzazioni presenti sul territorio di competenza.

Inoltre, risulta importante incrementare la potenzialità di reinserimento lavorativo nelle aziende ordinarie attraverso un coordinamento tra i servizi pubblici competenti in materia di integrazione lavorativa (ad esempio i Servizi di Integrazione Lavorativa delle Aziende ULSS), l'Amministrazione Provinciale e le Associazioni degli imprenditori.

Un sistema
integrato di risposte
pubbliche e private

1. Il Gruppo di Coordinamento Territoriale per il reinserimento (GTR)

Si ritiene pertanto necessario coinvolgere ed attivare in ogni realtà locale un gruppo di coordinamento territoriale per il reinserimento - GTR - che dovrebbe presentare al proprio interno una doppia componente:

Unità produttive

Vengono così definite tutte quelle organizzazioni del servizio pubblico o del privato sociale (Ser.D. dotati di unità organizzative finalizzate al reinserimento socio-lavorativo, servizi per l'integrazione lavorativa, comunità terapeutiche con specifici programmi e attività di reinserimento, cooperative sociali con analoghe attività, ecc.), in grado di attivare e sostenere percorsi di reinserimento sociale e lavorativo con persone tossicodipendenti.

E' opportuno che tali unità produttive siano fortemente orientate al lavoro d'impresa sociale (con regolare retribuzione delle persone impiegate) e alla produzione di beni o servizi da poter collocare sul mercato, al fine di poter creare un reddito parziale o totale a copertura dei costi aziendali. Queste unità produttive, a seconda delle organizzazioni territoriali esistenti e già funzionanti, possono anche avere componenti miste pubblico-privato sociale, che ope-

Unità produttive

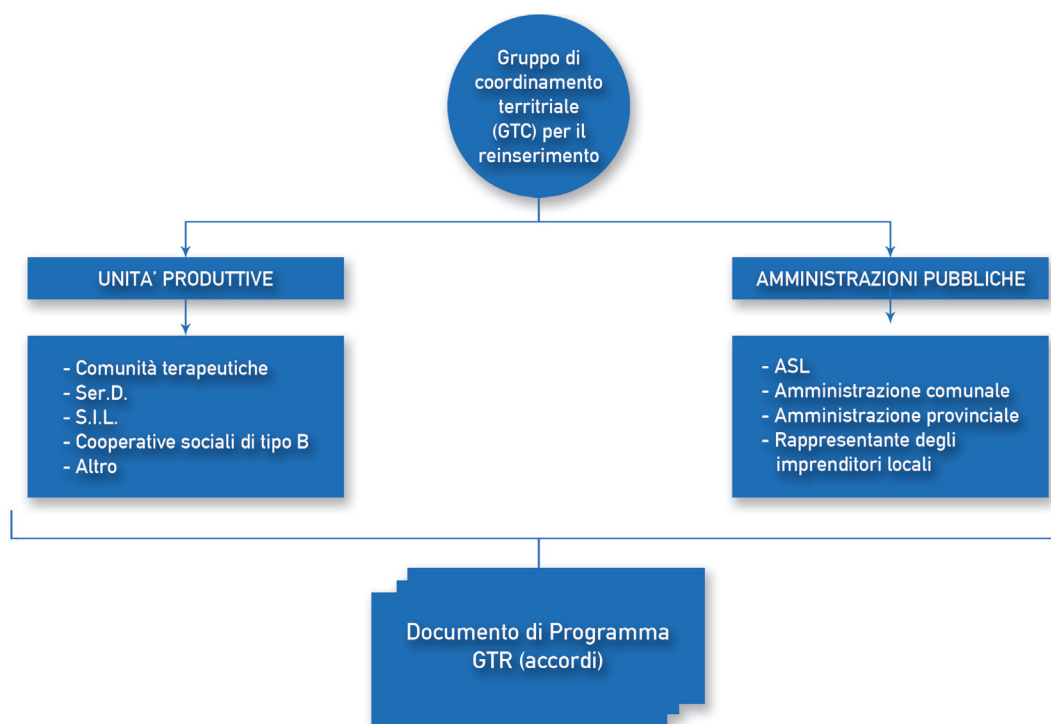
rano in modo sinergico e coordinato per il reinserimento delle persone tossicodipendenti, nell'ambito dei Dipartimenti delle Dipendenze (ove esistenti e funzionanti).

Unità di supporto e collaborazione

Unità di supporto e collaborazione

Sono così definite tutte quelle amministrazioni/organizzazioni (ASL, amministrazione comunale, amministrazione provinciale, rappresentanze degli imprenditori locali), in grado di creare condizioni favorevoli sia per l'assegnazione di commesse lavorative alle unità produttive, sia di individuare eventuali aziende sottonumerarie rispetto all'obbligo di collocamento di persone con invalidità civile (legge 12 marzo 1999 n. 68 e successive modificazioni), sia di offrire posti di lavoro. Queste unità, nella loro funzione pubblica, svolgono anche attività di controllo e vigilanza relativamente al corretto svolgimento delle attività produttive e dell'utilizzo di eventuali finanziamenti pubblici erogati.

Figura 1 - Composizione del Gruppo di Coordinamento Territoriale per il Reinserimento - GTR.



Funzioni del gruppo di coordinamento territoriale

Il Gruppo di Coordinamento Territoriale per il Reinserimento - GTR, promuove e sostiene le unità produttive e contestualmente, attiva sinergie tra le aziende pubbliche e private del territorio al fine di attuare una concreta collaborazione tramite l'affidamento di commesse lavorative e l'inserimento lavorativo.

Con il GTR si vuole creare quindi un tavolo tecnico, concreto e non virtuale, dove gli operatori possano programmare una serie di azioni a sostegno delle attività di reinserimento. In altre parole, le Unità Produttive potrebbero essere facilmente ed efficacemente supportate sia dalle aziende pubbliche, con la concessione delle manutenzioni non complesse, delle aree verdi, ecc., ma anche dalle aziende private con l'indicazione, da parte loro, di quali siano le esigenze territoriali di manodopera specializzata in base ai bisogni di quel territorio (ad

esempio, idraulici piuttosto che falegnami, o elettrotecnici, o informatici, ecc.). I bisogni rilevati potrebbero pertanto orientare i percorsi di formazione professionale, promossi dalle Unità Produttive, per soddisfare la specifica domanda imprenditoriale e incrementare le probabilità di reinserimento lavorativo delle persone tossicodipendenti. Si ritiene strategico che il GTR possa operare attraverso “accordi e programmi”, sottoscritti e formalizzati con le organizzazioni partecipanti al gruppo.



Bibliografia

- AA.VV, L'integrazione socio-lavorativa. Dal progetto individuale alla organizzazione che cura, ed.Gruppo Abele, Torino, 2000
- American Psychiatric Association, DSM IV Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali, Ed. Masson, 1996
- Bandura A, Social learning theory, Englewood Cliffs, NJ, Prentice Hall, 1977
- Bandura A., Il senso di autoefficacia. Aspettative su di sé e azione, Erickson, Trento, 1996
- Bandura A., Autoefficacia. Teoria ed applicazioni, Erickson, Trento, 2000
- Barbieri L., Boggian I., La Monaca D., Problem Solving nella riabilitazione psichiatrica, Erickson, Trento, 2008
- Barbieri L., Boggian I., Fallon I.R.H., Lamonaca D., e CD5 collaborators, Problem-Solving Skills for Cognitive Rehabilitation among persons with chronic psychotic disorders in Italy, "Psychiatric Services", vol 57, n.2, 2006
- Barnes M., Bowl R., Empowerment e salute mentale, Erickson, Trento, 2003
- Benton M.K., Schroeder H.E., Social Skills training with schizophrenics: a meta-analytic evaluation, "Journal of Consulting and Clinical Psychology", vol. 58, n. 6, 1990
- Bianchi E., Vernò F., La famiglia multiproblematica non hanno solo problemi, Fondazione Zancan, Padova, 1995
- Boda G., Life skills e peer education, La Nuova Italia, Milano, 2001
- Campanini A., L'intervento sistemico, Carocci, Roma, 2002
- Commission on Narcotic Drugs, Fifty-fourth session, Vienna, 21-25 March 2011 Agenda item 6 (a) Implementation of the Political Declaration and Plan of Action on International Cooperation towards an Integrated and Balanced Strategy to Counter the World Drug Problem: demand reduction and related measures
- Commissione Europea "Insegnare e apprendere: verso una società cognitiva", Bruxelles, documento conosciuto come Libro Bianco di Edith Cresson e Padraig Flynn., 1995
- Commissione Europea "Verso la società conoscitiva", Bruxelles, documento conosciuto come "Libro bianco di Jacques Delors", 1996
- Consoli A., Bannardo A., Diagnosi e valutazione nelle tossicodipendenze e nell'alcolismo- Addiction Severity Index-, Ed. Crinos, Torino, 1995
- Contardi A., Libertà Possibile, La Nuova Italia Scientifica, Roma, 1992
- Dallago L., Che cos'è l'empowerment, Carocci, Roma, 2006
- Dal Pra Ponticelli M., Lineamenti di servizio sociale, Astrolabio, Roma, 1987
- Dal Pra Ponticelli M., Dizionario di Servizio Sociale, Carocci, Roma, 2005



De Ambrogio U. , Bertotti T., Merlini F., L'Assistente Sociale e la valutazione, Carocci, Roma, 2007

De Robertis C., Metodologia dell'intervento nel lavoro sociale, Ed. Zanichelli, Bologna, 1986

Decreto Interministeriale 25 marzo 1998, n.142: "Regolamento recante norme di attuazione dei principi e dei criteri di cui all'art.18 della legge 24 giugno 1997 n. 196 sui tirocini formativi e di orientamento

Demetrio D., L'età adulta, La Nuova Italia Scientifica, Roma, 1996

Dilk M.N., Bond G.R., Meta-analytic evaluation of skills training research for individuals with severe mental illness, "Journal of Consulting and Clinical Psychology", vol. 64, n. 6, 1996

Dipartimento Politiche Antidroga, Relazione annuale al Parlamento 2011 sull'uso di sostanze stupefacenti e sulle tossicodipendenze in Italia, giugno 2011

Dipartimento Politiche Antidroga, Strategie di Auto-aiuto. Guida per interrompere l'uso di sostanze stupefacenti - edizione italiana, giugno 2011

Dipartimento Politiche Antidroga e Ministero della Salute, Linee di indirizzo. Screening e diagnosi precoce delle principali patologie infettive correlate all'uso di sostanze stupefacenti, gennaio 2011

Dipartimento Politiche Antidroga, "Progetto RELI. Promozione e realizzazione di un nuovo modello di reinserimento socio-lavorativo integrato mediante l'attivazione di un network nazionale di organizzazioni produttive e gruppi di coordinamento territoriale", Roma, 2010

Dipartimento Politiche Antidroga - Presidenza del Consiglio dei Ministri, Piano di Azione Nazionale (PAN) sulle Droghe, 22 ottobre 2010

Dipartimento Politiche Antidroga, Piano dei progetti 2010

Dipartimento Politiche Antidroga, Linee guida per la prevenzione delle patologie correlate all'uso di sostanze stupefacenti, giugno 2009

Dipartimento Politiche Antidroga, Presidenza Consiglio Ministri, Guida alla realizzazione di programmi di formazione sulle abilità genitoriali per la prevenzione dell'uso di droghe - edizione italiana a cura, aprile 2009

Eckmann P., Are there basic emotion?, "Psychological Review", vol. 99, 1992

Ericsson K.A., Charness N., Expert performance: its structure and acquisition, "American psychologist", n. 49, 1994

Ferrario F. , Le dimensioni dell'intervento sociale, Carocci, Roma, 2004

Ferrario F., Il lavoro di rete nel servizio sociale, Carocci, Roma , 1999

Folgheraiter F., La logica sociale dell'aiuto, Erickson, Trento, 2007

Folgheraiter F., Donati P., Community Care: teoria e pratica del lavoro sociale di rete, Erickson, Trento, 1997

Folgheraiter F., Teoria e metodologia del servizio sociale. La prospettiva di rete, Franco Angeli, Milano, 2004

Folgheraiter F., Tossicodipendenti riflessivi, Erikson, Trento, 2004

Fondazione Labos, ASL Frosinone, ISTISSE, Per il lavoro. Network per l'inserimento dei soggetti deboli, Franco Angeli, Milano, 2003

Galli D., Il servizio sociale per minori, Franco Angeli, Milano, 2005

Gatti R.C., Lavorare con I tossicodipendenti. Manuale per gli operatori del servizio pubblico, Franco Angeli, Milano 1993

Heinssen R.K., Liberman R. P., Kopelowicz A., Psychosocial skills training for schizo phrenia: lessons from the laboratory, "Schizophrenia Bulletin", vol. 26, 2000

Legge 8 novembre 1991, n.381: "Disciplina delle cooperative sociali"

Legge 24 giugno 1997, n.196: "Norme in materia di promozione dell'occupazione"

Lepri C., Montobbio E., Lavoro e fasce deboli. Strategie e metodi per l'inserimento lavorativo di persone con difficoltà cliniche o sociali, Franco Angeli, Milano, 1999

Liberman R.P., Wallace C.J., Blackwell G., Kopelowicz A., Vaccaro J.V., Mintz J., Skills training versus psychosocial occupational therapy for persons with persistent schizophrenia, "American Journal of Psychiatry" vol. 155, 1998

Loewenberg F., Tecniche per lo studio e la valutazione della situazione e individuazione degli obiettivi e sviluppo di un piano di intervento, in Dal Prà Ponticelli M. (a cura di) Metodologia del Servizio Sociale: Il processo di aiuto alla persona, Ed. Franco Angeli, Milano, 1985

Malagoli Togliatti M., Rocchietta Tofani L., Famiglie multiproblematiche, Carocci, Roma, 1987

Maluccio A., Promoting competence in clients, The Free Press, New York, 1981

Mancini G., Sabbatini G., Riabilitazione-lavoro. Una metodologia per l'inserimento lavorativo delle persone ex tossicodipendenti, disabili e dei pazienti psichiatrici, Carocci, Roma, 1999

Marabini C., "Alla ricerca di nuovi modelli di produzione", in AA.VV., L'integrazione socio-lavorativa. Dal progetto individuale alla organizzazione che cura, ed. Gruppo Abele, Torino, 2000

Marmocchi P., Dall'Aglio C., Zannini M., Educare le life skills, Erickson, 2004

Masini R., Sanicola L., Avviamento al servizio sociale, Carocci, Roma, 1988

Maslow A., Toward a Psychology of Being, New York, 1968, trad. Verso una psicologia dell'essere, Astrolabio, Roma, 1971

Meo A., voce "Povertà", in Dal Prà Ponticelli M., Dizionario di Servizio Sociale, Carocci, Roma, 2005

Milner J., O'Byrne P., L'assessment dei servizi sociali, Erickson, Trento, 2005

Miller W. R., Rollnick S., Gueffi G.P., Il colloquio motivazionale, Erickson, Trento, 2004

Morosini P., Magliano L., Brambilla L., VADO Valutazione di Abilità Definizione di Obiettivi, Erickson, Trento, 2010

Mueser K.T., Wallace C.J., Liberman R.P., New developments in social skills training, "behavioural Change", Vol. 12, 1995

National Institute of Drug Abuse, "Drugs, Brains, and Behavior - The Science of Addiction", 2007

Olivetti Manoukian F., "Progettare l'inserimento lavorativo", in AA.VV., L'integrazione socio-lavorativa. Dal progetto individuale alla organizzazione che cura, ed. Gruppo Abele, Torino, 2000

Olivetti Manoukian F., Investire nel lavoro. Ri-conoscere progetti e percorsi di inserimento lavorativo, Studio APS, Vercelli, 2004

OMS, Carta di Ottawa, 1986

OMS, ICF The international classification of functioning, disability and health of the WHO, 2001

Payne M., Modern Social Work Theory, Macmillan, London, 1994

Paltrinieri E., De Girolamo G., La riabilitazione psichiatrica oggi: verso una pratica evidence based, "Noos", vol.2, 1996

Penn D.L., Mueser K.T., Research update on the psychosocial treatment of schizophrenia, "American Journal of Psychiatry" vol. 153, 1996

Pirone G. M., Coiro M.C., Guazzini G., Il ruolo del lavoro nel reinserimento sociale degli ex tossicodipendenti: una indagine sul campo, in Difesa Sociale, n.4, 1996

Prochaska J.O., Di Clemente C.C., "Stages of change in the modification of problem behaviour", in M. Hersen, R. Eisler, & P.M. Miller (Eds), Progress in Behavior Modification Vol. 28. Sycamore, IL: Sycamore Publishing Company, 1992

Rounsaville B.J., Tims F. M., Horton A.M., Sowder B.J., Diagnostic source book on drug abuse research and treatment,



- (NIDA Research Monograph) Washington DC U.S. Government Printing Office, 1993
- Sanicolal, voce "Intervento di rete", in Dizionario di Servizio Sociale, op. cit., 2005
- Scabini E., Donati P., Famiglie in difficoltà tra rischio e risorse, Vita e Pensiero, Milano, 1992
- Scott J.E., Dixon L.B., Assertive Community treatment and case management for schizophrenia, "Schizophrenia Bulletin" vol. 21, 1995
- Seligman M., Imparare l'ottimismo, Giunti, Firenze, 1996
- Sen A., Il tenore di vita. Tra benessere e libertà, ed Marsilio, Venezia, 1993
- Sen A., Lo sviluppo è libertà, ed. Mondadori, Milano, 2000
- Serpelloni G., Bonci A., Rimondo C., Cocaina e minori, Dipartimento Politiche Antidroga, Presidenza del Consiglio dei Ministri, 2009
- Serpelloni G., Gerra G., Vulnerabilità all'addiction, 2002
- Serpelloni G., Bricolo F., Gomma M., Elementi di Neuroscienze e Dipendenze 2° edizione, giugno 2010
- Serpelloni G., Simeoni E., Project Management - Gestire progetti in sanità e nel sociale, luglio 2008
- Serpelloni G., Macchia T., Mariani F., Outcome. La valutazione dei risultati e l'analisi dei costi nella pratica clinica nelle tossicodipendenze, Ministero della Solidarietà Sociale, 2006
- Serpelloni G., La valutazione dell'outcome nei trattamenti della tossicodipendenza, 2003
- Serpelloni G., Zermiani M. "Strumenti informatizzati per la valutazione clinica del paziente tossicodipendente: caratteristiche tecniche e finalità" in Quality Management Manuale teorico e pratico, ed. La Grafica, 2002
- Serpelloni G., Ancona E., Rampazzo L. www.dronet.org. Il portale internet per i Dipartimenti delle Dipendenze, Regione Veneto, 2002
- Serpelloni G., Gilberto G., Vulnerabilità all'addiction. Prevenzione Primaria: nuovi strumenti agli Operatori sia nell'ambito delle conoscenze che delle metodologie, 2002
- Serpelloni G., Starace F., "Un nuovo modello pragmatico di intervento per la dipendenza cronica da eroina nell'epoca AIDS", in HIV/AIDS e DROGA, Manuale per operatori di prevenzione, Ministero della Sanità, 1998
- Serpelloni G., Pirastu R., Brignoli O, Medicina delle tossicodipendenze, ed S.E.M.G, Roma, 1996
- Sullivan H.S., Il colloquio psichiatrico, Feltrinelli, Milano, 1967

Allegati

Allegato 1

Principi generali della posizione italiana contro l'uso di droghe

Introduzione

Questo documento mette a fuoco i principi base su cui si fonda la moderna strategia di lotta alla droga sia per quanto riguarda gli aspetti della domanda che dell'offerta, fornendo nel contempo definizioni e raccomandazioni coerenti con un approccio centrato sulla persona e rispettoso dei diritti umani (sia dei consumatori di sostanze che dei non consumatori in contatto con loro), compresi quelli di poter vivere una vita completamente libera dal condizionamento, dalla dipendenza e dagli effetti negativi per la propria e altrui salute, derivanti dall'uso delle sostanze stupefacenti.

