

Servizi per le dipendenze

Architettura, soglie e filiere: come una rete territoriale organizza accesso, cura e possibilità.

Bassa · media · alta soglia / Ser.D / comunità / riduzione del danno / coordinamento territoriale



Perché questa lezione viene dopo identità e dipendenza

Un servizio non è solo un luogo: è un modo istituzionale di incontrare una persona.

Dalla sostanza al sistema

Non guardiamo solo “che cosa usa” una persona, ma quali porte trova aperte, quali parole deve usare per essere ascoltata, quali requisiti deve esibire per restare dentro un percorso.

Domanda generativa

Che cosa accade quando l'accesso alla cura dipende dalla capacità di raccontarsi nel formato che il servizio si aspetta?



Obiettivi della lezione

1

1. Leggere l'architettura

Comprendere perché il sistema dipendenze è una rete differenziata: pubblico, privato sociale, sanitario, sociale, territorio, residenzialità.

2

2. Usare il concetto di soglia

Distinguere soglie di accesso e permanenza senza trasformarle in giudizi morali sulla persona.

3

3. Collocare la riduzione del danno

Vederla come logica trasversale di protezione e continuità, non come intervento “minore”.

4

4. Ragionare per filiere

Capire funzioni, passaggi, buchi della rete, drop-out e responsabilità del coordinamento.

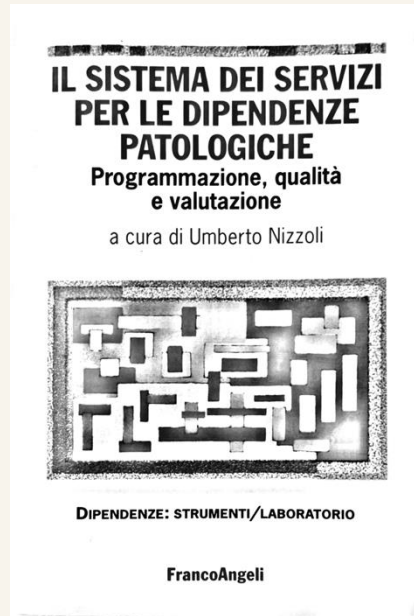
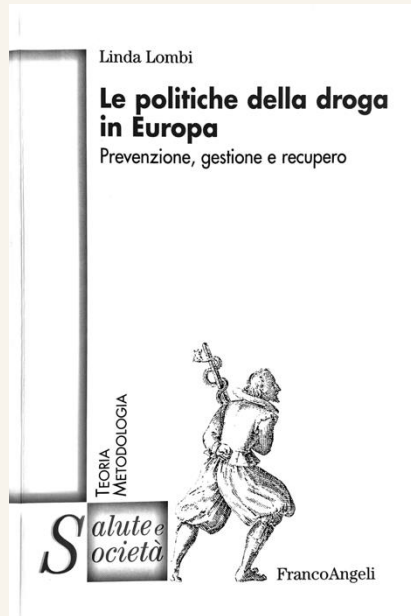
5

5. Tradurre in pratica infermieristica

Individuare domande, gesti, invii e micro-interazioni che possono abbassare o alzare una soglia.

La domanda non è: “dove lo mando?”. È: “quale porta diventa praticabile adesso?”

Fonti e materiali di partenza



1 Lombi

Politiche della droga in Europa: soglie, prevenzione, gestione, recupero, riduzione del danno.

2 Nizzoli

Sistema curante: programmazione, qualità, filiere dei servizi, coordinamento delle cure.

Architettura dei servizi

Prima capiamo quali pezzi compongono il sistema e quale funzione assumono.



Architettura significa: pezzi, funzioni, passaggi

1 Pezzi della rete

Ser.D, Dipartimenti, comunità, ambulatori, unità di strada, ospedali, servizi sociali, scuola, lavoro, casa.

2 Funzioni diverse

Accoglienza, valutazione, trattamento, protezione, riduzione del danno, riabilitazione, reinserimento, gestione dell'acuzie.

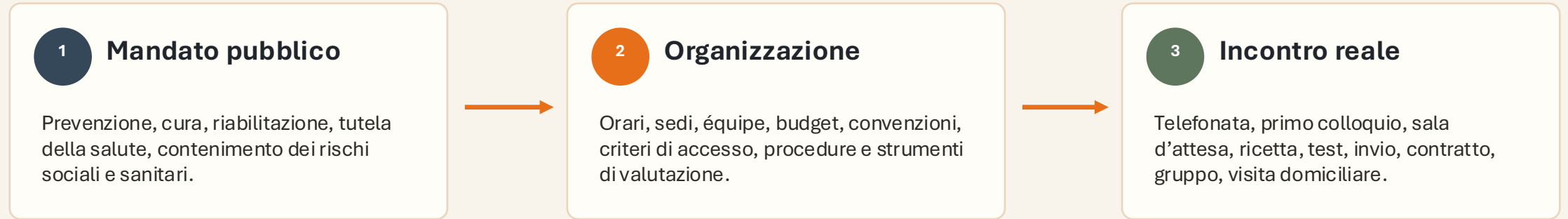
3 Passaggi coordinati

Invio, presa in carico, accompagnamento, ritorno al territorio, continuità dopo la residenzialità.

La qualità di un sistema si vede nei passaggi, soprattutto quando la traiettoria si interrompe.

lettura sistemica

Dal mandato alla porta concreta



Le politiche sulle droghe diventano pratiche quando definiscono chi può essere accolto, come viene riconosciuta la domanda e quali percorsi diventano praticabili