Principi base

Alla luce di quanto riportato anche dalle Nazioni Unite si ritiene pertanto che sia necessario definire meglio ed integrare alcuni paradigmi di azione per consolidare, migliorare ed espandere le strategie e gli interventi all'interno di un approccio bilanciato, razionale basato sulle evidenze scientifiche, ma nel contempo etico, sostenibile e permanente. Un approccio che consideri inoltre, valorizzi e supporti concretamente le azioni di prevenzione, cura, riabilitazione e recupero della persona e contestualmente le azioni di contrasto della produzione illegale, del traffico e dello spaccio delle droghe. Questo approccio non ritiene adeguata la proposta di legalizzazione dell'uso delle droghe (a partire dalla cannabis) quale principale soluzione alla diffusione della droga nella società. Infatti, la letteratura scientifica mostra che un aumento della disponibilità di una sostanza (attraverso minori livelli di sanzione e/o costi più accessibili) fa aumentare anche il consumo stesso della sostanza nella popolazione generale.

Un approccio
bilanciato, razionale,
etico, sostenibile e
permanente

Si ritiene che molti dei principi auspicati da varie organizzazioni in questi anni, siano condivisibili per migliorare l'efficacia degli interventi contro le droghe ma che tali risultati non debbano necessariamente essere raggiunti con politiche indirizzate e basate sulla legalizzazione delle droghe.

Usare droghe
resta pericoloso
ed illegittimo

Essi possono essere comunque e più efficacemente raggiunti mantenendo nel contempo l'illegittimità del consumo, con interventi e sistemi indirizzati verso una maggiore attenzione per l'individuo e orientati alla prevenzione selettiva, al trattamento precoce e gratuito della dipendenza, alla maggior promozione di sistemi di riabilitazione e recupero della persona tossicodipendente e della prevenzione delle patologie correlate.

Giovanni Serpelloni

Capo Dipartimento Politiche Antidroga
Presidenza del Consiglio dei Ministri



Premesse e principi generali della posizione Italiana sulla lotta alla droga

1. La prevenzione come arma vincente

Prevenzione permanente

Le azioni di prevenzione, soprattutto per le giovani generazioni e i genitori, devono essere mantenute in forma permanente al fine di ridurre il consumo di sostanze stupefacenti, l'abuso alcolico e lo sviluppo di altre forme di dipendenza.^{1 2}

Prevenzione selettiva

La prevenzione selettiva sulle persone particolarmente vulnerabili, coinvolgendo nel contempo e supportando attivamente i genitori e gli insegnanti, è risultata un'arma particolarmente efficace e sostenibile.³ La prevenzione deve essere più precoce, a partire quindi dall'età scolare, attraverso la trasmissione di regole e stili di vita sani che escludono quindi l'uso di tutte le sostanze stupefacenti, l'abuso alcolico, il tabagismo e il consumo di farmaci non prescritti.

Diagnosi precoce per un intervento precoce

Contemporaneamente la diagnosi precoce (*early detection*) diretta agli adolescenti, finalizzata ad un intervento precoce (*early intervention*) è una strategia vincente e fattibile per ridurre il numero delle persone vulnerabili che intraprendono, dall'uso occasionale o abitudinario, percorsi evolutivi verso forme di *addiction*.^{4 5 6 7}

Azione irrinunciabile

Proteggere la maturazione cerebrale

Le azioni di prevenzione sono da considerarsi irrinunciabili anche alla luce del fatto che le sostanze stupefacenti, soprattutto se assunte in giovane età, possono interferire fortemente con i fisiologici processi di maturazione cerebrale (che vanno a completarsi verso i 21 anni) ed in particolare quelli della mielinizzazione, della sinaptogenesi e del "*pruning*" (cioè il processo cerebrale di attivazione e selezione delle sinapsi durante l'accrescimento), compromettendo così lo sviluppo di importanti funzioni neurocognitive quali la memorizzazione, la motivazione, l'attenzione e conseguentemente le capacità di apprendimento, di *decision*

1 Serpelloni G., Bonci A., Rimondo C., Cocaina e minori. Linee di indirizzo per le attività di prevenzione e l'identificazione precoce dell'uso di sostanze, Dipartimento per le Politiche Antidroga – PCM, Giugno 2009. Scaricabile da www.dronet.org.

2 National Institute on Drug Abuse (NIDA), Preventing Drug use among children and adolescents. A research based guide for parents, educators and community leaders, U.S. Department of health and human services, Bethesda, 2003. Versione Italiana scaricabile da www.dronet.org.

3 Serpelloni G., Gerra G., Vulnerabilità all'addiction. Prevenzione Primaria: nuovi strumenti agli operatori sia nell'ambito delle conoscenze che delle metodologie, 2002, Regione Veneto. Scaricabile da www.dronet.org.

4 Cfr. nota 1.

5 CDC, Learn the Signs, Act Early Campaign, Indian J. Med. Sci., vol. 59(2), 82-3, Febbraio 2005.

6 EMCDDA (2008), Prevention of substance abuse, EMCDDA Insights, Lisbona, 2008. Scaricabile da: <http://www.emcdda.europa.eu/publications>.

7 EMCDDA, Preventing later substance use disorders in at-risk children and adolescents. A review of the theory and evidence base of indicated prevention, Thematic papers, Lisbona, 2009.

making e di stima del pericolo.^{8 9 10 11 12 13 14}

È necessario quindi favorire programmi educativi fondati su una informazione *evidence based* e su interventi che si concentrino sullo sviluppo e il rinforzo di abilità sociali e di vita (*life and social skills*).

Evidence based

Oltre a questo una prevenzione ambientale esplicita e coerente contro l'uso di droghe, l'abuso alcolico e il tabagismo risulta importante per mantenere alto il grado di disapprovazione sociale dell'uso di sostanze e la percezione del rischio e del danno che si sono dimostrati importanti fattori per ridurre l'uso derivante dal consumo anche occasionale.¹⁵

Prevenzione
ambientale

2. La vulnerabilità dell'addiction

E' necessario prendere in considerazione e riconoscere che nella popolazione esistono fasce di persone particolarmente vulnerabili a sviluppare dipendenza se entrano in contatto con sostanze stupefacenti. Le persone possono essere diversamente a rischio in base a caratteristiche neuropsicobiologiche individuali e alla diversificata presenza di fattori sociali ed ambientali protettivi o incrementanti il rischio.

Vulnerabilità e
maggiore rischio di
percorsi evolutivi

I principali fattori di rischio, in grado di incrementare la vulnerabilità all'addiction, sono:

- alcuni particolari assetti genetici,
- un profilo temperamentale e caratteriale "novelty seeker",
- la presenza di disturbi comportamentali e deficit di attenzione,
- le violenze e i traumi e gli abbandoni infantili,
- la mancanza o l'inadeguatezza delle cure parentali nell'infanzia,
- la carenza di "monitoring o tutoring" parentale durante l'adolescenza,
- la mancanza o l'inadeguatezza di regole educative,
- l'uso precoce di alcool e tabacco,
- la bassa consapevolezza del rischio,

8 Asato M.R., Terwilliger R., Woo J, Luna B. White Matter Development in Adolescence: A DTI Study. Cereb Cortex. 2010 Jan 5.

9 White T., Su S., Schmidt M., Kao C.Y., Sapiro G. The development of gyrification in childhood and adolescence. Brain Cogn. 2010 Feb; 72(1): 36-45. Epub 2009 Nov 25.

10 Serpelloni G., Diana M., Gomma M., Rimondo C., Cannabis e danni alla salute. Aspetti tossicologici, neuropsichici, medici, sociali e linee di indirizzo per la prevenzione e il trattamento, Dipartimento per le Politiche Antidroga - PCM, Gennaio 2011. Scaricabile da www.dronet.org.

11 Bussi M., Trimarchi M., Serpelloni G., Rimondo C., Uso di cocaina e lesioni distruttive facciali: linee di indirizzo per gli specialisti otorinolaringoiatri, Dipartimento per le Politiche antidroga - PCM, Maggio 2011. Scaricabile da www.dronet.org.

12 Serpelloni G., Macchia T., Gerra G., COCAINA, Manuale di aggiornamento tecnico scientifico, progetto START, Ministero della Sanità, 2006. Scaricabile www.dronet.org.

13 <http://conseguenzemediche.dronet.org/>.

14 <http://www.drugfreedu.org/>.

15 Keyes K.M., Schulenberg J.E., O'Malley P.M., Johnston L.D., Bachman J.G., Li G., Hasin D., The social norms of birth cohorts and adolescent marijuana use in the United States, 1976-2007. Addiction. 2011 May 6.

- la bassa disapprovazione sociale,¹⁶
- l'alta disponibilità di sostanze sul territorio.

Le persone vulnerabili hanno un rischio molto maggiore in caso di uso di sostanze, anche occasionale, di intraprendere percorsi evolutivi verso la dipendenza, ma la condizione di vulnerabilità non è una "predestinazione". Questa condizione di rischio differenziale può essere ridotta ed evitata con azioni ed interventi familiari, scolastici, sociali ed ambientali in grado di contrastare l'evoluzione prognostica negativa e modificare positivamente il destino di queste persone.

3. La tossicodipendenza è una malattia prevenibile, curabile e guaribile

La tossicodipendenza
è una malattia

La posizione ufficiale del Dipartimento per le Politiche Antidroga relativamente alle strategie antidroga, ben espressa nel Piano di Azione Nazionale approvato dal Consiglio dei Ministri nell'ottobre 2010, riconosce prima di tutto che "la tossicodipendenza è una malattia prevenibile, curabile e guaribile che spesso ha andamento cronico e recidivante".^{17 18}

E' una complessa
malattia del cervello
con gravi conseguenze

La tossicodipendenza è una malattia del cervello, complessa e fortemente invalidante, correlata a disturbi comportamentali, rischi infettivi e psichiatrici con gravi conseguenze sociali per l'individuo¹⁹.

La tossicodipendenza è una malattia conseguente all'espressione di un iniziale comportamento volontario di assunzione di sostanze che mette ad alto rischio la salute della persona. Le persone vulnerabili, e cioè portatori di caratteristiche neuro-psico-biologiche e socio ambientali particolari (vedi avanti), hanno una maggior probabilità di sviluppare dipendenza in seguito all'uso di sostanze stupefacenti.

La malattia è
generata da un uso
iniziale volontario di
sostanze

Lo stato di malattia quindi viene generato dall'uso di queste sostanze, che in un primo momento l'individuo decide di utilizzare volontariamente mediante un comportamento di ricerca e sperimentazione di nuove fonti di stimolo e gratificazione (tipico della popolazione giovanile). In questo modo si crea nel tempo una condizione di alterazione neuropsicobiologica e di sofferenza patologica in grado di ridurre l'autonoma capacità di analisi della realtà e di decisione e quindi l'esercizio della libera volontà del soggetto per la presenza di un comportamento compulsivo caratterizzato dalla spirale "desiderio-ricerca-assunzione" (*craving*) della sostanza.

Forte difficoltà a
mantenere lo stato
di sobrietà

La dipendenza è quindi caratterizzata da un'incapacità (causata dal *craving*) di mantenere uno stato di sobrietà continuativo e regolare, da disturbi nel controllo del comportamento, da

¹⁶ Cfr. nota 1.

¹⁷ Dipartimento per le Politiche Antidroga, Presidenza del Consiglio dei Ministri, Piano di Azione Nazionale (PAN) sulle Droghe, 2010-2013. Scaricabile da www.politicheantidroga.it e www.dronet.org.

¹⁸ Serpelloni G., Frighetto R., Dalla Chiara R., Linee di indirizzo e modello teorico-pratico per la riabilitazione e il reinserimento sociale e lavorativo della persona tossicodipendente. Manuale RELI, Dipartimento per le Politiche Antidroga – PCM, 2011, *in press*.

¹⁹ National Institute of Drug Abuse, monograph "Drugs, Brains, and Behavior - The Science of Addiction", Bethesda, 2007.

una scarsa percezione di problemi nei propri comportamenti e nelle relazioni con gli altri e da una disfunzione nei meccanismi di risposta emozionali.

La dipendenza da un punto di vista neurobiologico è principalmente legata all'alterazione dei meccanismi di "ricompensa" (*reward*) del cervello, della motivazione, della memoria e dei circuiti collegati. La presenza di una disfunzione in questi circuiti comporta peculiari manifestazioni biologiche, comportamentali, sociali e spirituali.

Coinvolti i
meccanismi
neurobiologici

Come tutte le malattie croniche, la dipendenza spesso alterna cicli di ricaduta a periodi di remissione dei sintomi. Senza un efficace trattamento e un pieno coinvolgimento in attività orientate al recupero (*recovery*), la dipendenza è progressiva e può degenerare in forme di inabilità o nella morte prematura.²⁰

Recidivante
Se non trattata è
progressiva con alto
rischio di invalidità e
morte prematura

Pertanto, nel nostro Paese tutte le politiche e le strategie sono impostate a riconoscere che l'uso di qualsiasi sostanza stupefacente, anche occasionale, sia un comportamento pericoloso e ad alto rischio per la salute; che la tossicodipendenza è una condizione che costituisce, oltre un problema sociale e di sicurezza, anche un serio problema di sanità pubblica che riguarda non solo la salute delle persone dipendenti dalle droghe, ma anche terze persone che possono venire danneggiate dai loro comportamenti a rischio mediante, per esempio, la guida di autoveicoli o lo svolgimento di lavori che comportino rischi per terzi.

L'uso di sostanze e
la tossicodipendenza
sono un problema di
sanità pubblica oltre
che sociale

Il riconoscimento di questi concetti comporta che tutti i sistemi assistenziali e di cura siano orientati a rapportarsi con le persone che usano in maniera occasionale o periodica (ma in assenza di dipendenza) sostanze come soggetti con comportamenti a rischio per la salute con la necessità di interventi precoci per prevenire l'instaurarsi di una dipendenza o sospendere l'uso, e le persone con dipendenza da sostanze come malati con necessità di cure mediche, psicologiche e supporti sociali facilmente accessibili e mantenibili sia per la dipendenza che per le patologie ad essa correlate. Questi sistemi dovranno essere orientati, oltre che alla cura, anche al recupero e alla guarigione della persona e non solo al "controllo sociale" della malattia.

Sistemi orientati alla
prevenzione, alla
cura della malattia
e al recupero della
persona

4. La necessità di un approccio integrato verso droghe, alcol, tabacco, farmaci non prescritti, comportamenti compulsivi (es. *gambling* patologico)

Sempre di più si riconosce la necessità di integrare le politiche e gli interventi (nonché le strutture) relative alle problematiche derivanti dall'uso di droghe, alcol, fumo, farmaci non prescritti e comportamenti compulsivi patologici quali il "*gambling* patologico". L'approccio globale e integrato verso tutte queste forme di dipendenza comporta una nuova strategia ed organizzazione orientata a fronteggiare sia comportamenti, sia (in termini preventivi, terapeutici e riabilitativi) tutte le varie forme di dipendenza che spesso presentano percorsi evolutivi e contemporanei²¹. Risulta pertanto fondamentale disporre di organizzazioni specializzate nell'ambito dell'*addiction*, quali i Dipartimenti delle Dipendenze (distinte da quelle dedicate alla psichiatria), in grado di affrontare congiuntamente tali patologie.

Approccio integrato
su tutte le
dipendenze
patologiche

20 American Society of Addiction Medicine, Public Policy Statement: definition of addiction, ASAM, August 2011.

21 Dipartimento per le Politiche Antidroga, Presidenza del Consiglio dei Ministri, Dipartimenti delle Dipendenze: linee di indirizzo e orientamenti organizzativi, *in press*.



5. L'uso di sostanze è un comportamento ad alto rischio per la salute, evitabile e prevenibile, da disapprovare socialmente e sanzionabile

Uso (anche occasionale) di sostanze: comportamento ad alto rischio per la salute fisica, mentale e sociale dell'individuo, evitabile e prevenibile

L'uso di sostanze stupefacenti (anche occasionale), soprattutto nei giovani e sulla base delle evidenze scientifiche sempre più numerose anche nel campo delle neuroscienze, deve essere considerato, da un punto di vista sanitario, un "comportamento ad alto rischio per la salute fisica, mentale e sociale dell'individuo, evitabile e prevenibile". Questo comportamento pertanto è assolutamente da non incentivare promuovendo e mantenendo campagne di prevenzione orientate soprattutto a creare un alto grado di consapevolezza sul rischio droga e sui corretti comportamenti da tenere. L'uso di droghe non può essere socialmente considerato uno stile di vita positivo ed accettabile in quanto pericoloso per se stessi e le altre persone.

Deterrenti e disapprovazione sociale del consumo

E' inoltre importante supportare lo sviluppo del senso di responsabilità nei giovani verso la propria salute e quella altrui. Contemporaneamente è però necessario mantenere attivi anche deterrenti sociali, legali e movimenti culturali antidroga positivi, affinché si realizzi e si mantenga un alto grado di disapprovazione sociale di tale consumo ^{22 23}.