Ser.D e Dipartimento: il nodo specialistico pubblico

1 Funzioni

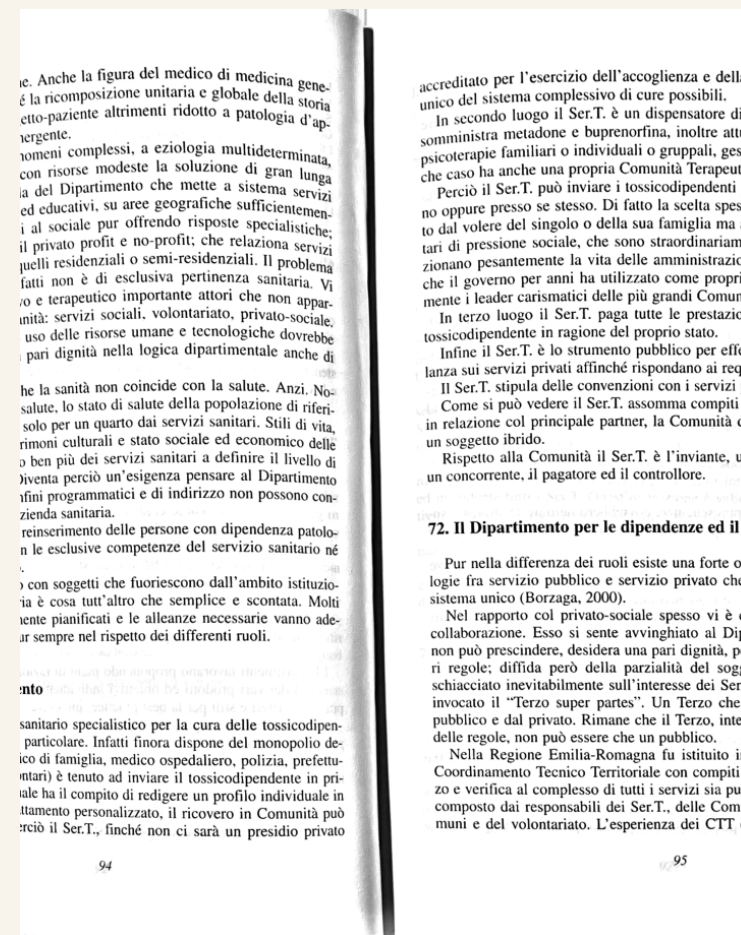
Accoglienza, valutazione, diagnosi, trattamento farmacologico, sostegno psicologico, lavoro sociale, educazione sanitaria.

2 Équipe

Medico, psicologo, infermiere, assistente sociale, educatore: la pluralità professionale permette letture integrate.

3 Coordinamento

Il Ser.D connette territorio, ospedale, comunità, servizi sociali, giustizia, lavoro e famiglia quando serve.



Privato sociale e comunità: parte della rete



1 Convenzione e accreditamento

Le strutture del privato sociale entrano nella rete tramite regole pubbliche, standard, programmi, invii e verifiche.

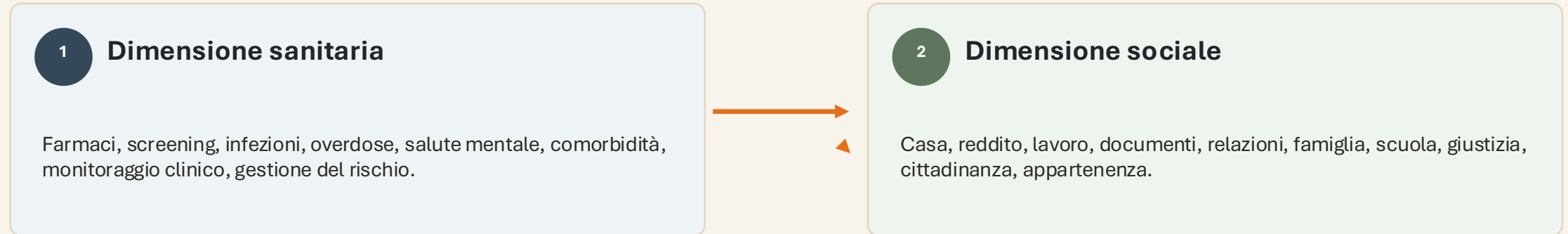
2 Programma individualizzato

Il percorso prende forma in obiettivi, tempi, responsabilità, attività, valutazioni e passaggi verso il territorio.

3 Uso appropriato

La residenzialità acquista senso quando risponde a bisogni e fasi specifiche, con rientri e continuità già pensati.

Sanitario e sociale: una sola traiettoria di vita



Per l'infermiere

Una ricetta, un controllo, una medicazione, una consultazione o un appuntamento possono diventare di cura quando si collegano a una traiettoria complessiva di vita per persona.

Tre domande per leggere qualsiasi servizio

1

Chi può entrare?

Accessibilità reale: orari, documenti, invii, linguaggio, attese, costi, stigma percepito.

2

Che cosa serve per restare?

Frequenza, continuità, sobrietà richiesta, test, colloqui, regole, responsabilità, collaborazione attesa.

3

Che cosa produce?

Protezione, aggancio, cura, diagnosi, riabilitazione, reinserimento, contenimento, continuità.



Due chiavi di lettura essenziali

Per comprendere questa architettura in modo utile e non moralizzante, servono due strumenti concettuali fondamentali:

Il concetto di soglia

Bassa, media, alta... e anche bassissima. Descrive **quanto costa entrare e restare** in un determinato servizio.

Il concetto di filiere

Catene funzionali di servizi che devono coordinarsi. Descrive **che funzione svolge quel pezzo di rete** e con quali altri pezzi deve connettersi.

Sono due lenti diverse e complementari per leggere un sistema complesso di interventi.

Che cos'è una soglia?

Soglia = regola di accesso e permanenza, non livello morale o clinico della persona.

Quattro variabili

1. percezione/rappresentazione della situazione
2. capacità di formulare una domanda
3. disponibilità/possibilità di trasformazione
4. criteri di inclusione ed esclusione

Esempio decisivo

In un servizio di fisioterapia a soglia l'assenza di sobrietà può non escludere, in un programma di fisioterapia può diventare motivo di sospensione o di allontanamento.

Capitolo 2

I contesti degli interventi nel 2010

Poiché già vi sarete resi conto del carattere prismatico delle situazioni in cui si rende necessario intervenire riguardo ai fenomeni delle dipendenze, penso utile esaminare, a questo punto, i tipi di interventi posti in essere, diversificandoli sulla base della condizione in cui si trovano le persone nella loro percezione ed espressione dei bisogni, nonché alla luce delle modalità di inclusione/selezione prevista dagli interventi stessi.

Si usa il termine "soglia" per segnalare livelli diversi d'intervento secondo parametri quali:

- **la percezione/rappresentazione** della propria situazione e dei propri bisogni; parametro, questo, all'interno del quale è massima la differenziazione proposta dallo scenario attuale, sia in termini di negazione del problema, sia in termini di reali e notevoli differenze delle situazioni personali;
- **la capacità di esprimere** una domanda che orienti l'intervento; parametro che, semplificando, propone una polarità tra richieste di tipo clinico ed assistenzialistico e richieste, spesso ridotte, di tipo riabilitativo finalizzate al recupero, rapido, della propria *performance* psicosociale;
- **la disponibilità/possibilità** di avviare un processo di trasformazione e cambiamento; parametro che, di necessità, introduce a una massiccia diversificazione degli strumenti, degli obiettivi e dell'orizzonte complessivo dell'intervento.