Questo importante fattore è effettivamente in grado di produrre una riduzione dei consumi, soprattutto di nicotina, marijuana e cocaina che, in adolescenti vulnerabili, si sono dimostrate droghe "gateway" in grado cioè di attivare percorsi evolutivi verso l'*addiction*, come è stato scientificamente dimostrato da studi trentennali²⁴.

6. Il diritto alle cure gratuite per le persone tossicodipendenti

No alla discriminazione. Persone tossicodipendenti = malati con bisogno di cure

I tossicodipendenti, in quanto tali, non vengono e non devono essere discriminati, emarginati, stigmatizzati o trattati come criminali ma come malati bisognosi di cure a cui lo Stato italiano e le Regioni garantiscono gratuitamente un'ampia gamma di offerte terapeutiche sia in regime di libertà che all'interno delle carceri, nel caso queste persone vi si trovino per aver commesso dei reati (tra i quali nel nostro paese non è contemplato l'uso di sostanze). Al tossicodipendente in carcere verrà comunque garantito un adeguato trattamento sanitario.

Terapie farmacologiche integrate

I programmi farmacologici con sostanze sostitutive (esclusa l'eroina), fanno parte di queste terapie sempre integrate con offerte e supporti psicologici e sociali²⁵.

La somministrazione controllata di eroina viene esclusa per la bassa aderenza al trattamento riscontrata nel medio-lungo termine, per la necessità di assumerla per via endovenosa ben 4 volte al giorno e per la necessità di eseguire questa terapia da parte del paziente sempre in ambiente sanitario controllato con la necessità di valutazione per almeno 60 minuti

22 Cfr. nota 1.

23 Weeks M.R. et al., Changing drug users' risk environments: peer health advocates as multi-level community change agents, *American Journal of Community psychology*, 43 (3-4): 300-44, Giugno 2009.

24 Cfr. nota 15.

25 Serpelloni G., Pirastu R., Brignoli O., *Medicina delle Tossicodipendenze. Manuale specifico per i Medici di Medicina Generale sul tema generale della tossicodipendenza*, Ministero della Sanità 1996. Scaricabile da www.dronet.org.

post iniezione con ciò che comporta per il paziente in termini di tempo/ore dedicate (dalle 5 alle 7 ore al giorno compresi gli spostamenti). L'eroina inoltre non viene utilizzata anche per l'aumentato rischio di overdose rispetto al metadone e per la presenza di farmaci alternativi (metadone e buprenorfina) che si sono dimostrati più sicuri, efficaci e maneggevoli.

No all'uso
dell'eroina

La legislazione italiana prevede inoltre espressamente che i tossicodipendenti in carcere per aver commesso reati abbiano un diritto esigibile e quindi possano e debbano essere curati (su adesione volontaria e qualora esistano determinati requisiti sia clinici che giuridici previsti per legge). Inoltre, essi, in alternativa alla pena possono anche uscire dal carcere per curarsi presso strutture socio-sanitarie esterne in alternativa alla pena.

Cure anche in
carcere

7. Rivalutare l'applicazione dei trattamenti "condizionati" nelle gravi forme di addiction con manifestazioni violente verso terzi

In alcune persone tossicodipendenti, in particolare nei consumatori di stimolanti e/o allucinogeni o in presenza di forti crisi astinenziali da oppiacei in pazienti con comorbidità psichiatrica, la malattia può essere accompagnata da gravi manifestazioni di violenza sistematica e ripetuta verso se stessi e verso i propri conviventi (genitori, coniugi, figli).

Violenza su genitori
e bambini in
relazione a gravi
forme di addiction:
necessaria una
soluzione

Questa problematica si è verificata di frequente in questi anni all'interno dei nuclei famigliari e, nei casi riscontrati, spesso persiste per lunghi periodi procurando forti sofferenze a persone vulnerabili quali bambini, genitori anziani, o parenti non in grado di reagire o difendersi adeguatamente. Alcune situazioni sono sfociate anche in tragici fatti.

Addiction, patologie
psichiatriche
concomitanti e
manifestazioni
violente

Questi episodi spesso si associano e vengono aggravati dalla presenza contemporanea all'*addiction* di malattie psichiatriche, non infrequenti in queste persone.

26 Dipartimento per le Politiche Antidroga, Presidenza del Consiglio dei Ministri, Linee guida per la prevenzione delle patologie correlate all'uso di sostanze stupefacenti, Dipartimento per le Politiche Antidroga – PCM, 2009. Scaricabile da www.dronet.org.

27 Ridge G., Gossop M., Lintzeris N., Witton J., Strang J., Factors associated with the prescribing of buprenorphine or methadone for treatment of opiate dependence, *J Subst Abuse Treat.* 2009 Jul; vol. 37(1) pp. 95-100.

28 Senbanjo R., Wolff K., Marshall E.J., Strang J., Persistence of heroin use despite methadone treatment: poor coping self-efficacy predicts continued heroin use, *Drug Alcohol Rev.* 2009 Nov; vol. 28(6) pp. 608-15.

29 Strang J., Hall W., Hickman M., Bird S.M., Impact of supervision of methadone consumption on deaths related to methadone overdose (1993-2008): analyses using OD4 index in England and Scotland, *BMJ.* 2010; vol. 341 pp. c4851.

30 Senbanjo R., Hunt N., Strang J., Cessation of groin injecting behaviour among patients on oral opioid substitution treatment, *Addiction.* 2011 Feb; vol. 106(2) pp. 376-82.

31 Cornish R., Macleod J., Strang J., Vickerman P., Hickman M., Risk of death during and after opiate substitution treatment in primary care: prospective observational study in UK General Practice Research Database, *BMJ.* 2010; vol. 341 pp. c5475.

32 Day E., Strang J., Outpatient versus inpatient opioid detoxification: a randomized controlled trial, *J Subst Abuse Treat.* 2011 Jan; vol. 40(1) pp. 56-66.

Necessità di supportare il paziente con trattamenti temporanei "condizionati"

In questi casi, dove l'*addiction* presenta una componente fortemente violenta, distruttiva e pericolosa, è necessario prendere in considerazione la possibilità e l'opportunità di introdurre temporaneamente trattamenti sanitari condizionati con adeguate forme di tutela per questi gruppi famigliari.

Rivalutare la possibilità di utilizzo sulla base dei criteri evidence based ed etici

A tale proposito, sempre nel rispetto dei diritti umani dell'individuo, è possibile prevedere particolari ambienti di tipo residenziale specialistici per le persone tossicodipendenti (differenti dai reparti di psichiatria). Tali trattamenti dovrebbero essere mantenuti mediante atti in grado di imporre temporaneamente soluzioni contenitive e cure adeguate a ridurre tali rischi alla persona e al suo nucleo famigliare. E' chiaro che l'introduzione di soluzioni di questo tipo deve essere approfonditamente studiata e riflettuta in tutti i suoi aspetti, sia di efficacia terapeutica, sia di capacità di ridurre effettivamente il problema delle violenze sui famigliari, e nel contempo di essere rispettosi dei principi bioetici. In Italia, oltre alla necessità, vi potrebbe essere una condizione particolarmente favorevole a sperimentare tale soluzione considerata la forte presenza di strutture residenziali e l'alto accreditamento e l'alta specializzazione di alcune di esse nella gestione della comorbidità psichiatrica e, contemporaneamente, della tossicodipendenza. Un atteggiamento di estrema prudenza nell'affrontare questi temi è, però, sicuramente necessario. Tutto ciò al fine di assicurare al paziente un'ideale assistenza per superare questo stato di malattia in grado di produrre danni sia da un punto di vista sanitario che sociale all'individuo e a terze persone. Al pari di alcune condizioni limite presenti nelle malattie psichiatriche dove si ritiene opportuno applicare trattamenti sanitari obbligatori temporanei, anche in questo caso varrebbe la pena di riflettere sull'opportunità (valutandone l'efficacia anche in termini di riduzione della storia naturale della malattia, nonché sulla sicurezza dei provvedimenti) di inserire anche nel campo dell'*addiction* analoghe e temporanee forme di tutela per quelle persone che presentino queste condizioni estreme.

8. No all'emarginazione, criminalizzazione e alla stigmatizzazione sociale della persona tossicodipendente

No all'emarginazione e alla criminalizzazione dei tossicodipendenti

I diritti umani di queste persone devono quindi essere rispettati al pari di qualsiasi altro cittadino malato. Pertanto è da combattere ed evitare qualsiasi forma di emarginazione delle persone tossicodipendenti, la loro criminalizzazione (semplicemente perché consumatori di sostanze) e ancora di più la loro stigmatizzazione essendo la tossicodipendenza una vera e propria malattia. Pertanto l'Italia non condivide l'utilizzo di pratiche quali la detenzione forzata, gli abusi fisici o psicologici sulle persone tossicodipendenti compiuti in virtù di un supposto intervento terapeutico o riabilitativo. Salvo per i casi riportati al punto 7, il trattamento deve essere costantemente rispettoso dei diritti della persona, su adesione consapevole e volontaria e rispettoso del diritto all'autodeterminazione.^{33 34 35}

33 Cfr. nota 17.

34 Memorandum di intenti fra Repubblica Italiana e Stati Uniti d'America nell'area della ricerca, dei servizi e delle strategie politiche per la riduzione della domanda di droga, 11 luglio 2011. Scaricabile da www.politicheantidroga.it e www.dronet.org.

35 Cfr. nota 18.

9. L'uso di sostanze non è un diritto individuale esigibile

L'assumere sostanze stupefacenti non può essere considerato come facente parte dei diritti individuali esigibili dalla persona, proprio per le conseguenze negative che questo comportamento può avere oltre che sulla propria salute anche sui diritti e l'integrità degli altri. L'uso di sostanze rientra quindi in comportamenti a rischio per la propria ed altrui salute, socialmente disapprovati, non accettabili e pertanto amministrativamente sanzionabili.

Il consumo individuale di sostanze e le conseguenze sia verso il singolo che verso terze persone ricadono quindi sotto la diretta responsabilità dell'individuo consumatore che, in caso fosse tossicodipendente, avrebbe comunque garantito il diritto alle cure. Esiste per contro un diritto individuale esigibile dai cittadini non consumatori di sostanze relativo alla necessità di essere protetti dalla diffusione e dallo spaccio di sostanze stupefacenti e dai comportamenti di chi usa sostanze mettendo a rischio la salute e l'integrità di terze persone.

10. Interventi e strutture orientate a prevenire le patologie correlate e il recupero della persona tossicodipendente

Si ritiene inoltre che tutte le cure debbano essere fortemente orientate al recupero integrale e alla autonomizzazione della persona e che debbano sempre essere associate alla prevenzione delle patologie correlate quali l'infezione da HIV, le epatiti, la TBC e le overdose³⁶. Queste azioni devono essere considerate prioritarie ma complementari e non alternative alla cura della dipendenza, e "atti dovuti" dai sistemi sanitari per la tutela della salute, non solo delle persone tossicodipendenti ma dell'intera comunità. La politica e gli interventi di "*harm reduction*" (riduzione del danno), se applicati da soli e al di fuori di un contesto sanitario orientato alla cura, alla riabilitazione ed al reinserimento delle persone, risultano, nel lungo termine, fallimentari, costosi, e di scarso effetto preventivo, oltre al fatto che sono in grado di cronicizzare lo stato di tossicodipendenza. Inoltre, le terapie farmacologiche non possono essere considerate mere azioni di riduzione dei rischi e dei danni ma veri e propri strumenti di cura e riabilitazione finalizzate, in tempi diversificati in base alle caratteristiche del paziente, alla terapia integrata della dipendenza. Va chiaramente evidenziato che le vere misure che si sono dimostrate realmente efficaci nel medio e lungo termine per la riduzione del rischio infettivo (HIV, Epatiti, TBC, ecc.) e delle overdose, sono le terapie per la dipendenza e quelle antiretrovirali che devono quindi essere offerte quanto più precocemente possibile e gratuitamente, anche promuovendo un contatto attivo e precoce con le persone che fanno uso di droghe.^{37 38 39}

Prevenzione delle
patologie correlate:
una azione
prioritaria e dovuta

36 Cfr. nota 26.

37 Dipartimento per le Politiche Antidroga e Ministero della Salute, Linee di indirizzo. Screening e diagnosi precoce delle principali patologie infettive correlate all'uso di sostanze stupefacenti, Gennaio 2011. Scaricabile da www.dronet.org.

38 Serpelloni G., HIV/AIDS e droga: Manuale per operatori di prevenzione, 1998. Scaricabile da www.dronet.org.

39 Serpelloni G., Simeoni E., Contact-tracing & Partner notification, progetto della Commissione Europea, 2000. Scaricabile da www.dronet.org.

11. Interventi e strutture di cura orientate al recupero totale della persona tossicodipendente

Il recupero è possibile

Il recupero della persona con problemi derivanti da dipendenza da sostanze stupefacenti o da alcol è possibile ed è un processo di cambiamento sostenibile, attraverso cui un individuo può raggiungere l'astinenza totale da tali sostanze, il miglioramento della salute, del benessere psicosociale e della qualità della vita.

Orientamento primario dei trattamenti

Tutti i trattamenti della dipendenza da sostanze stupefacenti e alcol (e di conseguenza i processi assistenziali a tal fine utilizzati) devono essere orientati e finalizzati fin dall'inizio al recupero totale della persona (*recovery*) e alla guarigione della malattia (*healing*). Questo si ottiene, di norma, nel medio-lungo periodo, con il raggiungimento e il mantenimento dello stato di sobrietà dalle sostanze stupefacenti e contestualmente con la riabilitazione e il reinserimento sociale e lavorativo della persona nella società e nella famiglia, permettendole ed aiutandola quindi a costruirsi e mantenere una vita dignitosa, autonoma e soddisfacente lontano dalle sostanze stupefacenti.

Il recupero è un processo incrementale non rinunciabile

Il recupero della persona tossicodipendente con la guarigione dalla malattia della dipendenza da sostanze, è il risultato di processi terapeutico-riabilitativi incrementali non rinunciabili.

L'importanza delle relazioni sociali

Si tratta non solo di ristabilizzare una condizione di salute ma anche di promuovere un'identità positiva e relazioni e ruoli significativi nella propria famiglia, con un nuovo gruppo dei pari e di comunità. Il recupero e la guarigione sono facilitati, oltre che dal trattamento, da relazioni e da ambienti sociali incentivanti e positivi che alimentano la speranza di miglioramento della propria condizione, l'*empowerment* personale, le scelte consapevoli e le opportunità di una vita libera, sana, equilibrata e socialmente integrata. Tutto questo a supporto della piena espressione del potenziale individuale delle persone tossicodipendenti che attraverso questo percorso di guarigione possono diventare e diventano, a tutti gli effetti, membri attivi e produttivi della comunità.

12. Scelte basate su criteri di scientificità ed etici

Approccio evidence based bilanciato con criteri etici

È fondamentale basare le scelte degli interventi, le programmazioni delle azioni, dei sistemi preventivi ed assistenziali nel campo della droga, sulle evidenze scientifiche di sicurezza, efficacia e sostenibilità ma è altrettanto importante integrare e bilanciare queste scelte con criteri etici e di accettabilità sociale nel contesto di appartenenza.⁴⁰

Le prove di efficacia (*evidence based approach*) così come le analisi economiche di costo beneficio e

costo efficacia, non possono da sole bastare a giustificare la scelte strategico-politiche di programmazione sanitaria per la prevenzione, cura e riabilitazione delle malattie quali la dipendenza da sostanze. Queste scelte devono essere basate, oltre che sulle evidenze scientifiche, anche su criteri di tipo etico e cioè sulla necessità di assicurare il totale rispetto dei principi di solidarietà sociale, di legalità, di conservazione del diritto umano di avere cure adeguate a raggiungere e mantenere il massimo grado possibile di una vita dignitosa, socialmente integrata e libera da sofferenze. Necessariamente inoltre le scelte devono tenere

40 National Institute on Drug Abuse (NIDA), Preventing Drug use among children and adolescents. A research based guide for parents, educators and community leaders, U.S. Department of health and human services, 2003. Versione Italiana scaricabile da www.dronet.org.

conto dei doveri dello stato di tutelare e promuovere la salute e l'integrità fisica, psichica e sociale dell'individuo, ancor più se malato, e quindi la promozione del suo benessere globale.

Se queste scelte utilizzeranno solo il criterio *evidence based* potrebbero portare a soluzioni ciniche, decise in virtù di priorità finanziarie, interessi di mercato o di mero controllo sociale di fasce deboli della popolazione. Queste scelte pertanto potrebbero risultare lesive dei diritti delle persone malate e del loro diritto di avere accesso a reali cure appropriate e risolutive e supporti sociali realmente orientati al recupero e alla guarigione. Scelte che potrebbero essere discriminanti e generanti condizioni socialmente ed eticamente non accettabili quali ad esempio la cronicizzazione in "quieti" stati di dipendenza cronica invece di intraprendere, anche se inizialmente più costosi ed impegnativi, percorsi di riabilitazione per il recupero totale della persona. Gli impegni finanziari necessari per sostenere queste azioni dovrebbero essere considerati veri e propri "investimenti" e non solo meri costi che lo Stato sostiene a favore dei propri cittadini e le loro potenzialità anche al fine di ridurre l'emergenza di reali costi più tardivi per l'assistenza di queste persone durante tutto lo svolgimento della loro vita.

Costi o
"investimenti"?

Non può essere quindi solo il criterio *evidence based* a guidare le nostre scelte né un mero criterio economico-finanziario in quanto il diritto umano da rispettare come prioritario nelle persone malate di addiction, al pari di ogni malato, è il diritto di potersi tempestivamente curare con le migliori terapie, di poter così recuperare il più alto grado di salute possibile, di prevenire ed evitare le patologie correlate e di potersi completamente reinserire nella comunità in piena autonomia e dignità.^{41 42}

Parimenti, il diritto prioritario della popolazione, soprattutto giovanile, è quello di essere tutelata rispetto all'offerta di droga sia con azioni di prevenzione sia con azioni di contrasto del traffico e dello spaccio.

Il diritto ad essere
tutelati dall'offerta
di droga

Nessuna opzione che preveda la possibilità (regolamentata o no) di un aumento della disponibilità di sostanze stupefacenti (e quindi in grado di far aumentare il numero dei consumatori e delle persone con evoluzione verso forme di addiction) può essere eticamente e socialmente accettabile, anche in presenza di evidenze scientifiche che comprovino la diminuzione dei costi sociali e sanitari.

Pertanto, i costi/investimenti per la prevenzione e il contrasto devono essere considerati costi indifferibili e in nessun modo sacrificabili.