Concorrono a definire la soglia di intervento anche i parametri di inclusione/esclusione previsti ai vari livelli operativi. Ad esempio, se in un progetto di bassissima soglia l'assenza di sobrietà non ha motivo d'essere e incidere, al contrario in un progetto di alta soglia può essere un parametro di esclusione/espulsione dal trattamento in atto. È sensato, tuttavia, ragionare in termini di includere ed escludere in virtù

Che Cos'è una "Soglia"?



Definizione Operativa

Soglia = regola di accesso e di permanenza, non "livello di gravità" della persona che arriva al servizio. Questo è un punto fondamentale da chiarire subito.

In concreto, la soglia descrive **quanto "costa" entrare e restare** in un servizio: quali requisiti espliciti e impliciti vengono richiesti alla persona, quanta continuità di presenza è necessaria per non essere esclusi, che tipo di collaborazione attiva viene attesa dal servizio stesso.

La soglia definisce l'architettura dell'accesso, non il valore delle persone che lo attraversano.

Quattro Variabili per Leggere le Soglie

Un modo chiaro, ripetibile e condivisibile per fissare le differenze tra soglie è utilizzare quattro variabili fondamentali che attraversano tutti i servizi:

01	02
Accessibilità	Requisiti
Quanto è facile, concretamente, entrare nel servizio? Quali sono le barriere formali e informali?	Che cosa viene chiesto alla persona per poter restare nel servizio? Quali condizioni devono essere mantenute?
03	04
Coinvolgimento Atteso	Obiettivo Prevalente
Quanto il setting "chiede presenza", continuità, partecipazione attiva e disponibilità relazionale?	Che cosa il servizio punta a produrre in quella specifica fase del percorso della persona?

Questa griglia analitica aiuta a non confondere la soglia con il "tipo di persona" e a distinguere invece le caratteristiche strutturali del servizio stesso.

Soglia: quanto costa entrare e restare

Soglia = insieme di condizioni che regolano accesso, permanenza e intensità di ingaggio.

1 Accesso

Quanto è semplice avvicinarsi:
appuntamento, invio, documenti, attesa,
orari, presenza fisica.

2 Permanenza

Che cosa viene chiesto nel tempo:
continuità, regole, prove, colloqui, verifiche,
partecipazione.

3 Ingaggio

Quanto il setting richiede motivazione
esplicita, progetto, responsabilità e
presenza relazionale.

Idea chiave

La soglia descrive il setting e le sue regole. Per questo diventa uno strumento utile per leggere la rete, i passaggi e i drop-out.

Tre soglie, tre funzioni



Le soglie non sono una scala morale

1

Bassa ≠ facile

Spesso richiede altissima competenza relazionale: stare nel contatto, nel caos, nella domanda non formulata.

2

Media ≠ neutra

Può orientare, ma può anche trasformarsi in dogana burocratica se l'accompagnamento non cresce insieme ai requisiti.

3

Alta ≠ migliore per tutti

Ha senso quando è appropriata: se generalizzata produce drop-out, espulsioni e rimbalzi tra servizi.

Una soglia è buona quando permette di agganciare la persona nel punto in cui il percorso può diventare praticabile.

criterio di qualità: proporzione tra richiesta del servizio e accompagnamento offerto

Bassa soglia: accesso diffuso e prossimità



1

Come si presenta

Unità di strada, unità mobili, drop-in, sportelli liberi, accoglienza diurna, dormitori, spazi di prossimità.

2

Che cosa chiede

Pochi passaggi formali, accesso rapido, disponibilità a incontrare la persona nel suo tempo possibile.

3

Che cosa produce

Contatto, protezione, riduzione dei rischi, orientamento, primi legami di fiducia, invii accompagnati.

Bassa soglia: che cosa fa

1

Protezione immediata

Materiali sterili, profilassi, naloxone dove previsto, screening, counselling breve, informazione chiara.

2

Aggancio relazionale

Conversazioni brevi, presenza stabile, riconoscimento, possibilità di tornare, fiducia costruita per accumulo.

3

Ponte verso la rete

Invii accompagnati, accesso al Ser.D, documenti, servizi sociali, salute mentale, casa, lavoro.

La competenza centrale è trasformare una richiesta minima in una possibilità praticabile.

Esempio

Una do ccia, un pas to, u na sira ga ste rite o u n'infir mazione d'ivent ano cu ra qu ando appo no co rita to, fiduc ia e pos sibilità d'ac cia to.

0

PARADIGMA

Riduzione del danno

Prima cornice della lezione: la cura come riduzione di rischi, tutela della salute, riconoscimento di obiettivi plurali e costruzione di contatto.



Riduzione del danno: una logica trasversale



Definizione operativa

Per **riduzione del danno** si intende un insieme di strategie orientate a **contenere le conseguenze negative** associate all'uso di sostanze, senza porre come prerequisito l'interruzione immediata del consumo.

Questa logica compare in modo esplicito come obiettivo principale degli interventi a bassa soglia e come contenuto necessario dentro un sistema locale completo di servizi.

La riduzione del danno non è "un servizio" specifico, ma un approccio che attraversa l'intero sistema di interventi.

Una definizione operativa

Ridurre il danno significa lavorare sulle conseguenze sanitarie, sociali e relazionali del consumo, partendo dalla situazione concreta della persona.

La soglia di partenza è pragmatica: quali rischi possiamo diminuire oggi? Quale contatto possiamo mantenere? Quale possibilità può aprirsi senza chiedere alla persona di essere già altrove?



Che cosa cambia rispetto al modello astinenziale puro

Dalla prova di volontà

alla costruzione di condizioni praticabili

Dal risultato unico

a obiettivi graduati e condivisi

Dal giudizio sulla persona

all'analisi del contesto e dei rischi

Dal servizio come premio

al servizio come diritto e aggancio

Una genealogia europea e italiana

ANNI '80-'90

HIV, epatiti e consumo iniettivo rendono urgente una risposta di sanità pubblica.

EUROPA

Scambio siringhe, trattamenti sostitutivi, outreach e pratiche di prossimità diventano dispositivi riconoscibili.

ITALIA

Il sistema pubblico si struttura intorno ai SerT/SerD e alla rete territoriale, con tensioni tra logiche sanitarie, sociali e penali.



Recovery e riduzione del danno: una relazione forte

La recovery può includere astinenza, controllo, sicurezza, salute, casa, lavoro, legami, dignità, capacità di chiedere aiuto.

Il punto clinico e organizzativo è riconoscere obiettivi intermedi dotati di valore: una medicazione fatta, un test eseguito, una notte al sicuro, un contatto mantenuto, una decisione rimandata invece che agita.