Costi per la
prevenzione:
indifferibili

13. L'uso di sostanze è anche un problema di sanità pubblica

L'uso di sostanze comporta pericoli e danni diretti ed indiretti alla salute della comunità nel suo intero. La presenza di malattie infettive, di condizioni psicologiche e psichiatriche, di rischi per l'integrità psicofisica derivanti dalla guida o dallo svolgere mansioni lavorative sotto

Uso di droghe e
sanità pubblica

41 Cfr. nota 34.

42 Cfr. nota 18.

l'effetto di sostanze^{43 44 45 46 47 48 49 50 51} fa sì che tale condizione sia da considerare un rilevante problema di sanità pubblica che merita quindi specifici, strutturati e permanenti programmi pubblici e strutture sanitarie organizzate di intervento in tale ambito sia a livello regionale che nazionale in maniera coordinata.

14. L'uso di sostanze è anche un problema di sicurezza pubblica

Sicurezza pubblica in pericolo

Contemporaneamente, azioni illegali quali la produzione, il commercio e lo spaccio delle sostanze stupefacenti, costituiscono un rilevante problema di sicurezza pubblica, di sviluppo sociale ed economico del paese a cui è necessario dare risposte concrete e permanenti in termini di prevenzione e contrasto, senza criminalizzazione delle persone tossicodipendenti per il loro uso di sostanze (così come specificatamente già previsto dalla normativa italiana in materia) in quanto portatori di malattia, ma nel contempo senza tolleranza verso lo spaccio, il traffico di sostanze, la produzione illegale e la coltivazione domestica di cannabis.

15. Chi consuma sostanze e compra droga deve essere pienamente consapevole che finanzia le organizzazioni criminali e il terrorismo

Finanziamenti alle mafie

Chi acquista droga, sia per consumi occasionali sia per la presenza di dipendenza, deve essere fortemente consapevole che così agendo fornisce un supporto finanziario diretto alle organizzazioni criminali e al terrorismo. Gli introiti di queste organizzazioni vengono generati da azioni individuali di acquisto che ricadono sotto la responsabilità individuale dell'acquirente e non c'è scusante neppure per chi ha uno stato di dipendenza se si considera la possibilità, almeno nel nostro paese, di accedere (in alternativa all'uso di sostanze), in tempi brevissimi e gratuitamente, a trattamenti e cure appropriate. Pur considerando la tossicodipendenza una malattia e ritenendo non condivisibile connotare tale stato patologico come "problema morale", si considera comunque che lo specifico comportamento di dare denaro ad uno spacciatore sia prima di tutto moralmente inaccettabile e socialmente disapprovabile, anche se comprensibile, visto lo stato patologico. Soprattutto per coloro che non hanno una dipendenza, e quindi per i quali non sussista una condizione di impellenza e di necessità psico-fisica di acquisto, questo concetto è particolarmente reale e va sempre ben

43 Serpelloni G., Bricolo F., Gomma M., Elementi di Neuroscienze e Dipendenze, 2° edizione. Manuale per operatori dei Dipartimenti delle Dipendenze, Dipartimento per le Politiche antidroga – PCM, Giugno 2010. Scaricabile da www.dronet.org.

44 Cfr. nota 8.

45 Cfr. nota 9.

46 Cfr. nota 10.

47 Cfr. nota 11.

48 Cfr. nota 12.

49 Cfr. nota 13.

50 Cfr. nota 14.

51 <http://www.nida.nih.gov/drugpages>.

rappresentato e comunicato.

16. Considerare il “potenziale nocivo globale” (e non solo la tossicità acuta) delle singole sostanze stupefacenti, ed in particolare della cannabis, per la definizione delle strategie e delle politiche antidroga

Tutte le sostanze stupefacenti sono da considerarsi sempre potenzialmente nocive per la salute fisica, psichica e sociale dell'individuo anche se assunte occasionalmente.^{52 53 54} È inutile e dannoso voler graduare i danni delle diverse sostanze stupefacenti al fine di voler giustificare la legalizzazione o la liberalizzazione di alcune (es. la cannabis) trascurando il potenziale evolutivo di nocività nelle persone vulnerabili, che vengono sensibilizzate dall'uso anche occasionale di queste droghe strumentalmente ed erroneamente definite “leggere”.⁵⁵

Tutte le sostanze
sono tossiche

Pertanto, al fine di strutturare politiche ed interventi per la riduzione del consumo di sostanze, la valutazione globale del potenziale nocivo dell'uso di droghe deve tenere conto sia delle caratteristiche tossicologiche della sostanza, ma anche di altri ed importanti fattori in grado di attivare, differenziare e rendere più pericolosi i percorsi evolutivi delle persone vulnerabili. Tali fattori sono: le caratteristiche di vulnerabilità della persona consumatrice (fattori neuropsicobiologici individuali), l'ambiente sociale in cui avviene il consumo (fattori di vulnerabilità ambientale), la presenza o assenza di fattori di protezione (famiglia, scuola, condizioni affettive, ecc.). Questi fattori infatti possono influenzare la capacità di creare un percorso evolutivo più o meno grave del consumatore verso forme di addiction o verso l'utilizzo di sostanze ad alta capacità legante e rischio diretto di decesso per tossicità acuta.

Persone a rischio e
vulnerabili

Un'ulteriore importante osservazione è che, oltre a questo, va considerato, nella valorizzazione di questo potenziale nocivo globale, anche la facilità di accesso alla sostanza, l'alto numero di consumatori esistenti nella comunità e soprattutto la bassa percezione del rischio e del danno derivante dall'uso della sostanza che hanno i potenziali assuntori (soprattutto se adolescenti)^{56 57}.

Sulla base di queste considerazioni, la cannabis e i suoi derivati, proprio per le caratteristiche che presentano ed, in particolare, per la bassa percezione del rischio tra i giovani e la conseguente facilità di utilizzo, non possono pertanto essere considerate sostanze a bassa pericolosità sociale e sanitaria. Per queste ragioni va respinta anche la proposta di una loro legalizzazione sostenuta spesso da errate motivazioni di bassa pericolosità e nocività in quanto non considerano il grande potenziale evolutivo e di mortalità correlata all'inciden-

⁵² Cfr. nota 1.

⁵³ Cfr. nota 10.

⁵⁴ Cfr. nota 11.

⁵⁵ Cfr. nota 10.

⁵⁶ Dipartimento per le Politiche Antidroga, Presidenza del Consiglio dei Ministri, Relazione annuale al Parlamento sull'uso di sostanze stupefacenti e sulle tossicodipendenze in Italia, Roma, 2011. Scaricabile da www.politicheantidroga.it e www.dronet.org.

⁵⁷ EMCDDA, Annual report on the state of the drugs problem in Europe, Lisbona, Novembre 2010. Scaricabile da: <http://www.emcdda.europa.eu/publications/annual-report/2010>.

talità che l'uso di queste sostanze comporta. Il danno sociale e sanitario, infatti, derivante da questo uso di sostanze, va valutato, oltre che per le sole caratteristiche tossicologiche, anche sempre in prospettiva, globalmente e in relazione alle persone vulnerabili presenti nella comunità.

17. Una politica ben bilanciata: prevenzione, cura, riabilitazione, sanzione del consumo, contrasto e penalizzazione del traffico e dello spaccio

Bilanciamento delle azioni

La politica nei confronti dell'uso di droghe si basa sul riconoscere la necessità di mantenere l'uso di sostanze stupefacenti un'azione illegittima e sanzionata amministrativamente dalla legislazione. L'approccio globale deve necessariamente prevedere un bilanciamento tra le azioni di prevenzione, cura e riabilitazione e le azioni di sanzione dell'uso, repressione e contrasto del traffico e dello spaccio con un sistema generale basato soprattutto sui diritti di salute delle persone, in particolare se minorenni e vulnerabili, ad essere difese dall'offerta di sostanze stupefacenti, ad essere curate precocemente se tossicodipendenti, ma con un orientamento alla piena riabilitazione ed al reinserimento sociale. E' quindi un dovere dello Stato fare in modo, con permanenti azioni di contrasto, che le organizzazioni criminali vengano perseguite costantemente sia nelle fasi di produzione e traffico, sia nelle fasi dello spaccio.

18. La repressione del traffico e dello spaccio per minare il potere del crimine organizzato: un atto dovuto ed efficace nel medio e lungo termine

Contrasto del traffico e dello spaccio

Mantenere una costante pressione per il contrasto delle attività delle organizzazioni criminali sia per quanto riguarda il traffico che il micro-spaccio, risulta essere una importante ed irrinunciabile azione per non consentire a queste organizzazioni di svilupparsi e radicarsi ulteriormente nel tessuto sociale e tutelare i cittadini da questi pericoli. Le politiche di repressione delle organizzazioni criminali, compresi i coltivatori, i corrieri e i piccoli spacciatori, in questo contesto bilanciato di azione, sono quindi un atto dovuto e non precludono né impediscono affatto le misure di sanità pubblica per le tossicodipendenze e per l'infezione da HIV o le epatiti.

Contrastare l'immigrazione clandestina e contestuale inclusione

A questo proposito contrastare l'immigrazione clandestina e attivare contestualmente politiche di forte integrazione ed inclusione sociale e lavorativa delle persone immigrate legalmente risulta fondamentale anche per la prevenzione del crimine organizzato correlato al traffico e allo spaccio di droga. Una particolare attenzione deve essere rivolta al nuovo mercato delle droghe su internet e tramite le farmacie on-line che hanno necessità, al fine di essere realmente efficaci, di essere fortemente contrastate anche con nuove forme di azione telematica.

Lotta alla droga in internet: un'azione globale

Va segnalata però la difficoltà oggettiva di dover agire sulla rete internet a livello globale e non solo nazionale, con la necessità quindi di supportare e valorizzare il coordinamento e la cooperazione internazionale delle Forze dell'Ordine.⁵⁸

⁵⁸ International Narcotics Control Board, Guidelines for governments on preventing the illegal sale of internationally controlled substances through the Internet, United Nations Publication, New York, 2009.

Una particolare rilevanza riveste inoltre lo sviluppo e il rafforzamento di strategie e procedure agevolate per utilizzare, al fine di sostenere finanziariamente soprattutto le attività di prevenzione, dei fondi sequestrati alle mafie. Queste ingenti somme dovrebbero trovare un rapido ed agevolato utilizzo mediante atti specifici a sostegno delle organizzazioni impegnate nel settore della prevenzione e recupero delle persone tossicodipendenti.

Finalizzazione alla
prevenzione dei
fondi sequestrati
alle mafie

Fondamentale e strategico infine sarà il rafforzamento delle attività tese al contrasto del riciclaggio del denaro sporco, avendo ben presente che tali azioni devono trovare, per poter essere realmente efficaci, un accordo tra tutti gli stati membri. Questo in considerazione del fatto che le organizzazioni criminali e il loro affari sono sicuramente transfrontalieri e i flussi finanziari non restano certo solo all'interno dei confini nazionali.

Contrasto del
riciclaggio del
denaro sporco

19. La necessità di monitoraggio e valutazione costante dei risultati e dei costi

Tutte le strategie e gli interventi devono poter essere valutati nella loro sicurezza, efficacia (*outcome*) e sostenibilità economica-finanziaria. Le organizzazioni sanitarie e di governo (nazionali e regionali) devono possedere sistemi idonei al fine di poter valutare permanentemente i loro risultati, nel senso di *outcome* ottenuto, e i costi sostenuti. Questo deve costituire criterio di finanziabilità degli stessi interventi e progetti proposti. Inoltre la messa in comune dei dati di *outcome* e il confronto delle prassi permetterà di migliorare i sistemi di risposta e di far crescere l'efficacia degli interventi nel loro complesso.^{59 60}

Valutazione costante
dei risultati
(*outcome*)
Criterio di
finanziabilità

Risulta rilevante per ogni settore di intervento possedere un sistema di rilevamento ed elaborazione dei dati quanto più centralizzato possibile, che permetta soprattutto una tempestiva e precisa ricostruzione dell'andamento del fenomeno e dell'impatto globale, nel tempo, degli interventi oltre che dei costi. Sono pertanto da considerare strategici i sistemi informativi e le indagini epidemiologiche sulla popolazione a rischio e nelle acque reflue oltre che il mantenimento del sistema d'allerta precoce per l'individuazione delle nuove sostanze stupefacenti e la loro tabellazione.⁶¹

Monitoraggio epide-
miologico dell'anda-
mento del fenomeno

20. La ricerca, la formazione specialistica e continua degli operatori e le collaborazioni internazionali

Si ritiene fondamentale sostenere e finanziare la ricerca soprattutto nel campo delle neuroscienze, dei trattamenti e della riabilitazione. L'approccio neuro-scientifico anche nelle tossicodipendenze porterà a sviluppare nuovi ed importanti punti di vista e modelli interpretativi che saranno in grado di far comprendere meglio non solo la malattia e i comportamenti correlati, ma anche gli interventi più efficaci ed adeguati sia di tipo preventivo, terapeutico e riabilitativo. La traslazione dei risultati delle ricerche alla pratica clinica risulta inoltre fon-

Ricerca e
neuroscienze per
una nuova comunità
scientifica

59 Serpelloni G., Macchia T., Mariani F., OUTCOME La valutazione dei risultati e l'analisi dei costi nella pratica clinica nelle tossicodipendenze, progetto NOP (National Outcome Project) del Ministero della Solidarietà Sociale 2006. Scaricabile da www.dronet.org.

60 Dipartimento per le Politiche Antidroga e Ministero della Salute, Manuale operativo SIND, Maggio 2011. Scaricabile da www.dronet.org.

61 Cfr. nota 17.

damentale e di rilevanza strategica mediante opportune attività di formazione permanente degli operatori e il loro coinvolgimento in “community” scientifiche, specifici e finalizzati network professionali che coinvolgano molte unità operative sul territorio nazionale, attraverso specifici progetti multicentrici. Oltre a questo, risulta fondamentale promuovere anche il coinvolgimento e la collaborazione di organizzazioni scientifiche internazionali nel campo dell'*addiction*.

21. I risultati positivi possono migliorare

Diminuzione
dei consumi,
delle overdose,
delle infezioni

In questi ultimi dieci anni, grazie agli sforzi congiunti di tutte le Amministrazioni centrali, regionali, locali e le organizzazioni pubbliche, del privato sociale e del volontariato, che hanno fondamentalmente condiviso questa impostazione di azione bilanciata, i consumi di sostanze stupefacenti nel nostro Paese sono diminuiti con particolare riguardo alle fasce giovanili, le overdose sono fortemente calate (da 1002 all'anno nel 1999 a 374 nel 2010) e sono in costante decremento, le nuove infezioni da HIV nei tossicodipendenti si sono fortemente ridotte e la diffusione dell'infezione da HIV nei tossicodipendenti è sicuramente sotto controllo⁶².

Aumento delle persone
che vogliono entrare in
trattamento

Sono inoltre diminuite le incidenze di nuove infezioni di epatiti.

Sono aumentate contemporaneamente le persone tossicodipendenti che chiedono aiuto ed entrano in trattamento presso le strutture pubbliche e del privato sociale accreditato.

Aumento dei
trattamenti in
alternativa alla pena

Inoltre, negli ultimi tre anni, sono diminuite le persone tossicodipendenti entrate in carcere e aumentate quelle che ne escono per intraprendere percorsi alternativi di cura.⁶³

Depenalizzazione
del consumo

Nessuna persona tossicodipendente è stata arrestata semplicemente per aver usato sostanze stupefacenti, ma sempre e solo in relazione alla violazione delle leggi che puniscono penalmente il traffico, lo spaccio, la coltivazione illegale, ecc. di sostanze stupefacenti, oltre che altre violazioni delle altre leggi non in relazione con le droghe.⁶⁴

⁶² Cfr. nota 56.

⁶³ Cfr. nota 56.

⁶⁴ Cfr. nota 56.

Allegato 2

Public Policy Statement: ADDICTION DEFINITION

ASAM - American Society of Addiction Medicine

Breve definizione di *addiction*

La dipendenza è una malattia cerebrale primaria, cronica legata ai meccanismi di “ricompensa” (*reward*) del cervello, della motivazione, della memoria e dei circuiti collegati. La presenza di una disfunzione in questi circuiti comporta peculiari manifestazioni biologiche, sociali e spirituali. Questo si riflette in una patologica ricerca dell'individuo di ricompense/piacere e sollievo derivante dall'uso di sostanze e altri comportamenti correlati.

La dipendenza sarebbe così caratterizzata da un'incapacità verso un'astinenza continuata e regolare, da disturbi nel controllo del comportamento, dal craving, da una scarsa percezione di problemi nei propri comportamenti e nelle relazioni con gli altri e da una disfunzione nei meccanismi di risposta emozionali. Come le altre malattie croniche, la dipendenza spesso alterna cicli di ricaduta a periodi di remissione dei sintomi. Senza un efficace trattamento e un pieno coinvolgimento in attività orientate al recupero (*recovery*), la dipendenza è progressiva e può degenerare in forme di inabilità o alla morte prematura.

L'*addiction* è una malattia primaria, cronica legata ai meccanismi di “ricompensa” (*reward*) del cervello, della motivazione, della memoria e dei circuiti collegati.

La dipendenza colpisce la neurotrasmissione e le interazioni all'interno delle strutture di “ricompensa” del cervello, inclusi il nucleus accumbens, la corteccia anteriore del cingolo, il proencefalo basale e l'amygdala in modo tale da alterare le gerarchie motivazionali e i comportamenti di dipendenza, tra cui l'uso di alcol e droghe, soppiantando i comportamenti a tutela della salute e della cura dell'individuo. La dipendenza agisce inoltre sulla neurotrasmissione e sulle interazioni tra i circuiti corticali e dell'ippocampo e le strutture di ricompensa del cervello così che la memoria delle precedenti esperienze alle gratificazioni (quali cibo, sesso, alcol o altre droghe) induce a una risposta biologica e comportamentale ai segnali esterni, innescando *craving* o coinvolgimento in comportamenti di dipendenza.

La neurobiologia dell'*addiction* va oltre la neurochimica della ricompensa.

La corteccia frontale del cervello e le connessioni di materia bianca sottostanti tra la corteccia frontale e i circuiti della ricompensa, della motivazione e della memoria sono fondamentali nelle manifestazioni di controllo dell'impulso alterato e del giudizio alterato, e nel conseguimento anomalo di ricompense (che è spesso sperimentato dalla persona dipendente come un desiderio di “essere normale”) riscontrato nelle forme di *addiction*, nonostante le

conseguenze negative accumulate e derivanti dall'assunzione di sostanze e in altri comportamenti di dipendenza.