Cosa può fare concretamente la riduzione del danno

Sanitario

screening HIV/HCV, medicazioni, counselling, naloxone, vaccinazioni, trattamenti sostitutivi

Relazionale

aggancio, continuità minima, presenza in strada, ascolto, accompagnamento

Sociale

docce, pasti, riparo, orientamento legale, accesso a documenti, abitare

Informativo

safer use, prevenzione overdose, conoscenza dei servizi, peer education

Il ruolo infermieristico nella riduzione del danno

1

Cura del corpo

ferite, infezioni, screening,
terapie, overdose

2

Cura del contatto

alleanza, accessibilità,
continuità, ritorno

3

Cura del passaggio

invii accompagnati, rete,
informazioni, diritti

L'infermiere lavora spesso nel punto in cui salute, fiducia e accesso si costruiscono insieme.

Micro-caso: la soglia si vede nella risposta

Situazione

Una persona usa sostanze, dorme in modo instabile, arriva chiedendo una doccia e un'informazione pratica.

Risposta A

“Prima fissiamo un colloquio, poi valuteremo se puoi accedere”.
Effetto: accesso più lento, maggiore selettività.

Risposta B

“Entra, vediamo cosa serve oggi. Poi capiamo insieme il passaggio successivo”.
Effetto: aggancio e continuità.

Media soglia: presa in carico progettuale

1 Accesso

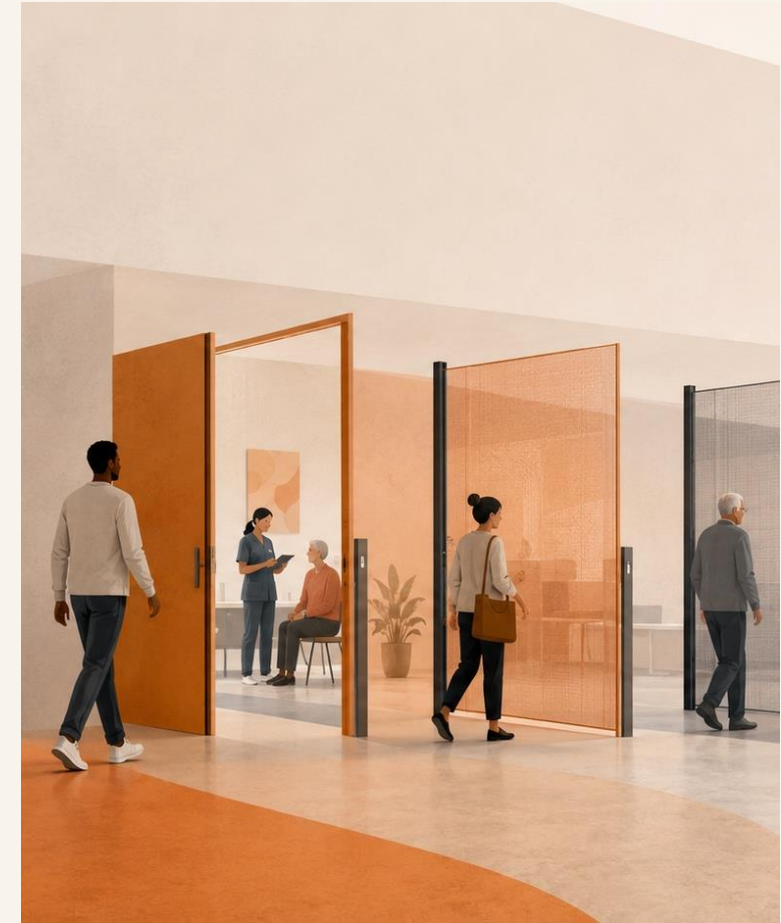
Richiede appuntamenti, valutazioni, raccolta anamnestica, possibile invio, definizione di un percorso.

2 Processo

Presa in carico ambulatoriale o diurna, obiettivi progressivi, continuità di frequenza, équipe multidisciplinare.

3 Funzione

Trasformare una domanda incerta in progetto condiviso: valutare, orientare, stabilizzare, accompagnare.



Media soglia: il punto delicato della “dogana”

Quando aumentano requisiti e procedure, deve crescere anche l’accompagnamento.

1

Rischio

La valutazione può diventare selezione silenziosa: tempi lunghi, moduli, passaggi multipli, linguaggio tecnico, richieste implicite.

2

Correzione

Tutoraggio, reminder, invii accompagnati, flessibilità, comunicazione semplice, alleanza con famiglia e territorio.

3

Indicatore

Drop-out prima della presa in carico, assenze ripetute, rimbalzi tra servizi: segnali da leggere come dati di sistema.

Alta soglia: intensità, programma, reinserimento



1

Accesso selettivo

Valutazione più stringente, regole chiare, contratto terapeutico, requisiti di presenza e partecipazione.

2

Intensità

Percorsi residenziali o programmi strutturati: vita quotidiana, gruppi, lavoro educativo, psicoterapia, attività.

3

Esito atteso

Remissione o stabilizzazione significativa, recupero psicosociale, autonomia, reinserimento abitativo, lavorativo e relazionale.

Alta soglia: appropriatezza e continuità

1 Quando ha senso

Bisogni elevati, traiettorie molto instabili, necessità di ambiente intensivo, progetto riabilitativo, protezione temporanea.

2 Condizione di qualità

Entrata preparata, obiettivi condivisi, équipe raccordate, contatti con territorio, uscita costruita fin dall'inizio.

L'alta soglia perde forza quando diventa contenitore unico per ogni complessità.

Segnali da osservare

Drop-out pre-coil, espulsione, ri-rientro ripetuto, del ego alla comunità, scarso accordo con casa, lavoro, Se i D e servizi sociali.

Confronto sintetico tra le soglie

Variabile	Bassa soglia	Media soglia	Alta soglia
Accessibilità	Elevata e rapida	Regolata da valutazione	Selettiva e programmata
Richiesta iniziale	Minima o informale	Domanda traducibile in progetto	Impegno esplicito e sostenuto
Coinvolgimento	Occasionale o progressivo	Regolare e collaborativo	Intenso e continuativo
Obiettivo	Protezione, aggancio, riduzione rischi	Presa in carico e orientamento	Riabilitazione e reinserimento

tre setting diversi, tre funzioni complementari

Soglie: uso didattico e clinico

1 Per progettare

Capire quali porte mancano in un territorio e dove i passaggi diventano troppo stretti.

2 Per valutare

Leggere drop-out, liste d'attesa, rimbalzi e interruzioni come informazioni sull'architettura.

3 Per agire

Scegliere parole, tempi, invii e accompagnamenti coerenti con la soglia richiesta.

Una rete buona offre porte diverse e passaggi praticabili tra una porta e l'altra.

Prevenzione, gestione, recupero

Tre funzioni diverse del controllo della domanda; la riduzione del danno attraversa l'intero sistema.



Prevenzione, gestione, recupero

Tab. 1 – Il modello prevenzione, gestione e recupero

	Prevenzione	Gestione	Recupero
Target	Soggetti che non hanno sperimentato l'uso di sostanze	Soggetti che hanno sperimentato l'uso di sostanze, ma che non hanno sviluppato una fruizione problematica	Individui che hanno sviluppato un uso problematico
Scopo	Scongiorare l'uso di sostanze psicotrope	Scongiorare i rischi connessi all'uso delle sostanze psicotrope	Reintegrazione del soggetto e recupero di uno stato di benessere socio-psico-fisico
Modello generale di intervento (esempi)	Interventi informativi Programmi fondati sull'acquisizione di abilità sociali e personali Educazione fondata sui pari Prevenzione di comunità Marketing preventivo	Interventi informativi Interventi a bassa soglia Regolazione della produzione, distribuzione e acquisto	Disintossicazione Terapia farmacologica e trattamenti sostitutivi Interventi psico-sociali Gruppi di auto-mutuo aiuto
Metodo	Persuasione al non uso	Scoraggiamento verso l'uso irresponsabile	Presa in carico, mantenimento e reinserimento sociale
Coinvolgimento dei destinatari	Impegno di tempo e di sforzo ridotti	I programmi richiedono ai destinatari tempo e sforzo maggiori rispetto alla prevenzione	I programmi richiedono ai destinatari tempo e sforzi maggiori rispetto alla gestione
Agenti dell'intervento	Operatori multiprofessionali, mass media, agenti della socializzazione primaria e secondaria, comunità	Esperti (prevalentemente non di area medica) Policy makers	Esperti prevalentemente di area medica per la fase del trattamento Esperti prevalentemente di area sociale per il reinserimento sociale
Costi	Moderati	Elevati	Molto elevati

Fonte: adattato da Cipolla, Lombi [2011: 193]

Sinteticamente, allora, gli interventi che operano nella direzione del controllo della domanda di sostanze psicotrope, sia legali che illegali, possono essere così suddivisi:

- 1) **la prevenzione:** l'area della prevenzione deve intervenire secondo una logica anticipatoria rispetto al consumo, con l'obiettivo di scongiurarlo; in letteratura, tuttavia, si sono affermate definizioni di che cosa si intenda per prevenzione che rivelano ambiguità, incongruenze e lacune che saranno discusse nel prossimo capitolo dedicato interamente a questo ambito di intervento;
- 2) **la gestione:** quando il consumo è già in atto, ma ha una natura non problematica sia a livello individuale che collettivo, esso va trattato secondo un approccio volto a contenere le conseguenze negative della pratica affinché essa non degeneri in un quadro di uso problematico a cui si associano problemi in termini sanitari e sociali;
- 3) **il recupero:** tale fase si rende necessaria nel caso in cui il consumatore di sostanze abbia sviluppato una condotta tossicomane con rilevanti ricadute in termini, per esempio, di esclusione sociale, emarginazione, morbidità, azioni criminose, malessere psico-sociale; la fase del recupero include sia forme di trattamento sia interventi di reinserimento sociale (politiche formative, del lavoro e dell'abitazione).

Come si evince dalla Tab.1, il modello prevede un'intensità crescente di impegno e risorse dalla fase della prevenzione a quella del recupero: quest'ultima riguarda, infatti, coloro che hanno sviluppato una condotta tossicomane e hanno esperito conseguenze di natura sanitaria, sociale e relazionale connesse all'uso di sostanze di ingente portata che richiedono uno sforzo significativo per il ripristino di uno stato di benessere psico-fisico. Tuttavia, le tre fasi vanno considerate come egualmente importanti all'interno delle politiche di intervento nell'area della riduzione della domanda.

Nei prossimi capitoli tali fasi saranno oggetto di approfondimento e discussione.

1 Prevenzione

Logica anticipatoria: scongiurare l'avvio del consumo o rafforzare fattori protettivi e abilità sociali.

2 Gestione

Quando il consumo è in atto: contenere conseguenze negative e impedire che diventi problema sanitario/sociale più grave.

3 Recupero

Quando l'uso ha prodotto ricadute rilevanti: trattamento, reinserimento sociale, casa, lavoro, relazioni.

Questo modello non va letto come sequenza obbligata, ma come grammatica delle funzioni.

Modello Prevenzione, Gestione e Recupero

1

Il Modello

Sviluppo di un modello strutturato di **prevenzione, gestione e recupero** per la riduzione dei consumi, basato su una logica sequenziale.

2

Focus del Modello

Questo modello considera le pratiche di fruizione delle sostanze e le loro ricadute, mirando a un intervento differenziato in base alle necessità individuali e collettive.

3

Raccomandazioni per Prevenzione e Trattamento

Nuove strategie di **prevenzione e trattamento**, da basare su approcci sociali e su tecniche come la **peer education**, che promuovono le abilità sociali.

4

Trattamenti

I trattamenti includono l'uso di sostituti come il metadone e la buprenorfina, sottolineando che le politiche non dovrebbero essere guidate da ideologie o convenienze politiche, ma ancorate a obiettivi scientifici, sanitari, etici e di sicurezza, anche in considerazione degli alti costi del proibizionismo.

Prevenzione · gestione · recupero

1 Prevenzione

Interviene prima dell'avvio o della stabilizzazione del consumo: informazione, competenze sociali, fattori protettivi.

2 Gestione

Interviene quando il consumo è in atto: riduce rischi, protegge salute e relazioni, sostiene scelte meno dannose.

3 Recupero

Interviene quando il consumo produce conseguenze importanti: trattamento, riabilitazione, reinserimento sociale.

Sono funzioni diverse: una stessa traiettoria può attraversarle più volte.

Prevenzione: prima che il consumo diventi destino

1 Logica

Anticipare: rafforzare competenze, relazioni, appartenenze, capacità critiche e risorse di contesto.

2 Azioni

Educazione tra pari, interventi scolastici, promozione di abilità sociali, lavoro con famiglie e comunità.

3 Punto critico

La prevenzione funziona quando parla al mondo reale dei giovani, ai contesti di appartenenza e alle pressioni sociali.