I lobi frontali sono importanti nell'inibire gli impulsi e hanno un ruolo decisivo nell'assistere gli individui a controllare/ritardare in modo appropriato le gratificazioni. Quando una persona dipendente da sostanze manifesta problemi nel differire/controllare piaceri e gratificazioni, l'origine di questa tendenza è riscontrabile nella corteccia frontale.

La morfologia del lobo frontale, la connessione e il funzionamento sono elementi in fieri del processo di maturazione durante l'adolescenza e del periodo iniziale della vita di un adulto, perciò l'esposizione precoce all'uso di sostanze è un fattore significativo nello sviluppo di forme di dipendenza. Molti neuroscienziati ritengono che la morfologia dello sviluppo sia l'elemento base che rende l'esposizione precoce alle sostanze un fattore così importante.

Fattori genetici

I fattori genetici influiscono per più della metà sulla probabilità di un individuo di sviluppare forme di *addiction*. I fattori ambientali interagiscono con la biologia della persona e si ripercuotono sulla parte in cui i fattori genetici esercitano la loro influenza. Le resilienze che un individuo acquisisce (attraverso modelli educativi - *parenting* - o successive esperienze di vita) può influenzare la predisposizione a comportamenti o altre manifestazioni di dipendenza.

Altri fattori che possono contribuire al sorgere dell'*addiction* e che inducono a peculiari manifestazioni bio-psico-socio spirituali, includono:

- la presenza di deficit biologici nella funzione dei circuiti della "ricompensa";
- il reiterarsi di comportamenti di *addiction* o di uso di sostanze che provocano un neuroadattamento nel circuito motivazionale e una conseguente mancata capacità di controllo rispetto a questi comportamenti;
- distorsioni cognitive ed affettive che possono compromettere la percezione e la gestione dei sentimenti, provocando significative illusioni/autoinganni;
- disturbi e problemi nelle relazioni interpersonali che influiscono sullo sviluppo della resilienza;
- esposizione a traumi o stress;
- alterazioni nella comprensione, nel pensiero e nel comportamento;
- distorsioni dell'individuo a connettersi e relazionarsi con se stesso, con gli altri e con il trascendentale;
- la presenza di concomitanti disturbi psichiatrici nelle persone che usano sostanze o presentano altri comportamenti di dipendenza.

L'*addiction*

L'*addiction* è caratterizzata da:

- incapacità ad uno stato di sobrietà (non uso della sostanza) duratura;
- alterazioni nel controllo del comportamento;
- *craving* o forte desiderio/ricerca verso le droghe o altre esperienze "gratificanti";
- scarsa capacità di riconoscere i problemi nel proprio comportamento o nelle relazioni interpersonali;
- una risposta emotiva disfunzionale.

Il potere di stimoli esterni ad innescare il *craving* e l'uso di droghe, così come l'aumento della frequenza ad essere coinvolti in altri potenziali comportamenti di dipendenza, è una caratteristica stessa dell'*addiction*. L'ippocampo è importante nella memoria delle esperienze pregresse di euforia o di disforia e l'amigdala riveste un ruolo rilevante nell'avere una motivazione selettiva di comportamenti associati a queste esperienze passate.

Nonostante alcuni pensino che la differenza tra chi sviluppa dipendenza e chi invece no, risieda nella quantità o nella frequenza dell'uso di sostanze, nel coinvolgimento verso comportamenti orientati all'*addiction* (quali ad esempio il *gambling* o lo *spending*) o nell'esposizione verso gratificazioni esterne (come il cibo o il sesso), un elemento peculiare dell'*addiction* sono le modalità qualitative attraverso le quali l'individuo risponde a queste esposizioni, allo stress e ai segnali ambientali.

Un particolare aspetto patologico della modalità con la quale la persona dipendente persegue l'uso di sostanze o gratificazioni esterne è la preoccupazione, l'ossessione per cui la ricerca di ricompense (alcol o altre droghe) persiste nonostante si accumulino conseguenze negative.

Un rischio persistente e/o la ricorrenza di ricadute, dopo periodi di astinenza, è un'altra caratteristica fondamentale della dipendenza. Ciò può essere innescato dall'esposizione a sostanze e comportamenti gratificanti, dall'esposizione a segnali ambientali che inducono all'assunzione, e dall'esposizione a fattori di stress che stimolano l'accresciuta attività nei circuiti dello stress del cervello.

Nella dipendenza vi è un problema significativo nelle funzioni esecutive, che si manifesta con problemi nella percezione, nell'apprendimento, nel controllo di impulsi, nella compulsività e nel giudizio. Le persone con dipendenza manifestano spesso una minore prontezza a cambiare i comportamenti anomali nonostante le crescenti preoccupazioni espresse da persone importanti nelle loro vite; e mostrano inoltre un apparente mancanza di riconoscimento della magnitudo dei problemi accumulati e delle complicazioni. Il lobo frontale ancora in fase di sviluppo e crescita degli adolescenti potrebbe aumentare questi deficit nelle funzioni esecutive e predisporre i giovani ad intraprendere comportamenti a rischio, compreso l'uso di alcol o altre droghe.

La profonda pulsione o il craving verso l'uso di sostanze o il coinvolgimento in comportamenti che portano a comportamenti gratificanti, che sono visibili in molti pazienti dipendenti, evidenzia l'aspetto compulsivo o non consapevole di questa malattia. Questa è la connessione con l'"assenza di potere" sulla dipendenza e l'"ingestibilità" della vita, come viene descritto nello Step 1 dei programmi dei 12 Passi.

L'*addiction* è più di una semplice alterazione comportamentale. Le caratteristiche dell'*addiction* includono gli aspetti relativi ai comportamenti dell'individuo, alle emozioni, ai pensieri e alle interazioni con gli altri, compresa la capacità di una persona di relazionarsi con i membri della propria famiglia, della comunità e rapportarsi con il proprio stato psicologico e con le cose che trascendono la loro esperienza quotidiana.

Manifestazioni comportamentali e complicazioni della dipendenza, in primis dovute a un mancato controllo, possono includere:

- l'uso eccessivo e/o coinvolgimento in comportamenti di dipendenza, con frequenze e/o quantità rispetto alle intenzioni della persona, spesso associate con un desiderio persistente e con tentativi fallimentari di controllo del comportamento;

- un tempo eccessivo perso ad usare sostanze o a riprendersi dagli effetti della sostanza e/o coinvolgimento in comportamenti di dipendenza, con un impatto negativo significativo sul funzionamento sociale e occupazionale (es. sviluppo di problemi nelle relazioni interpersonali, o negligenza nell'assunzione di responsabilità a scuola, a casa e sul lavoro);
- un uso continuo e/o un coinvolgimento in comportamenti che danno dipendenza, nonostante la presenza di persistenti o ricorrenti problemi fisici o psicologici che possono essere stati causati o esacerbati dall'uso di sostanze;
- una mancanza di abilità e/o prontezza ad intraprendere un'azione incisiva, positiva nonostante il riconoscimento dei problemi esistenti.

Cambiamenti cognitivi nella dipendenza possono includere:

- preoccupazione per l'uso di sostanze;
- valutazioni alterate dei benefici relativi e dei danni associati con le droghe o con comportamenti gratificanti;
- difficoltà ad identificare sentimenti, a distinguere tra sentimenti e sensazioni fisiche di eccitazione emotiva e a descrivere sentimenti alle altre persone (talvolta riconducibile ad alexitimia).

Gli "aspetti emozionali" dell'addiction sono molto complessi: alcuni soggetti usano sostanze perché cercano in modo patologico di raggiungere stati emotivi gratificanti (*euphoria*), mentre altri, al contrario, lo fanno per sfuggire a stati negativi emotivi (*dysphoria*). Altri perseguono l'uso di sostanze o di altre "ricompense" perché hanno sperimentato un sollievo da stati di disforia, i quali costituiscono un "rinforzo negativo". Oltre a queste esperienze iniziali di ricompensa e piacere, c'è uno stato emotivo disfunzionale, presente in molte forme di dipendenza, che è associato con la persistenza di coinvolgimento in comportamenti che sviluppano dipendenza. Lo stato di dipendenza non è uguale allo stato di intossicazione. Mentre qualcuno sperimenta una lieve intossicazione tramite uso di alcol o droghe, qualcun altro viene coinvolto in modo non patologico in comportamenti che potenzialmente creano dipendenza quali il gambling o il cibarsi, altri invece possono provare un'esperienza percepita come stato emotivo positivo associata con un'incrementata attività di dopamina e peptidi oppioidi nei circuiti della ricompensa. Dopo una tale esperienza, si crea un "*rebound*" neurochimico nel quale la funzione di ricompensa non ritorna semplicemente alla linea/livello base ma spesso scende sotto il livello originale. Ciò non è percepibile in modo conscio dall'individuo e non è necessariamente associato con alterazioni funzionali.

Nel tempo le ripetute esperienze con l'uso di sostanze o comportamenti che generano dipendenza non sono sempre associati con un aumento dell'attività del circuito della ricompensa e non sono soggettivamente gratificanti. Una volta che una persona sperimenta la sindrome astinenziale dalla droga o da comportamenti affini, si sviluppa uno stato di ansia, agitazione, disforia e di labili emozioni legato alla ricompensa subottimale e al reclutamento del cervello e dei sistemi dello stress ormonale, che è associato all'astinenza da tutte le tipologie farmacologiche di sostanze che danno dipendenza. Mentre ci si abitua e si sviluppa una tolleranza a situazioni in cui "ci sente al massimo", non accade lo stesso per gli stati emozionali negativi associati con il ciclo dell'intossicazione e dell'astinenza. Per questo, nelle forme di dipendenza, le persone tentano ripetutamente di raggiungere "il top", e invece quello che sperimentano sono esperienze che li portano sempre più in basso.

Le persone dipendenti sentono il bisogno di utilizzare sostanze che creano dipendenza per risolvere i propri stati di disforia o i sintomi psicologici dell'astinenza. Inoltre usano sostanze

in modo compulsivo anche quando non ne hanno benefici, in alcuni casi dopo molto tempo che la ricerca delle ricompense non è più di fatto gratificante. Anche se in alcuni modelli culturali vi è la possibilità di scegliere di essere “al massimo”, è importante rendersi conto che la dipendenza non è semplicemente una scelta. Per dirla in maniera semplice, la dipendenza non è una condizione desiderata.

Poiché la dipendenza è una patologia cronica, i periodi di ricaduta, che possono interrompere fasi di remissione dei sintomi, sono elementi comuni nelle forme di dipendenza. E' importante però riconoscere che il ritorno all'uso di sostanze o la ricerca patologica di ricompense non è sempre inevitabile.

Gli interventi clinici e terapeutici sono efficaci per risolvere gli stati di dipendenza. Attente attività di monitoraggio dei comportamenti degli individui e il “*contingency management*” possono portare a esiti clinici positivi (*outcomes*). Il coinvolgimento in attività mirate a promuovere la salute che incentivano la responsabilità individuale e la consapevolezza, la relazione con gli altri e la crescita personale possono contribuire nel recupero della persona (*recovery*). E' importante a tal proposito riconoscere la dipendenza come una malattia che può portare a inabilità o provocare morte prematura, specialmente quando è sottovalutata o trattata inadeguatamente.

Le modalità qualitative in cui il cervello e il comportamento rispondono all'esposizione di sostanze sono diverse nei stadi più avanzati di dipendenza rispetto a quelli iniziali, indicando una progressione che potrebbe non essere direttamente correlata. Così come si agisce per curare patologie croniche, la condizione di dipendenza deve essere monitorata e trattata nel tempo al fine di:

1. ridurre la frequenza e l'intensità delle ricadute,
2. supportare i periodi di remissione dei sintomi,
3. ottimizzare il livello di funzionamento della persona durante queste fasi di remissione.

In alcuni casi di dipendenza, la gestione farmacologica può aiutare gli esiti del trattamento. In molti casi di *addiction* l'integrazione tra la riabilitazione psicosociale e le cure continue con una terapia farmacologica “evidence based” dà i risultati migliori. La gestione delle patologie croniche è importante per ridurre al minimo gli episodi di ricaduta e il loro impatto. Il trattamento della dipendenza salva la vita.

I professionisti che lavorano nel campo dell'*addiction* e le persone coinvolte nei processi di *recovery* sanno che la speranza si trova proprio nel recupero della persona. Questo è disponibile anche per le persone che non sono in grado di percepire questa speranza, specialmente quando ci si focalizza sul legame tra le conseguenze sulla salute e la malattia della dipendenza. Come in altre condizioni di salute delicate, il “*self-management*” e il mutuo aiuto sono molto importanti per uscire dalla dipendenza. Il supporto delle persone pari (*peer support*) così come si riscontra in varie attività di “auto-aiuto” risulta avere benefici nell'ottimizzare lo stato di salute e gli esiti funzionali nei processi di *recovery*.

Il recupero dalla dipendenza è raggiunto in modo ottimale grazie ad una combinazione di *self-management*, mutuo aiuto e cure professionali fornite da professionisti esperti e riconosciuti”.

Note esplicative:

1. La neurobiologia della ricompensa è stata analizzata a fondo per decenni, mentre la neurobiologia dell'addiction è ancora in fase di studio. Molti clinici hanno compreso i percorsi della ricompensa che includono le proiezioni dall'area ventro-segmentale (VTA) del cervello, attraverso il fascio medio del proencefalo (MFB) e che terminano nel nucleus accumbens (Nuc Acc), nel quale i neuroni dopaminergici sono prevalenti. L'attuale neuroscienza riconosce che il neurocircuito della ricompensa coinvolge anche un ricco e bidirezionale circuito che connette il nucleus accumbens e il proencefalo basale. E' in questo circuito che la ricompensa viene registrata, e dove le fondamentali gratificazioni quali il cibo, l'idratazione, il nutrimento esercitano un'influenza forte e di sostentamento alla vita. L'alcol, la nicotina, altre droghe e i comportamenti patologici di gambling agiscono inizialmente sullo stesso circuito della ricompensa che si manifesta nel cervello per rendere il cibo o il sesso, ad esempio, profondamente più forti. Altri effetti, quali l'intossicazione e l'euforia emotiva, derivano dall'attivazione del circuito della ricompensa. Mentre l'intossicazione o la sindrome astinenziale sono state studiate e capite a fondo tramite lo studio del circuito della ricompensa, la comprensione della dipendenza richiede la comprensione di un più ampio network di connessioni neurali che coinvolgono il proencefalo così come le strutture del mesencefalo. La selezione di alcune ricompense, la preoccupazione per certi comportamenti gratificanti, la risposta ai triggers di perseguire determinate ricompense e le iniziative (motivational drives) ad usare alcol e altre droghe e/o cercare in modo patologico altre ricompense, coinvolge varie aree del cervello al di fuori dal neurocircuito stesso della ricompensa.
2. Queste cinque caratteristiche non devono essere utilizzate come criteri diagnostici per stabilire se sussista o meno una forma di dipendenza. Nonostante tali peculiari caratteristiche siano ampiamente presenti nella maggior parte dei casi di dipendenza, indipendentemente dalla farmacologia dell'uso di sostanze riscontrata nell'addiction o dalla ricompensa che viene perseguita in modo patologico, ogni elemento potrebbe non essere egualmente importante in ciascuna casistica. La diagnosi della dipendenza richiede una valutazione globale biologica, psicologica, sociale e spirituale fatta da un professionista riconosciuto ed esperto.
3. In questo documento, il termine "*addictive behaviors*" si riferisce ai comportamenti che sono comunemente gratificanti e sono una caratteristica della maggior parte dei casi di dipendenza. L'esposizione a questi comportamenti, come capita con l'esposizione a sostanze gratificanti, facilita il processo di dipendenza più che esserne la causa. Lo stato di anatomia e la fisiologia del cervello e la variabile di fondo che può essere in modo più diretto la causa dell'addiction. Perciò, in questo documento, il termine "comportamenti che danno dipendenza" non si riferisce a comportamenti disfunzionali o socialmente disapprovati, che possono essere presenti in molti casi di dipendenza. I comportamenti, come la disonestà, la violazione di valori individuali o di valori altrui, azioni criminali etc., possono essere una componente della dipendenza; questi devono essere meglio valutati come risultanti/conseguenze piuttosto che come fattori che contribuiscono all'addiction.
4. L'anatomia (i circuiti del cervello coinvolti) e la fisiologia (i neurotrasmettitori coinvolti) in questi tre modi di ricaduta (droga o ricaduta scatenata dalla ricompensa vs ricaduta scatenata da un evento scatenante ambientale vs ricaduta scatenata dallo stress) sono

stati identificati dalla ricerca nel campo delle neuroscienze.

La ricaduta scatenata dall'esposizione a sostanze che danno dipendenza/gratificanti, incluso l'alcol, coinvolge il nucleus accumbens e l'asse neurale VTA-MFB-NucAcc ("il circuito incentivante mesolimbico, dopamimergico del cervello). La ricaduta scatenata dalla ricompensa è anche mediata dai circuiti glutamatergici che proiettano al nucleus accumbens dalla corteccia frontale.

La ricaduta scatenata dall'esposizione a segnali condizionati dall'ambiente coinvolge i circuiti del glutammato, che hanno origine nella corteccia frontale, nell'insula, nell'ippocampo e nell'amygdala che si proietta verso il circuito incentivante mesolimbico.

La ricaduta scatenata dall'esposizione a esperienze che provocano stress coinvolge i circuiti dello stress del cervello oltre l'asse ipotalamica-pituitaria-adrenergico che è nota come il centro del sistema endocrino dello stress. Ci sono due di questi circuiti del cervello che scatenano la ricaduta: uno ha origine nel nucleo noradrenergico A2 nell'area segmentale laterale dell'asse (stem)cerebrale e si proietta verso l'ippotalamo, il nucleus accumbens, la corteccia frontale e il bed nucleus della stria terminalis e usa la nora-pinefrina come suo neurotrasmettitore; l'altro invece ha origine nel nucleus centrale dell'amygdala, si proietta verso il bed nucleus della stria terminalis e utilizza in fattore di rilascio corticotropico (CRF) come neurotrasmettitore.