Gestione: il consumo è già in atto



1 Obiettivo

Contenere conseguenze negative: overdose, infezioni, incidenti, isolamento, rotture relazionali, marginalità.

2 Metodo

Informazione pragmatica, materiali, counselling breve, contatti ripetuti, accesso leggero, accompagnamento.

3 Senso clinico

Partecipare oggi crea spesso le condizioni per una domanda di cura domani.

Tab. 1 – Il modello prevenzione, gestione e recupero

	<i>Prevenzione</i>	<i>Gestione</i>	<i>Recupero</i>
<i>Target</i>	Soggetti che non hanno sperimentato l'uso di sostanze	Soggetti che hanno sperimentato l'uso di sostanze, ma che non hanno sviluppato una fruizione problematica	Individui che hanno sviluppato un uso problematico
<i>Scopo</i>	Scongiurare l'uso di sostanze psicotrope	Scongiurare i rischi connessi all'uso delle sostanze psicotrope	Reintegrazione del soggetto e recupero di uno stato di benessere socio-psico-fisico
<i>Modello generale di intervento (esempi)</i>	Interventi informativi Programmi fondati sull'acquisizione di abilità sociali e personali Educazione fondata sui pari Prevenzione di comunità Marketing preventivo	Interventi informativi Interventi a bassa soglia Regolazione della produzione, distribuzione e acquisto	Disintossicazione Terapia farmacologica e trattamenti sostitutivi Interventi psico-sociali Gruppi di auto-mutuo aiuto
<i>Metodo</i>	Persuasione al non uso	Scoraggiamento verso l'uso irresponsabile	Presa in carico, mantenimento e reinserimento sociale
<i>Coinvolgimento dei destinatari</i>	Impegno di tempo e di sforzo ridotti	I programmi richiedono ai destinatari tempo e sforzo maggiori rispetto alla prevenzione	I programmi richiedono ai destinatari tempo e sforzi maggiori rispetto alla gestione
<i>Agenti dell'intervento</i>	Operatori multiprofessionali, mass media, agenti della socializzazione primaria e secondaria, comunità	Esperti (prevalentemente non di area medica) Policy makers	Esperti prevalentemente di area medica per la fase del trattamento Esperti prevalentemente di area sociale per il reinserimento sociale
<i>Costi</i>	Moderati	Elevati	Molto elevati

Fonte: adattato da Cipolla, Lombi [2011: 193]

SERT.

Ambulatoriale
semi residenziale
domiciliare

- PREVENZIONE
- CURA
- RIABILITAZIONE

(D.P.R. 309/90) SSOMT

SERT vs DIPARTIMENTO
SAUTE
MENTALE (DSM)

solo
ACCREDITAMENTO

- PRESTAZIONI DIAGNOSTICHE
- ORIENTAMENTO (P.I., imis, ...)
- SUPPORTO PSICOLOGICO
- TERAPIA
 - Dipendenza
 - MALATTIE INFETTIVE
 - Patologie psichiche correlate

Figure:

- MEDICO
- PSICOLOGO
- ASSISTENTE SOCIALE
- EDUCATORE
- INFERMIERE

- 1) BASSA SOGUA
- 2) MEDIA SOGUA
- 3) ALTA SOGUA

A. Residenziale
B. Reinserimento

DURATA PROGRAMMA?

COMUNITÀ
RESIDENZIALI

(
• LEA
• BUDGET
• TABULAZIONE
) ≠ REGIONI
≠ REGOLE

PROGRAMMA
INDIVIDUALIZZATO

↓
PIANO EDUCATIVO
INDIVIDUALIZZATO

Accesso < PENALITÀ
in CONVENZIONE

Tipi di Accesso:

- Accesso diretto
- SU INVIO DA ENTE PUBBLICO (OT4)
- PISURA AUTONOMATA (UEPE)
- ALBERGHI DOMICILIARI (GIP, GUP)

Figure professionali

- | | | |
|----------------|-------------|---------------|
| • Responsabile | • Educatore | • Tirocinante |
| • Terapeuta | • OSS | • Volontario |
| • Psicologo | • Psicologo | • Pedagogista |
| • Infermiere | • Sociologo | |

Tipologie di Comunità

- 1) RESIDENZIALI RIABILITATIVE
- 2) RESIDENZIALI TERAPEUTICHE
- 3) RESIDENZIALI SPECIALISTICHE
- 4) RESIDENZIALI DOPPIA DIAGNOSI

- RETA
- UTENTI
- PERSONALE
- OBIETTIVI

DURATA?

Tosco
Dare info?

SANITA'

(LEA)

GERD $\leftarrow$ $\begin{matrix} \text{ERT, SDP} \\ \text{SRI} \end{matrix}$

RESIDENZIAU

RESIDENZIAU

$\neq$ $\times$

PRIVATI

COMUNITA' di VITA

COMUNITA' ACCREDITATE

CONVENZIONATE

(Privato Sociale)

- RETIA

- PRIVATO SOCIALE

SOCIALE (Comune)

- si CONVENZIONE
- NO ACCREDITAMENTO

POTERE REGIONALE
(ASL, ASUR, USL...)

Aziende SANITARIE

Filiere dei servizi

Dalle singole porte alla rete: catene funzionali, passaggi, raccordi e responsabilità condivise.



Che cos'è una filiera

Filiera = catena funzionale di servizi che svolgono compiti diversi e devono coordinarsi.

1 Mandato

Quale funzione ha quel servizio dentro il sistema complessivo.

2 Target

Quali bisogni e quali fasi del percorso intercetta.

3 Accesso

Come si entra, chi invia, quali regole governano il passaggio.

4 Coordinamento

Come si raccorda con le altre parti della rete.

la filiera guarda il sistema, la soglia guarda la porta

Perché ragionare per filiere

1 Mandato

Che funzione svolge quel pezzo di rete?

2 Criteri di accesso

Chi entra, chi esce, chi resta fuori di fatto?

3 Target

Quale gruppo di persone intercetta e con quali bisogni?

4 Coordinamento

Con quali altri servizi deve connettersi per non produrre buchi?

La filiera rende visibile ciò che spesso resta implicito: i passaggi.