5. La ricerca patologica della ricompensa (menzionata nella definizione breve di questa definizione) ha così varie componenti. Non è quindi necessariamente la quantità dell'esposizione alla ricompensa (ad esempio il dosaggio di una sostanza) o la frequenza della durata dell'esposizione che la rende "patologica". Inoltre, la ricerca di ricompense persiste, nonostante i problemi che si accumulano a causa dei comportamenti di dipendenza, anche quando il coinvolgimento in questi comportamenti cessa di essere piacevole. Allo stesso modo, nelle fasi iniziali della dipendenza, o persino prima che la dipendenza dia esplicite manifestazioni di sé, il consumo di sostanze o il coinvolgimento in comportamenti che generano dipendenza, possono rappresentare un tentativo di ricerca di sollievo da stati di disforia. Invece, nelle fasi avanzate della malattia, tale coinvolgimento può persistere sebbene il comportamento non sia più fonte di sollievo."

A cura di ASAM Board of Directors, 12 Aprile 2011.

Fonti bibliografiche e siti di riferimento

ASAM Public Policy Statement on Treatment for Alcohol and other drug addiction., adottato nel Maggio 1980, rivisto nel Gennaio 2010.

<http://www.asam.org/1TREATMENT%20%20AOD%201-10.pdf>

ASAM Public Policy Statement on The relationship between Treatment and Selfhelp: a joint statement of the American Society of Addiction Medicine, the American Academy of Addiction Psychiatry and the American Psychiatric Association.

<http://www.asam.org/1TREATMENT%20AND%20SELF-HELP%20-%20JOINT%2012-972.pdf>



Allegato 3 – Check list: abilità di vita – life skills

CHECK LIST ABILITA' DI VITA – LIFE SKILLS				
DOMINIO PRINCIPALE	SKILLS SPECIFICA	SKILLS ELEMENTARE/INDICATORI	PROBLEMI RILEVATI	GIUDIZIO DELL'OPERATORE SCORE (1-10)
SALUTE PSICO FISICA	Stile di vita	<ul style="list-style-type: none"> Mangiare sano Rispetto del ritmo sonno/veglia Uso di farmaci solo se prescritti Pratica regolare dell'igiene personale Prevenzione delle malattie evitabili 		
		<ul style="list-style-type: none"> Grado di autonomia fisica e di circolazione Capacità psico-fisica e di orientamento 		
	Mobilità			
		<ul style="list-style-type: none"> Problem analysis Problem solving Decision making Consapevolezza dei propri limiti e capacità Consapevolezza delle proprie reazioni (funzionamento psichico) Programmazione e organizzazione Capacità di gestire le frustrazioni/stress 		
COMPORTEMENTO	Saper riconoscere e saper evitare il rischio	<ul style="list-style-type: none"> Rischio di recidiva Rischio infettivo Rischio criminale 		
	Saper comunicare efficacemente	<ul style="list-style-type: none"> Capacità di esprimersi nella lingua italiana Assertività/sicurezza Appropriatezza del linguaggio (sapersi esprimere) nelle diverse situazioni Capacità di ascoltare gli altri anche se di diversa cultura/etnia 		
	Rispettare le norme e le regole	<ul style="list-style-type: none"> Rispetto delle regole sociali Rispetto delle norme/leggi 		



Gestione del quotidiano	<ul style="list-style-type: none">• Gestione domestica (cucinare, pulire, riordinare ecc.)• Utilizzo dei mezzi di trasporto• Utilizzo posta/banca, pagamento forniture, ecc.• Gestione del patrimonio, reddito personale e familiare
Gestione del tempo libero	<ul style="list-style-type: none">• Saper scegliere e selezionare gli amici• Saper organizzare il tempo libero (ferie, fine settimana, ecc.)• Saper coltivare passione ed interessi
Capacità di "prendersi cura" degli altri	<ul style="list-style-type: none">• Dei figli• Dei genitori• Del coniuge• Degli animali domestici
Saper comportarsi nel rispetto dei valori etici	<ul style="list-style-type: none">• Essere onesto• Essere leale• Essere sincero
EMOZIONI E RELAZIONI	
Saper relazionare con gli altri	<ul style="list-style-type: none">• Saper creare e mantenere relazioni significative• Saper comprendere ed ascoltare gli altri• Saper interrompere le relazioni in modo costruttivo• Saper mediare e negoziare• Saper vivere una sessualità affettivamente responsabile
Gestione delle emozioni	<ul style="list-style-type: none">• Capacità di riconoscere le proprie emozioni e quelle degli altri• Riconoscere come le proprie emozioni possano influenzare il comportamento• Gestire in modo adeguato le emozioni (capacità di autocontrollo)
Resistenza alle pressioni/manipolazioni	<ul style="list-style-type: none">• Sviluppare un pensiero critico• Prendere decisioni consapevoli ed autonome

FORMAZIONE E LAVORO	Formazione	Capacità di apprendimento Capacità di memorizzazione Saper apprendere dall'esperienza
	Saper lavorare	Competenze (conoscenze-esperienze- skills-attitudini) Saper lavorare in gruppo Applicare le indicazioni di prevenzione/ sicurezza Rispetto delle regole, delle procedure e delle gerarchie

Allegato 4 - Educare all'abilità di decision making

Decision Making¹

Scheda teorica

Per decisione si intende la formulazione di un giudizio in merito all'attuazione o meno di una azione. Questo processo non è di per sé spontaneo, ma presuppone una valutazione delle conseguenze che seguiranno l'azione stessa.

Ogni uno di noi si trova a dover prendere decisioni più o meno importanti: esistono "piccole" decisioni (cosa mangio oggi, cosa faccio questa sera, come mi vesto) e "grandi" decisioni (che lavoro farò da grande, quali sono i valori che regolano la mia vita).

Esistono diverse modalità di prendere le decisioni:

- d'impulso,
- rimandando la decisione,
- non decidendo,
- lasciando che altri prendano la decisione per noi,
- valutando i pro e i contro e decidendo di conseguenza.

Affinché una decisione possa mostrarsi la più corretta possibile, è necessario valutare tutte le conseguenze che potrà avere, in termini di costi e di benefici. Dovendo scegliere tra più alternative, la scelta dovrebbe ricadere su quella o quelle che esprimono il massimo guadagno con la minima perdita. In questo caso, guadagno e perdita non possono e sempre essere espressi in termini del tutto oggettivi. Il valore che le singole scelte hanno è frutto non solo dell'oggettività, ma anche della soggettività di chi deve compiere la scelta. E' evidente quindi che un importante presupposto per compiere le scelte adeguate è quello di possedere una buona conoscenza di sé, dei propri valori, delle proprie opportunità e delle proprie tendenze.

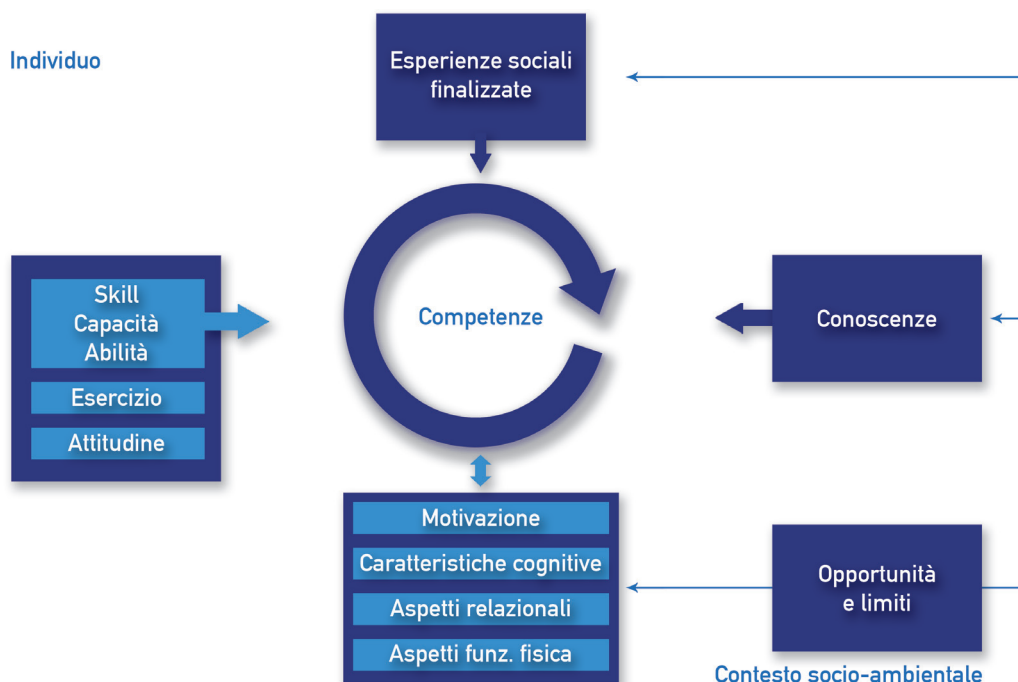
Un importante fattore di influenza nel *decision making* è la disposizione soggettiva al rischio. Ogni scelta, infatti, implica la possibilità che l'evento sperato si possa verificare oppure no. Tal volta, ma soprattutto negli adulti, anche le decisioni di impulso sono il frutto di una lenta elaborazione interiore, in cui la valutazione costi/benefici è tutta interna. Diventa così necessario aiutare i ragazzi a sviluppare questa capacità, affinché diventi anche per loro automatico, e non un semplice esercizio di ragionamento, valutare le conseguenze delle proprie decisioni.

Al processo di presa di decisione è strettamente legato il concetto di rischio. Ogni decisione implica infatti, aspetti positivi e negativi, per la maggior parte delle scelte non chiaramente distinguibili. Diventa così di primaria importanza il valore che ogni individuo dà, in quel preciso momento, a questi aspetti. Nel rischio hanno un ruolo decisivo questi due concetti: da un lato le probabilità offerte dalla situazione in cui ci si trova, dall'altro le valutazioni soggettive. La percezione di un alto e basso rischio comporta, rispettivamente, la messa in atto delle

1. La scheda è tratta dal testo di Marmocchi P., Dall'Aglio C., Zannini M., Educare le life skills, Erickson, 2004, a cui si rimanda per ulteriori approfondimenti

capacità di *coping* dell'individuo oppure l'evitamento della situazione (si veda la figura). Sulla percezione di sé si avrà di conseguenza, un effetto di competenza o, viceversa, di incompetenza. La valutazione della propria efficacia, ancora, sarà allora alta o bassa. Questo circolo porta, poi, a un aumento o a una diminuzione dell'autostima dell'individuo.

Figura 7 - Circolo di coping.



Scheda Operativa²

Obiettivi

- Valutare le conseguenze delle proprie azioni
- Esercitarsi a riconoscere l'origine di una decisione
- Migliorare la propria capacità di scegliere valutando i pro e i contro di ogni decisione
- Sviluppare la capacità di *decision making* in situazioni di conflitto all'interno del gruppo

Materiali

- lavagna
- diario delle osservazioni
- fogli per appunti
- matite, penne..

Laboratori di apprendimento

1. Prendere decisioni
2. Sos
3. Imparare a dire di no

2. Le schede operative tratte dal libro citato sono state realizzate per esser applicate principalmente in ambiente scolastico. Si è ritenuto di presentarne un esempio, parzialmente modificato, in quanto adattabile anche ad altri contesti

1. Prendere decisioni

Obiettivo

Trasmettere ai ragazzi un nuovo modo di prendere decisioni. Aiutarli a divenire più consapevoli del processo di decision making.

Modalità

Proporre ai ragazzi di elencare diversi esempi di soluzioni da prendere. Presentare il seguente modello ed illustrarlo con alcuni esempi. I ragazzi si eserciteranno nell'utilizzo del metodo tramite la scheda 1.1.

Scheda 1.1

Seguendo il modello proposto, prova a decidere su una questione per te importante in questo momento.

- Nomina le scelte e le alternative coinvolte nella tua decisione

- Prendi informazioni riguardo alla decisione(considerando valori, mete e la lista dei fatti che hai bisogno di conoscere)

- Calcola i vantaggi e gli svantaggi di ciascuna scelta

- Prendi la tua decisione ed elenca le ragioni della tua scelta



2. S.O.S.

Obiettivo

Favorire l'espressione delle proprie convinzioni in una situazione di gruppo. Aiutare i ragazzi a migliorare le proprie capacità di presa di decisione. Aumentare le capacità di coping in una situazione di conflitto

Modalità

Dividere i ragazzi in gruppi di 5 persone. Ogni gruppo legge la situazione descritta nella scheda 1.2. Ciascuno decide l'oggetto che porterebbe con sé. Poi ogni gruppo dovrà decidere un'unica cosa da portare. Nella discussione plenaria verranno discusse le modalità di scelta ed individuate le difficoltà emerse.

Scheda 2.1

Vi trovate a bordo di una nave con gravi avarie. Non è stato possibile lanciare un S.O.S. perché la radio di bordo è danneggiata.

Bisogna abbandonare la nave al più presto. E' vicina a un'isola sconosciuta. La scialuppa di salvataggio può ospitare a stento il gruppo, per cui non è possibile portare altri carichi. Il gruppo, dovendo però affrontare problemi di sopravvivenza, porterà con sé solo un oggetto tra i seguenti:

- una valigia contenente coperte,
- una cassetta di medicinali,
- una cassetta di liquori,
- una cassetta di armi,
- una scatola di viveri,
- dei salvagente,
- una piccola cucina da campo,
- il cane che è la mascotte del gruppo,
- la radio di bordo nella speranza di riuscire a ripararla,
- una cassetta di utensili.

Qual è la tua decisione?

Qual è la decisione del gruppo?

3. Imparare a dire di no

Obiettivo

Aiutare i ragazzi ad individuare le situazioni di conflitto che possono creare malessere o disagio. Dare la possibilità di esercitarsi a rifiutare con decisione.

Modalità

Dividere i ragazzi in gruppi di 4-5 persone. Ogni gruppo, attraverso un *brainstorming*, elenca una serie di frasi a cui, abitualmente, è difficile dire di no (possono riguardare più argomenti: rapporti interpersonali, uso di droghe, sessualità, ecc), che riporterà sulla scheda 1.3.

Ogni gruppo sceglie una situazione, individua i personaggi e le loro caratteristiche e le drammatizza davanti all'intera gruppo. Gli osservatori prestano attenzione all'efficacia con cui la persona rifiuta la situazione e a come sia difficile reggere il rifiuto e comunicare i propri bisogni e le proprie opinioni.

E' importante far emergere i sentimenti che le persone provano durante la drammatizzazione.

Scheda 3.1

Quali situazioni, in cui è difficile dire di no, avete individuato?

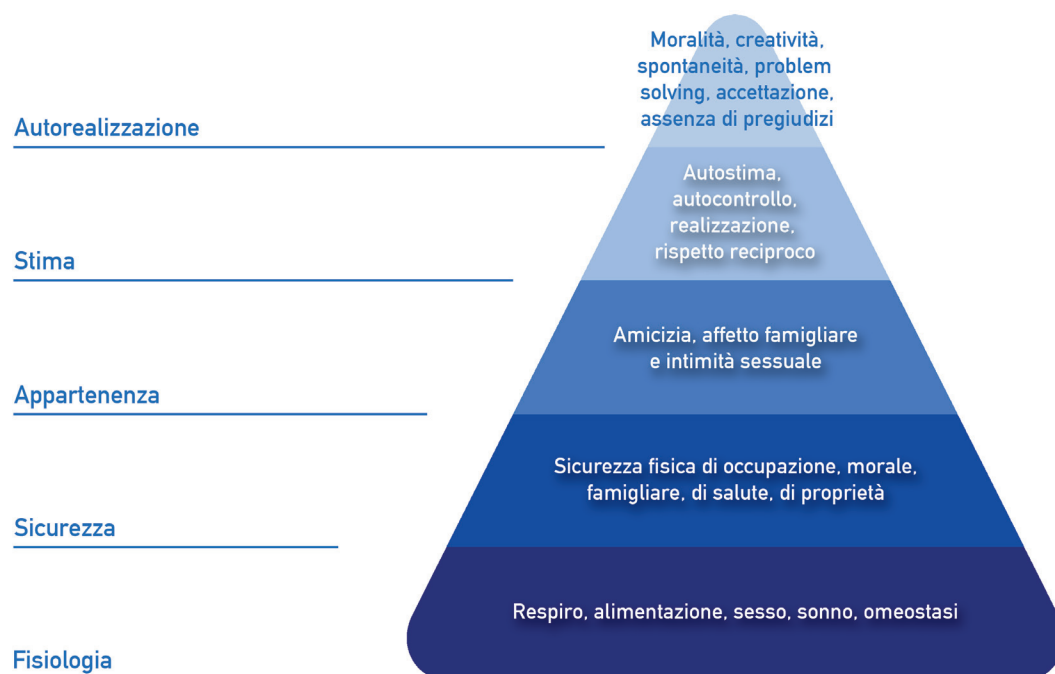
Allegato 5 - Educare all'abilità di problem solving

Problem Solving¹

Scheda teorica

Nei rapporti interpersonali il conflitto è inevitabile. Qualsiasi tipo di rapporto implica la gestione di “spazi” personali di ogni individuo e spesso questo può portare allo scontro-incontro tra persone. Per “spazi” intendiamo principalmente i bisogni che ogni uno di noi ha e che chiedono di essere soddisfatti.

Parlando di bisogni, è inevitabile il riferimento a Maslow (1971). Egli individuò una gerarchia di bisogni che devono essere soddisfatti per arrivare all'autorealizzazione, vale a dire al riconoscimento e all'espressione delle capacità e delle potenzialità dell'individuo.



Livello 1 - Bisogni di sopravvivenza.

Si tratta della soddisfazione delle necessità biologiche (fame, sete, riposo, ecc.). Senza la soddisfazione di queste necessità non è possibile pretendere che altri bisogni vengano presi in considerazione.

Livello 2 - Bisogni di sicurezza.

Ognuno di noi ha bisogno di sentirsi sicuro nel proprio ambiente: casa, città, nel mondo. Si tratta di una sicurezza che non riguarda solo il benessere fisico ma anche quello psicologico (non essere ridicolizzati, imbarazzati, ecc.). La mancanza di soddisfazione di questo livello

1. La scheda, parzialmente modificata, è tratta dal testo di Marmocchi P., Dall'Aglio C., Zannini M., Educare le life skills, Erickson, 2004, a cui si rimanda per ulteriori approfondimenti

genera paura e tutti sono disposti a fare qualsiasi cosa pur di far diminuire questa emozione. I primi due livelli rappresentano dei bisogni fondamentali, che seppur importanti non garantiscono la soddisfazione.

Livello 3 - Bisogni sociali.

Ogni individuo ha bisogno, per poter crescere e vivere, di avere rapporti interpersonali soddisfacenti che garantiscano l'appartenenza ad un gruppo l'accettazione e comprensione del proprio modo di essere, l'affetto e il calore di una relazione sana.

Livello 4 - Bisogni di stima.

A questo livello si trova il bisogno di essere produttivi, capaci e stimati per le proprie qualità. E' il valore che viene dato alla persona per ciò che riesce a fare, per la sua capacità di conseguire i risultati.

Livello 5 - Bisogni di autorealizzazione. E' la punta della piramide: le persone che hanno soddisfatto pienamente i bisogni precedenti giungono a questa sensazione di pienezza e serenità, con la piena soddisfazione.

La teoria di Maslow permette di comprendere come alcuni tipi di comportamento siano guidati dalla necessità di soddisfare questi bisogni. Inoltre, permette di distinguere tra bisogni da soddisfare e mezzi per ottenere tale soddisfazione. Talvolta, infatti, i conflitti nascono non tanto dal contrapporsi di bisogni diversi, ma dal disaccordo sulla maniera di soddisfarli.(...) Il conflitto infatti non è nè buono nè cattivo, semplicemente è inevitabile nei rapporti interpersonali, proprio perché, nel rapportarci con gli altri, ognuno di noi mette il proprio mondo di desideri, bisogni, aspettative che, non necessariamente, concordano con quelle altrui. (...) Un metodo che può essere applicato, nell'ambito delle relazioni interpersonali per la gestione dei conflitti, è quello del problem solving. Attraverso l'attuazione delle sei fasi del metodo, ciò che è possibile ottenere è una risoluzione del conflitto in cui entrambi i "contendenti" possano "vincere". Si tratta di un processo in cui le persone coinvolte si prendono la responsabilità della soddisfazione dei propri bisogni non a scapito dell'altro, ma cercando di trovare una soluzione comune soddisfacente.

Fasi del problem solving

1. Individuare il problema
2. Proporre le possibili soluzioni
3. Valutare le soluzioni emerse
4. Individuare le soluzioni migliori
5. Stabilire il modo migliore per attuare la soluzione scelta
6. Verificare la soluzione scelta

Scheda Operativa²

Introduzione

La tecnica del problem solving può essere uno dei metodi utilizzati nei momenti di difficoltà personale e relazionale. Nel primo caso, ci troviamo di fronte ad un impasse che riguarda solo l'individuo, senza necessariamente implicare altre persone. E' la situazione in cui la persona non sa cosa fare, come risolvere un problema che lo preoccupa. Nel secondo caso, viceversa, l'impasse riguarda la relazione: le due persone si trovano di fronte ad un conflitto di bisogni, nel quale le esigenze dell'uno si scontrano con quelle dell'altro.

Obiettivi

- Migliorare la capacità di riconoscimento delle situazioni problematiche;
- Apprendere una nuova modalità di risoluzione dei problemi attraverso il problem solving grazie alla precisa definizione del problema in termini di bisogni non soddisfatti;
- Aumentare la capacità di ricerca di soluzioni e di visione di vantaggi e svantaggi delle diverse soluzioni;
- Implementare le capacità di pianificazione e messa in atto fattiva delle opzioni precedentemente valutate secondo il proprio stile personale;
- Applicare il problem solving sia nel raggiungimento dei propri obiettivi che nella risoluzione di conflitti interpersonali.

Materiali

- lavagna,
- diario delle osservazioni,
- fogli per appunti,
- matite, penne..

Laboratori di apprendimento

Mi invento una soluzione

Come raggiungere i propri obiettivi

Mi invento una soluzione

Obiettivo

Favorire la riflessione personale e lo scambio di idee tra i ragazzi. Migliorare la capacità di affrontare i problemi. Aumentare la consapevolezza delle risorse personali e dell'ambiente e delle capacità di poterle utilizzare.

Modalità

Suddividere i ragazzi in due gruppi. Mentre un gruppo osserva, l'altro racconta una storia inventata dai partecipanti con il metodo del "testimone" (chi ha il testimone comincia a parlare, chi vuole continuare deve prendere il testimone, che può essere una penna, un quaderno,...).

2. Le schede operative tratte dal libro citato sono state realizzate per esser applicate principalmente in ambiente scolastico. Si è ritenuto di presentarne un esempio, parzialmente modificato, in quanto adattabile anche ad altri contesti



In questa storia deve emergere un problema da risolvere. Una volta terminato, anche l'altro gruppo inventerà una storia. Al termine ogni gruppo dovrà risolvere la situazione problematica raccontata dagli altri, impersonando personaggi della storia stessa. La soluzione può essere recitata in un role play.

Variante

La scheda 1.1. riportata può essere utilizzata per la risoluzione di conflitti personali, reali.

Scheda 1.1.

Utilizza le domande seguenti per cercare di risolvere la situazione problematica che hai appena ascoltato.

Qual è il problema?

Come ti senti?

Cosa vuoi ottenere?

Che alternative potrebbero esserci?

Come raggiungere i propri obiettivi

Obiettivi

Facilitare l'apprendimento di nuove modalità per raggiungere gli obiettivi della propria vita. Aiutare i ragazzi a sviluppare le capacità di *problem solving*. Migliorare la definizione degli obiettivi che i ragazzi ritengono importanti.

Modalità

Chiedere al ragazzo di compilare individualmente la scheda 2.1. Al termine, suddividerle a coppie in cui potranno discutere e, se necessario, rivalutare con il compagno le strategie e gli obiettivi descritti. In plenaria, raccogliere i dubbi e le impressioni di ogni uno.

Scheda 2.1

Rispondi alle seguenti domande. Ricorda che le risposte sono personali e potrai condividere solo ciò che ritieni opportuno.

Obiettivo che voglio raggiungere (descritto più concretamente possibile):

Quali difficoltà potrai incontrare?

- ☐ Ho paura di fallire
- ☐ Non ho le capacità necessarie
- ☐ Non penso che avrò voglia di impegnarmi veramente
- ☐ Ripensandoci, è troppo difficile per me
- ☐ Ho paura del giudizio degli altri
- ☐ Altro

Come potresti superare queste difficoltà?

Chi ti potrebbe aiutare e come?

Allegato 6 - Scheda di segnalazione

Scheda di segnalazione

Data compilazione: ____ / ____ / ____

UNITÀ OPERATIVA SEGNALANTE:

OPERATORI DI RIFERIMENTO (titolo e qualifica personale):

_____	Tel. ____ / ____
_____	Tel. ____ / ____
_____	Tel. ____ / ____

ALTRI SERVIZI E OPERATORI DI RIFERIMENTO:



INFORMAZIONI ANAGRAFICHE

Cognome e Nome: _____

Nato/a a: _____ Prov. (____) Il ____ / ____ / ____

Residente a: _____ Prov. (____)

Recapito / Domicilio: _____ N° ____

CAP _____ Tel. ____ / ____ Cell. ____ / ____ Altro _____

Stato civile _____ Codice fiscale _____

Professione _____

Invalidità civile

☐ SI (____ %) (allegare certificato di invalidità)

☐ NO

☐ SOLO RICHIESTA DATA RICHIESTA ____ / ____ / ____

Valutazione capacità lavorativa - l.68/99

☐ SI (allegare certificato)

☐ Non possiede capacità lavorativa

☐ Sussistono potenziali capacità lavorative

☐ Sussistono capacità lavorative

☐ NO

☐ SOLO RICHIESTA DATA RICHIESTA ____ / ____ / ____

Stato di handicap - l.104/92

☐ SI (allegare certificato)

☐ Gravità

☐ SI

☐ NO

☐ NO

☐ SOLO RICHIESTA DATA RICHIESTA ____ / ____ / ____

Eventuali pensioni o assegni

☐ SI (allegare certificato)

Tipologia: _____ Importo mensile: _____

☐ NO

☐ SOLO RICHIESTA DATA RICHIESTA ____ / ____ / ____

CURRICULUM SCOLASTICO

Titolo di studio: _____

Studi successivi non conclusi: _____

FORMAZIONE PROFESSIONALE

Corsi frequentati: _____

Attestati conseguiti: _____

Qualifiche da lavoro: _____

Particolari competenze professionali: _____

ATTUALE STATO OCCUPAZIONALE

☐ Disoccupato Dal ____ / ____ / ____

Iscritto Centro per l'Impiego ☐ SI ☐ NO

☐ Occupato Dal ____ / ____ / ____

☐ Lavoro saltuario Reddito mensile _____

☐ Lavoro stabile

Ditta _____

Comune _____

Mansione _____

In regola ☐ SI ☐ NO

Tipo di contratto: ☐ Tempo determinato ☐ Tempo indeterminato
☐ Tempo pieno ☐ Part-time



Note: _____

☐ Precedenti esperienze lavorative

Ditta	Mansione	Dal / Al
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

SITUAZIONE GIUDIZIARIA

Precedenti penali ☐ SI

☐ NO

Posizione giuridica attuale: _____

SITUAZIONE ATTUALE DI PRESA IN CARICO

Da quali figure professionali è seguito:

Progetto globale del servizio con l'utente:

Conosciuto dal: ____ / ____ / ____

Ultima presa in carico dal: ____ / ____ / ____

Precedentemente preso in carico da altre Unità Operative / Servizi/C Terapeutiche:

Trattamento attuale (specificare obiettivo):

☐ farmacologico _____

☐ psichiatrico _____

☐ sociale _____

☐ psicologico _____

☐ Comunità Terapeutica _____

Valutazione abilità sociali dell'utente:

Capacità di formare e mantenere una relazione

- ☐ Alta
- ☐ Media
- ☐ Bassa

Necessità di un intervento di mediazione ☐ SI ☐ NO

Capacità di intraprendere azioni verso un cambiamento

- ☐ Presente in autonomia
- ☐ Presente ma necessita di un supporto
- ☐ Assente

Capacità di mantenere impegni assunti

- ☐ Presente in autonomia
- ☐ Presente ma necessita di un supporto
- ☐ Assente

Note: _____

Valutazione autonomia dell'utente da parte dell'operatore:

Si sposta da solo:

In casa ☐ SI ☐ NO

Fuori casa ☐ SI ☐ NO

Sa utilizzare mezzi di trasporto:

pubblici ☐ SI ☐ NO

auto ☐ SI ☐ NO

motorino ☐ SI ☐ NO

bicicletta ☐ SI ☐ NO

Mezzo di trasporto disponibile: _____

Patente di guida:

- ☐ NO (mai conseguita)
- ☐ SI



Tipo: ☐ A ☐ A1 ☐ B ☐ C ☐ D ☐ B+E ☐ C+E ☐ D+E

Altro: _____

Pratica in corso: _____

☐ Ritirata Motivazione: _____

☐ Revocata Dal ____ / ____ / ____ Al ____ / ____ / ____

☐ Sospesa Pratica in corso: _____

Capacità di usare i servizi:

☐ SI, autonomamente

☐ SI, con mediazione

☐ NO

Situazione abitativa:

☐ vive solo/a

☐ vive in famiglia d'origine

☐ vive in famiglia propria

☐ vive in struttura comunitaria

☐ vive in strutture d'emergenza (dormitori, etc...)

Se straniero/a

Conoscenza della lingua italiana:

☐ sufficiente

☐ buona

☐ insufficiente

Altri soggetti coinvolti nel progetto (strutture, servizi, associazioni):

Coinvolgimento della famiglia nel progetto riabilitativo:

SITUAZIONE SANITARIA DEL SOGGETTO

Situazione tossicologica

Drug free (da quanto tempo)

Trattamento sostitutivo (frequenza e modalità)

Situazione sanitaria (patologie che possono comportare limitazioni dal punto di vista lavorativo)

Patologie psichiatriche



Terapia farmacologica (indicare quale, e se può interferire con lo svolgimento di attività lavorativa)

Modalità di assunzione (indicare luoghi e orari di ritiro e somministrazione)

**Indicazioni relative ad attività lavorative, condizioni ed ambienti ritenuti inopportuni
(es: movimentazione carichi, esposizione a polveri, ambienti freddi, ecc.)**

Firma del medico

SITUAZIONE SANITARIA DEL SOGGETTO

ALTRE VALUTAZIONI DELL'INVIANTE UTILI AI FINI DEL PROGETTO

Firma dell'assistente sociale

Nome CT e data ingresso:

Capacità relazionali acquisite/dimostrate

Settori lavorativi in cui la persona è stata inserita e durata

Competenze tecniche acquisite

Corsi di formazione (durante la CT)

Tenuta lavorativa:

- ☐ Alta
- ☐ Media
- ☐ Bassa

Caratteristiche emerse in ambito lavorativo

Punti di forza e punti deboli



Relazioni familiari:

- ☐ inesistenti
- ☐ problematiche
- ☐ positive
- ☐ figure familiari di riferimento:

Relazioni sociali:

- ☐ inesistenti
- ☐ problematiche
- ☐ positive
- ☐ figure extra-familiari di riferimento:

Capacità di gestione del denaro:

- ☐ inesistente
- ☐ problematica
- ☐ adeguata
- ☐ eventuale modalità di gestione

Eventuali indicazioni:

Data e Firma Op. Comunità

Allegato 7 - Scheda di presa in carico

Scheda di presa in carico

Data	_____	Operatore	_____
Cognome	_____	Nome	_____
Nato a	_____	il	_____
residente a	_____	Via	_____
C.A.P.	_____	Telefono	_____
Codice fiscale	_____		_____

ISTRUZIONE

Titolo di studio _____

Conseguito c/o _____ In data _____

Motivazione/impegno/risultati/problematiche legate al periodo scolastico

FORMAZIONE PROFESSIONALE

Data	_____
Tipo di corso	_____
Qualifica	_____

Data	_____
Tipo di corso	_____
Qualifica	_____

Data	_____
Tipo di corso	_____
Qualifica	_____

COMPETENZE PROFESSIONALI ACQUISITE



ESPERIENZE DI STAGE/TIROCINI

Azienda	_____
Periodo	_____
Mansione	_____
Valutazione	_____

Azienda	_____
Periodo	_____
Mansione	_____
Valutazione	_____

Azienda	_____
Periodo	_____
Mansione	_____
Valutazione	_____

ESPERIENZE LAVORATIVE

Azienda	_____
Periodo	_____
Mansione	_____
Modalità di reperimento	_____

Causa cessazione rapporto	_____
Valutazione	_____

Azienda	_____
Periodo	_____
Mansione	_____

Modalità di reperimento	_____
Causa cessazione rapporto	_____
Valutazione	_____

Azienda	_____
Periodo	_____
Mansione	_____
Modalità di reperimento	_____
Causa cessazione rapporto	_____
Valutazione	_____

ATTUALE STATO OCCUPAZIONALE

Disoccupato	<input type="checkbox"/>	Dal	_____
Lavoro saltuario	<input type="checkbox"/>	Dal	_____
Lavoro stabile	<input type="checkbox"/>	Dal	_____
Azienda	_____		
Mansione	_____		
Tipo di contratto	_____		
In regola	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO		
Tipo di contratto:	<input type="checkbox"/> Tempo determinato	<input type="checkbox"/> Tempo indeterminato	
	<input type="checkbox"/> Tempo pieno	<input type="checkbox"/> Part-time (orario ____ / ____)	
Note	_____		

Iscrizione al centro per l'impiego	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO		
Data iscrizione	_____		
Invalidità	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> Richiesta	Data _____
Valutazione capacità lavorativa (L.68/99)	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> Richiesta	Data _____
Esito	_____		
Iscrizione elenco (L.68/99 collocamento mirato)	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO		



Stato di handicap
(L.104/92 art 3
comma 1)

☐ SI ☐ NO ☐ Richiesta Data _____

Handicap grave
(L.104/92 art 3,
comma 3)

☐ SI ☐ NO

Eventuali pensioni o
assegni percepiti

- ☐ assegno di assistenza (inv. >74%)
- ☐ indennità di accompagnamento (100% inv.)
- ☐ pensione civile (100% inv.)
- ☐ altro _____

QUADRO CLINICO

Note cliniche/stato
di salute

Terapie farmacologiche
e modalità
di assunzione

Diagnosi accertate
dalla Commissione
Medica per
l'accertamento
dell'invalidità civile ed
eventuali mansioni
incompatibili con lo
stato di salute (L.68/99)

MODALITA' DI RICERCA DEL LAVORO

☐ Curriculum ☐ Passaparola ☐ Altro _____

Aspettative lavorative
future

Settori/ambiti preferiti

Settori/ambiti esclusi

Utilizzo utensili

☐ Manuali ☐ Elettrici, meccanici

Uso computer

Programmi _____

Conoscenza lingue _____

Patente auto ☐ SI ☐ Tipo _____

☐ NO ☐ Sospesa ☐ Ritirata ☐ Revocata

Tempo libero _____

Autonomia nel raggiungimento del posto di lavoro

Uso di mezzi di trasporto

pubblici	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
automunito	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
motorino	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
bicicletta	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO

Osservazioni

VALUTAZIONE

Presa in carico ☐ SI ☐ NO

Note

Accordi presi

Indicazioni per ricerca azienda

Settori produttivi

Mansioni



Dimensioni azienda

Note

Allegato 8 - Accettazione del progetto di inserimento lavorativo

Spettabile (Soggetto Promotore)

Il/La sottoscritto/a _____
nato/a a _____ il _____
residente a _____ Prov. _____
in via _____ n. _____
domiciliato _____
seguito/a dal servizio _____
dall'Assistente Sociale _____
e dal Tutor del _____

RICHIEDE

la presa in carico al (Soggetto Promotore) _____ nell'ambito del progetto "RELI"

DICHIARA

di essere a conoscenza che i tirocini non costituiscono rapporto di lavoro subordinato, né permettono rivendicazioni di diritti di assunzione. Si impegna ad accettare la metodologia professionale e gli strumenti che il (Soggetto Promotore) _____ riterrà opportuno adottare;
di essere stato/a informato/a dei propri diritti nella sfera della riservatezza personale (privacy) e quindi di autorizzare gli operatori del (Soggetto Promotore) _____ al trattamento dei dati sensibili, come previsto dal D. Lgs. 30.06.2003 n° 196, finalizzato all'integrazione sociale e lavorativa;
di essere a conoscenza che i tempi relativi all'erogazione del contributo economico, previsto per il Tirocinio Formativo e di Orientamento, sono subordinati alle procedure degli uffici a ciò preposti;
di impegnarsi a fornire le informazioni necessarie e a comunicare tempestivamente qualsiasi variazione della propria situazione:

se cittadino straniero, eventuali variazioni rispetto al mantenimento/rinnovo del permesso di soggiorno;
eventuali variazioni dello stato giuridico a seguito di condanne penali e/o illeciti amministrativi (sospensione della patente etc..) avviamento presso aziende ed enti pubblici da parte del Servizio Collocamento Mirato della Provincia (Legge 68/99); assunzione presso enti pubblici, aziende private e cooperative;
inserimento in strutture di tipo diverso.