Fondamenti del sistema curante

La costruzione del sistema curante si basa su fondamenti di riferimento cui la costruzione delle offerte si rivolge. Essi sono:
L'abuso di sostanze è una sindrome complessa, multicausale, stato a rischio cronico di ricaduta e che può portare alla completa perdita di autonomia. Esso dà esito ad una gamma di esperienze di uso di sostanze che spesso comportano complessi problemi sanitari e sociali che richiedono un trattamento per un periodo di tempo. Mentre alcuni consumatori di sostanze traggono beneficio da interventi brevi, altri richiedono trattamenti più intensivi o prolungati. In ogni caso l'obiettivo generale del trattamento è ricostruire l'autonomia.
Le politiche recenti prevedono che i servizi si sforzino di offrire trattamenti di migliore qualità (si vedano le leggi sull'accreditamento). Il Governo Clinico stabilisce la necessità di focalizzarsi sulle attività che conducono alla resa di cure di alta qualità. Similmente, le politiche basate sulle best value orientano i servizi a considerare sia la qualità sia il costo, attraverso mezzi più efficaci, più economici, più efficienti possibili.
Un efficace sistema di servizi richiede uno spettro di cure, da quelle generiche (per esempio l'alloggio, il servizio medico e l'assistenza sociale generica) a quelle basate su strutturati programmi terapeutici (per esempio il counselling, la terapia comportamentale, la prescrizione di sostitutivi, i Centri diurni), fino a quelle che realizzano programmi intensivi specialistici (per esempio l'unità specialistica di ricovero o la riabilitazione residenziale).
I consumatori di sostanze possono anche presentare bisogni complessi che richiedono l'accesso a servizi altamente specialistici ma non forniti solitamente per loro (per esempio le unità ospedaliere per la cura del fegato, le unità psichiatriche, i servizi per terminali). Di conseguenza progettare un sistema di trattamento deve tenere conto della miriade di interfacce fra i servizi specialistici e generici per il trattamento delle dipendenze, le altre agenzie specialistiche e generiche sanitarie e sociali e le agenzie degli apparati della giustizia.
4. Lo scopo del trattamento è abbinare il livello e l'intensità dei servizi terapeutici più attentamente possibile con i bisogni che si presentano. Per realizzare un sistema efficace che soddisfi le diverse esigenze di trattamento dei consumatori di sostanze, deve agire un processo composto da screening, valutazione, coordinamento e revisione del trattamento.
Dato che il bisogno di trattamento evolve nel tempo, la valutazione deve essere un processo continuo, che in sé richiede differenti livelli di intensità, portata e abilità. La valutazione continua dovrebbe contribuire ad organizzare il percorso terapeutico. D'altro lato i consumatori di sostanze che lo desiderano dovrebbero potere accedere al sistema senza impedimenti. Infine, capita spesso che il consumatore di sostanze richieda il trat-

68

tamento simultaneo sia di servizi specialistici sia di servizi generici; richiede una gestione particolarmente attenta, un coordinamento efficace dei metodi di funzionamento congiunto.

5. Ogni sistema di servizi locale deve includere una gamma di interventi comprensivi dei consultori e della diffusione di informazioni, della gestione del danno, dei programmi strutturati di psicoterapia collegata, prescrizione di sostitutivi (ove necessario) e dei programmi residenziali. Ciò dovrebbe dare opportunamente adito ad una gamma di interventi uno spettro di filosofie di trattamento.

6. I bisogni dei consumatori di sostanze sono influenzati in vario modo dalle caratteristiche demografiche personali (genere, origine e età), dai tipi di droghe usate, dall'estensione dei danni e delle condizioni e dal tipo di situazione sociale e dei relativi supporti o strutturali ambientali.

47. Le filiere dei servizi

Il sistema curante, fondato nel territorio, è composto da una serie di servizi e di tipologie di trattamento.

1. I servizi per i consumatori di sostanze possono essere raggruppati in sette filiere. Modelli a volte in uso per i servizi per la maternità, l'infanzia e l'adolescenza hanno prodotto qualcosa di simile.

In ognuna di queste filiere sono identificabili diverse funzioni del sistema dei servizi per il trattamento; ogni filiera aiuta a definire i criteri di accesso, così come il tipo di consumatore di sostanze ed i problemi specifici dei servizi all'interno di ogni filiera possono provvedere.

2. I criteri per raggruppare i servizi sono:

- definire il mandato dei servizi e la finalità dei vari interventi;
- definire per ogni filiera i criteri di entrata e di uscita;
- definire il gruppo target ed ottimizzare l'uso delle risorse;
- aiutare la progettazione di un sistema completo di servizi di cura in ogni località o regione;
- definire il punto in cui le diverse filiere si devono coordinare.

Filiera 1: filiera di servizi generici (non esperti nelle tossicodipendenze)

La filiera 1 è formata dai servizi sociali e sanitari e dai loro professionisti che offrono una vasta gamma di prestazioni mediche generiche, per i primari, gli operatori sociali, gli insegnanti, i farmacisti del territorio, i gestori di reinserimento sociale, i servizi di affidamento in prova, dagli operatori di case popolari e le case alloggio e dai dormitori, gli operatori di quartieri generali ed i servizi psichiatrici hanno tra i loro pazienti una alta prevalenza di persone che abusano di sostanze.

69

Perché ragionare per filiere

1 Evita l'elenco

Il territorio viene letto come sistema di passaggi, più che come somma di strutture.

2 Fa emergere i buchi

Liste d'attesa, invii senza accompagnamento, mancanza di residenzialità, scarsa continuità post-dimissione.

3 Rende visibile il drop-out

L'interruzione del percorso diventa informazione sulla rete e sui passaggi critici.



Le cinque filiere del sistema



Generici

MMG, scuola, servizi sociali, farmacie, ospedale generale, territorio.

Libero accesso

Bassa soglia, prossimità, riduzione del danno, orientamento.

Specialistici territoriali

Ser.D, ambulatori, gruppi, farmaci, percorsi terapeutici.

Residenziali

Comunità, osservazione, diagnosi, riabilitazione residenziale.

Alta complessità

Acuzie, comorbidità severe, infettivologia, emergenze.

ogni filiera richiede accessi e raccordi dedicati

Filiera 1: servizi generici

1 Componenti

Medici di medicina generale, cure primarie, scuole, farmacie, servizi sociali, ospedali, dormitori, sportelli territoriali.

2 Funzione

Intercettare segnali, offrire sostegno diffuso, orientare, accompagnare verso servizi specialistici quando serve.

3 Nodo delicato

La qualità del primo invio dipende dal linguaggio usato: vergogna, paura e stigma possono interrompere subito il percorso.



Filiera 2: servizi di libero accesso



1 Accesso

Ingresso rapido e leggero: accesso diretto, prossimità, pochi passaggi formali.

2 Prestazioni

Informazioni, materiali, screening, counselling, orientamento, accompagnamento, supporti sociali mirati.

3 Competenza

Gestire l'incontro breve, contraddittorio e intermittente, mantenendo aperta una possibilità di continuità.