Data _____

Firma _____

Allegato 9 - Convenzione

CONVENZIONE DI TIROCINIO DI FORMAZIONE ED ORIENTAMENTO - Schema
(Art. 3, quinto comma, del Decreto del Ministro del lavoro e della previdenza sociale
n. 142 del 25 marzo, 1998)

TRA

Il/la _____ (soggetto promotore) con sede in _____
_____ codice fiscale _____
_____ d'ora in poi denominato "soggetto promotore",
rappresentato/a dal Sig. _____
_____ nato a _____ il _____

E

_____ (denominazione dell'azienda ospitante) con sede
legale in _____, codice fiscale _____
_____ d'ora in poi denominato "sog-
getto ospitante" rappresentato/a dal Sig. _____
_____ nato a _____ il _____

Premesso

che al fine di agevolare le scelte professionali mediante la conoscenza diretta del mondo del lavoro e realizzare momenti di alternanza tra studio e lavoro nell'ambito dei processi formativi i soggetti richiamati all'art.18, comma 1, lettera a) della legge 24 giugno 1997 n.196 possono promuovere tirocini di formazione ed orientamento in impresa a beneficio di coloro che abbiano già assolto l'obbligo scolastico ai sensi della legge 31 dicembre 1962 n.1859.

Si conviene quanto segue:

Art.1

Ai sensi dell'art. 18 della legge 24 giugno 1997, n.196 la (riportare la denominazione dell'azienda ospitante) si impegna ad accogliere presso le sue strutture n..... soggetti in tirocinio di formazione ed orientamento su proposta di(riportare la denominazione del soggetto promotore), ai sensi dell'art.5 del decreto attuativo dell'art. 18 della L. 196 del 1997.

Art. 2

1. Il tirocinio formativo e di orientamento, ai sensi dell'art. 18, comma 1 lettera d) della legge 196 del 1997 non costituisce rapporto di lavoro.
2. Durante lo svolgimento del tirocinio l'attività di formazione ed orientamento è seguita e verificata da un tutore designato dal soggetto promotore in veste di responsabile didattico-organizzativo, e da un responsabile aziendale, indicato dal soggetto ospitante.
3. Per ciascun tirocinante inserito nell'impresa ospitante in base alla presente Convenzione viene predisposto un progetto formativo e di orientamento contenente: il nominativo del tirocinante; i nominativi del tutore e del responsabile aziendale; obiettivi e modalità di svolgimento del tirocinio, con l'indica-



zione dei tempi di presenze in azienda le strutture aziendali (stabilimenti, sedi, reparti, uffici) presso cui si svolge il tirocinio; gli estremi identificativi delle assicurazioni Inail e per la responsabilità civile.

Art. 3

1. Durante lo svolgimento del tirocinio formativo e di orientamento il tirocinante è tenuto a:
svolgere le attività previste dal progetto formativo e di orientamento;
rispettare le norme in materia di igiene, sicurezza e salute sui luoghi di lavoro;
mantenere la necessaria riservatezza per quanto attiene ai dati, informazioni o conoscenze in merito a processi produttivi e prodotti, acquisiti durante lo svolgimento del tirocinio.

Art. 4

1. Il soggetto promotore assicura il/i tirocinante/i contro gli infortuni sul lavoro presso l'INAIL, nonché per la responsabilità civile presso compagnie assicurative operanti nel settore. In caso di incidente durante lo svolgimento del tirocinio, il soggetto ospitante si impegna a segnalare tempestivamente l'evento agli istituti assicurativi (facendo riferimento al numero della polizza sottoscritta dal soggetto promotore) ed al soggetto promotore che ha l'obbligo di denuncia a l'INAIL, entro i tempi previsti dalla normativa vigente.
2. Il soggetto promotore si impegna a far pervenire alla regione o alla provincia delegata, alle strutture provinciali del Ministero del lavoro e della previdenza sociale competenti per territorio in materia di ispezione, nonché alle rappresentanze sindacali aziendali copia della Convenzione di ciascun progetto formativo e di orientamento.

_____, (data) _____

Firma per il soggetto promotore _____

Firma per il soggetto ospitante _____

(su carta intestata del soggetto promotore)

Allegato 10 - Progetto formativo e di orientamento

(Rif. convenzione n° stipulata in data.....)

Nominativo del tirocinante _____

Nato/a a _____

Il _____

Residente in _____

Codice fiscale _____

Attuale condizione
(barrare la casella)

- ☐ studente scuola secondaria superiore
- ☐ studente universitario
- ☐ frequentante corso post-diploma
- ☐ frequentante corso post-laurea
- ☐ allievo della formazione professionale
- ☐ disoccupato/in mobilità
- ☐ inoccupato

Soggetto portatore di handicap ☐ SI ☐ NO

Azienda ospitante _____

Sede/i del tirocinio
(stabilimento/reparto/ufficio) _____

Tempi di accesso ai locali
aziendali _____

Periodo di tirocinio N. mesi _____ Da _____ Al _____

Tutore
(indicato dal soggetto
promotore) _____

Tutore aziendale _____

Polizze assicurative

- ☐ Infortuni sul lavoro INAIL posizione n. _____
- ☐ Responsabilità civile posizione n. _____ Compagnia _____

Obiettivi e modalità del tirocinio



Facilitazioni previste

Obblighi del tirocinante

- ☐ seguire le indicazioni dei tutori e fare riferimento ad essi per qualsiasi esigenza di tipo organizzativo od altre evenienze
- ☐ rispettare gli obblighi di riservatezza circa processi produttivi, prodotti od altre notizie relative all'azienda di cui venga a conoscenza, sia durante che dopo lo svolgimento del tirocinio
- ☐ rispettare i regolamenti aziendali e le norme in materia di igiene e sicurezza

_____, (data) _____

Firma per presa visione ed accettazione del tirocinante _____

Firma per il soggetto promotore _____

Firma per l'azienda _____

Allegato 11 - Scheda di valutazione attività lavorativa

Data

Nome e cognome della persona

Unità produttiva

Nome e cognome del tutor

Orario di lavoro

Mansioni

GIUDIZI SULL'ANDAMENTO DELLE ATTIVITÀ LAVORATIVE SVOLTE (1)

Giudizio globale del responsabile dell'unità produttiva	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Giudizio globale della persona	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Giudizio globale del tutor	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

(1) Il giudizio deve essere espresso utilizzando un punteggio da 0 a 10, dove 0 = punteggio minimo, 10 = punteggio massimo, <5 = insufficiente, >6 = sufficiente



GIUDIZIO					
ITEM	spesso assente ingiustificato	qualche volta assente ingiustificato	spesso assente ingiustificato	qualche volta assente ingiustificato	sempre presente
Presenza	spesso assente ingiustificato	qualche volta assente ingiustificato	spesso assente ingiustificato	qualche volta assente ingiustificato	sempre presente
Puntualità	costantemente in ritardo	spesso in ritardo	qualche volta in ritardo	quasi sempre puntuale	sempre puntuale
Concentrazione	sempre disattento	disattenzione frequente	qualche volta disattento	quasi sempre attento	attenzione costante
Precisione (accuratezza nel lavoro)	nessuna	scarsa	sufficiente	discreta	ottima
Costanza (regolarità della prestazione giornaliera)	molto irregolare	irregolare	qualche volta irregolare	quasi regolare	rendimento regolare
Ordine e pulizia sul posto di lavoro)	completa mancanza di ordine e pulizia	ordine e pulizia insufficienti	ordine e pulizia sufficienti	ordine e pulizia buoni	ordine e pulizia ottimi
Impegno e interesse (impegno personale e responsabilità)	passivo, non mostra alcun interesse	passivo, mostra poco interesse	poco attivo, mostra qualche interesse	abbastanza attivo, mostra interesse	attivo, mostra molto interesse
Capacità di adattamento (capacità di adattarsi ai cambiamenti)	nessuna capacità	scarsa capacità	molta difficoltà	qualche difficoltà	nessuna difficoltà
Autonomia (quanto spesso viene cercato aiuto)	molto dipendente	dipendente	poco autonomo	abbastanza autonomo	autonomo
Esecuzione	non esegue compiti elementari	esegue compiti elementari con limitazione	esegue compiti elementari a più sequenze	esegue con qualità e flessibilità compiti diversi	esegue con competenza più compiti complessi
Produttività (quantità di lavoro nel tempo previsto rispetto alla prestazione % di un lavoratore medio)	0-20%	30-40%	50-60%	70-80%	90-100%
Capacità di relazione (ricerca di contatto informale con i colleghi)	nessun contatto, isolato	pochissimi contatti	qualche contatto	abbastanza socievole	socievole, contatti frequenti
Rapporto con il tutor (per richiesta di istruzioni)	nessun contatto	pochissimi contatti	contatti sporadici	qualche contatto	contatti frequenti
Adeguatezza nella relazione (rispetto regole aziendali e ruoli)	sempre inadeguato	spesso inadeguato	qualche volta inadeguato	quasi sempre adeguato	sempre adeguato
Cura della persona e pulizia	mai sufficiente	spesso insufficiente	qualche volta insufficiente	sufficiente	ben curato

Allegato 12 - Scheda controllo orario

TIROCINANTE _____

COOPERATIVA/AZIENDA _____

☐ TEMPO PARZIALE

☐ TEMPO PIENO

Mese _____

Anno _____

Giorno	Dalle	Alle	Dalle	Alle	Firma
1					
2					
3					
4					
5					
6					
7					
8					
9					
10					
11					
12					
13					
14					
15					
16					
17					
18					
19					
20					
21					
22					
23					
24					
25					
26					
27					
28					
29					
30					
31					

TOTALE GIORNATE DI PRESENZA n. _____

N. giornate a tempo pieno _____

N. giornate a tempo parziale _____

Per la Cooperativa/Azienda
(firma e timbro)

Per il Soggetto Promotore
(firma e timbro)

Allegato 13 - Scheda di rilevazione della cooperativa/struttura aziendale

Scheda n: _____

Data: _____

Nome della cooperativa/azienda: _____

Compilazione a cura di: _____

1. CARATTERISTICHE GENERALI

Sede: ☐ legale ☐ operativa

Via: _____ C.A.P. _____

Città: _____ Provincia: _____

Fax: _____ E-mail: _____

Indirizzo Internet: _____

Sede: ☐ legale ☐ operativa

Via: _____ C.A.P. _____

Città: _____ Provincia: _____

Fax: _____ E-mail: _____

P.I. _____ C.F. _____

Iscrizione all'Albo delle Regioni _____ N. _____

Tipologia: ☐ A (servizi socio sanitari ed educativi)

☐ B (vari settori agricoli, industriali, commerciali, di servizi – con almeno il 30% di persone svantaggiate)

Responsabile: _____

Referente aziendale per il Progetto RELI: _____



1.1 ORGANIGRAMMA

Soci	<input type="checkbox"/> maschi	N. _____	Dipendenti	<input type="checkbox"/> maschi	N. _____
	<input type="checkbox"/> femmine	N. _____		<input type="checkbox"/> femmine	N. _____
	<input type="checkbox"/> totale	N. _____		<input type="checkbox"/> totale	N. _____
Soci lavoratori	<input type="checkbox"/> maschi	N. _____	Persone svantaggiate	<input type="checkbox"/> maschi	N. _____
	<input type="checkbox"/> femmine	N. _____		<input type="checkbox"/> femmine	N. _____
	<input type="checkbox"/> totale	N. _____		<input type="checkbox"/> totale	N. _____
Persone svantaggiate	<input type="checkbox"/> maschi	N. _____	Volontari	<input type="checkbox"/> maschi	N. _____
	<input type="checkbox"/> femmine	N. _____		<input type="checkbox"/> femmine	N. _____
	<input type="checkbox"/> totale	N. _____		<input type="checkbox"/> totale	N. _____
Totale addetti	<input type="checkbox"/> maschi	N. _____			
	<input type="checkbox"/> femmine	N. _____			
	<input type="checkbox"/> totale	N. _____			

1.2 ATTIVITA' DELLA COOPERATIVA/AZIENDA

<input type="checkbox"/> Agricoltura	_____
<input type="checkbox"/> Commercio	_____
<input type="checkbox"/> Artigianato	_____
<input type="checkbox"/> Servizi	_____
<input type="checkbox"/> Industria	_____
<input type="checkbox"/> Altro	_____

1.3 TIPOLOGIA DI PERSONE SVANTAGGiate

- | | | | |
|---|----------|---|----------|
| <input type="checkbox"/> Invalidi fisici e/o psichici | N. _____ | <input type="checkbox"/> Alcolisti | N. _____ |
| <input type="checkbox"/> Soggetti psichiatrici | N. _____ | <input type="checkbox"/> Minori in età lavorativa con difficoltà famigliari | N. _____ |
| <input type="checkbox"/> Tossicodipendenti | N. _____ | <input type="checkbox"/> Soggetti in misura alternativa al carcere | N. _____ |

1.4 TIPOLOGIA DI TOSSICODIPENDENTI

- | | | | |
|---|----------|--|----------|
| <input type="checkbox"/> TD in trattamento stabilizzato | N. _____ | <input type="checkbox"/> TD ex-detenuti | N. _____ |
| <input type="checkbox"/> TD in fase conclusiva di programma terapeutico | N. _____ | <input type="checkbox"/> TD in misura alternativa al carcere | N. _____ |

1.5 CRITERI DI SOSPENSIONE/ALLONTANAMENTO

- | | |
|--------------------------|-------|
| <input type="checkbox"/> | _____ |
| <input type="checkbox"/> | _____ |

2. ALTRE INFORMAZIONI

2.1 PROGRAMMAZIONE ATTIVITA' GIORNALIERA

Dal (indicare giorno della settimana): _____			
Al (indicare giorno della settimana): _____			
Chiusura ore: _____			
Inizio ore: _____			
Mensa interna:			
<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO		
Mezzi di trasporto pubblici:			
<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	Quali? _____	Distanza da fermata _____
Presenza di barriere architettoniche			
<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	Quali? _____	Dove _____
Osservazioni _____			

Allegato 14 - Scheda per l'analisi della mansione lavorativa

Azienda _____

Indirizzo _____

Telefono _____

Referente _____

AREA FUNZIONALE

Mansione lavorativa _____

Descrizione dei compiti _____

Strumenti di lavoro _____

Titolo di studio _____

Preparazione professionale _____

Capacità richiesta _____

Barriere architettoniche _____

ORARIO DI LAVORO

☐ giornaliero dalle ore _____ alle ore _____

☐ in semiturno (solo orario diurno) dalle ore _____ alle ore _____



- ☐ in turno, anche notturno dalle ore _____ alle ore _____
- ☐ possibile part-time in orario diurno dalle ore _____ alle ore _____
- ☐ necessario tempo pieno dalle ore _____ alle ore _____

REQUISITI FISICI

Attività fisica

	NR	R	F	C		NR	R	F	C
Stare seduto	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Maneggiare ¹	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Stare in piedi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Lavorare con le dita	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Camminare	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Sentire con le dita	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Stare in equilibrio	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Parlare	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Chinarsi, piegarsi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Udire	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Inginocchiarsi, accovacciarsi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Olfatto, gusto	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Salire ²	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Visione dei dettagli	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sollevare ³	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Visione da lontano	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Portare ⁴	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Profondità di campo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Spingere ⁵	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Visione dei colori	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tirare ⁶	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Campo visivo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Estendersi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

NR non richiesto R raramente richiesto F frequentemente richiesto C continuamente richiesto

- 1 (Specificare cosa) _____
- 2 (Specificare dove) _____
- 3 (Specificare peso max e frequenza oraria) _____
- 4 (Specificare peso max e frequenza oraria) _____
- 5 (Specificare peso max e frequenza oraria) _____
- 6 (Specificare peso max e frequenza oraria) _____

STIMA DEL GRADO DI AFFATICAMENTO PREVISTO

- ☐ Lavoro sedentario
- ☐ Lavoro leggero
- ☐ Lavoro medio
- ☐ Lavoro pesante
- ☐ Lavoro molto pesante

Commenti

ALTRE CARATTERISTICHE

	NR	R	F	C
È necessario lavoro coordinato di gruppo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
È necessaria capacità di adattamento alle situazioni	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
È necessario scambiare comunicazioni con gli altri	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
È necessario acquisire e impiegare cognizioni nuove	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
È necessaria concentrazione e attenzione	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
È necessario adeguarsi a ritmi imposti Specificare _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Autonomia decisionale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Capacità critica nei confronti dei pericoli o tempi di reazione Specificare _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Comporta l'uso di scale a pioli o l'accesso in quota	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Comporta esposizione a rumore	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rischio biologico	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Esposizione a cancerogeni	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Esposizione a variazioni di temperatura Specificare _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Conduzione di veicoli	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Movimentazione manuale di carichi Specificare _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Uso di videoterminale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Esposizione a polveri e sostanze volatili (es.solventi) Specificare _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Prodotti chimici Specificare _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Esposizione a vibrazioni Specificare _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Richieste capacità visive	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
È necessario muoversi in ambienti ristretti o in presenza di materiali, di impianti e macchine	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
È necessario avere la percezione della posizione degli oggetti nello spazio (es. gruista)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

NR non richiesto R raramente richiesto F frequentemente richiesto C continuamente richiesto



INTERAZIONI RICHIESTE DALLA MANSIONE

Con chi	Frequenza			Motivo
	O	F	C	
Superiori				
M _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
F _____				
Colleghi				
M _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
F _____				
Subordinati				
M _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
F _____				
Clienti	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Operatori esterni	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Altro	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____

O occasionale F frequente C costante

Note



PRESIDENZA DEL CONSIGLIO DEI MINISTRI
Ministro per la Cooperazione Internazionale e l'Integrazione
Dipartimento Politiche Antidroga

Via Po, 16/A - 00198 - Roma
Tel. 06/67796350 - Fax 06/67796843
e-mail: dipartimentoantidroga@governo.it

Siti istituzionali:

<http://www.politicheantidroga.it>
<http://www.dpascientificcommunity.it>
<http://www.allertadroga.it>
<http://www.droganograzie.it>
<http://cannabis.dronet.org>
<http://cocaina.dronet.org>
<http://www.drugsonstreet.it>

<http://www.dronet.org>
<http://www.italianjournalonaddiction.it>
<http://www.droganews.it>
<http://www.drugfreedu.org>
<http://www.neuroscienzedipendenze.it>
<http://alcol.dronet.org>
<http://www.dreamonshow.it>