Filiera 3: servizi territoriali specialistici

1 Servizi

Ser.D, ambulatori specialistici, terapie farmacologiche, psicoterapia, gruppi, interventi familiari, disintossicazione ambulatoriale.

2 Elemento chiave

Aspettativa di aderenza: presenza regolare, appuntamenti, controlli periodici, obiettivi concordati.

3 Ruolo del case manager

Tenere insieme bisogni sanitari, sociali e relazionali, evitando frammentazione tra professionisti e servizi.

zione fra le discipline. Anche la figura del medico di medicina generale contiene in sé la ricomposizione unitaria e globale della storia individualità del soggetto-paziente altrimenti ridotto a patologia d'ap- a sintomatologia emergente.

do fronteggiare fenomeni complessi, a eziologia multideterminata, te disomogenei e con risorse modeste la soluzione di gran lunga : è comunque quella del Dipartimento che mette a sistema servizi psicologici, sociali ed educativi, su aree geografiche sufficientemen- ; che sa connettersi al sociale pur offrendo risposte specialistiche; gra il pubblico ed il privato profit e no-profit; che relaziona servizi ta accoglienza con quelli residenziali o semi-residenziali. Il problema nze patologiche infatti non è di esclusiva pertinenza sanitaria. Vi : un ruolo preventivo e terapeutico importante attori che non appar- o al mondo della sanità: servizi sociali, volontariato, privato-sociale, ente che un corretto uso delle risorse umane e tecnologiche dovrebbe ere l'inclusione con pari dignità nella logica dipartimentale anche di

za considerare poi che la sanità non coincide con la salute. Anzi. No- te la sanità produca salute, lo stato di salute della popolazione di riferi- è determinato circa solo per un quarto dai servizi sanitari. Stili di vita, zioni ambientali, patrimoni culturali e stato sociale ed economico delle azioni contribuiscono ben più dei servizi sanitari a definire il livello di sere o di malattia. Diventa perciò un'esigenza pensare al Dipartimento ma aperta. I suoi confini programmatici e di indirizzo non possono con- rsi all'interno dell'Azienda sanitaria.

prevenzione, cura e reinserimento delle persone con dipendenza patolo- non si realizzano con le esclusive competenze del servizio sanitario né olo servizio pubblico.

viamente il rapporto con soggetti che fuoriescono dall'ambito istituzio- dell'Azienda sanitaria è cosa tutt'altro che semplice e scontata. Molti aggi vanno correttamente pianificati e le alleanze necessarie vanno ade- amente perseguitate, pur sempre nel rispetto dei differenti ruoli.

Ser.T. e Dipartimento

Il Ser.T. è il presidio sanitario specialistico per la cura delle tossicodipen- ze, ma è un soggetto particolare. Infatti finora dispone del monopolio de- invii: chiunque (medico di famiglia, medico ospedaliero, polizia, prefettu- esercito, scuola, volontari) è tenuto ad inviare il tossicodipendente in pri- battuta al Ser.T. il quale ha il compito di redigere un profilo individuale in do da indicare un trattamento personalizzato, il ricovero in Comunità può ere uno di questi. Perciò il Ser.T., finché non ci sarà un presidio privato

accreditato per l'esercizio dell'accoglienza e della certificazione, è l' unico del sistema complessivo di cure possibili.

In secondo luogo il Ser.T. è un dispensatore di cure: di fatto solo somministra metadone e buprenorfina, inoltre attua terapie socio-ed psicoterapie familiari o individuali o gruppal, gestisce centri-diurni e che caso ha anche una propria Comunità Terapeutica.

Perciò il Ser.T. può inviare i tossicodipendenti per un trattamento no oppure presso se stesso. Di fatto la scelta spesso è influenzata no to dal volere del singolo o della sua famiglia ma anche dei movimen- tari di pressione sociale, che sono straordinariamente forti e diffusi zionano pesantemente la vita delle amministrazioni pubbliche. Bast che il governo per anni ha utilizzato come propri consulenti quasi e mente i leader carismatici delle più grandi Comunità Terapeutiche.

In terzo luogo il Ser.T. paga tutte le prestazioni che vengono re tossicodipendente in ragione del proprio stato.

Infine il Ser.T. è lo strumento pubblico per effettuare il controllo lanza sui servizi privati affinché rispondano ai requisiti previsti dalla Il Ser.T. stipula delle convenzioni con i servizi privati che lo attor-

Come si può vedere il Ser.T. assomma compiti di diversa natura c in relazione col principale partner, la Comunità del privato-sociale, un soggetto ibrido.

Rispetto alla Comunità il Ser.T. è l'inviante, un collega, un colla- un concorrente, il pagatore ed il controllore.

72. Il Dipartimento per le dipendenze ed il Terzo

Pur nella differenza dei ruoli esiste una forte omogeneità di stili e logie fra servizio pubblico e servizio privato che ha consentito di sistema unico (Borzaga, 2000).

Nel rapporto col privato-sociale spesso vi è competizione masc collaborazione. Esso si sente avvinghiato al Dipartimento dei Ser. non può prescindere, desidera una pari dignità, per questo va sottop- ri regole; diffida però della parzialità del soggetto gestore che schiacciato inevitabilmente sull'interesse dei Ser.T. Per questo spes- invocato il "Terzo super partes". Un Terzo che si collochi equidi- pubblico e dal privato. Rimane che il Terzo, inteso come garante d- delle regole, non può essere che un pubblico.

Nella Regione Emilia-Romagna fu istituito in ogni Azienda sa- Coordinamento Tecnico Territoriale con compiti di programmazione zo e verifica al complesso di tutti i servizi sia pubblici che privati. I composto dai responsabili dei Ser.T., delle Comunità convenzionat- muni e del volontariato. L'esperienza dei CTT è andata in crisi a

Filiera 4: servizi residenziali specialistici



1 A chi risponde

Persone con bisogni elevati, instabilità abitativa o relazionale, necessità di contesto intensivo e protetto.

2 Che cosa offre

Osservazione, diagnosi, vita comunitaria, attività educative, lavoro sul quotidiano, gruppi, reinserimento.

3 Passaggio essenziale

Preparare entrata e uscita con Ser.D, famiglia, territorio, lavoro, casa e rete informale.

Filiera 5: alta soglia e complessità

1

Situazioni

Acuzie, gravi comorbidity, complicanze infettivologiche o epatiche, emergenze medico-psichiatriche.

2

Caratteristica

Servizi con alta specializzazione, bacini territoriali più ampi, équipe dedicate, criteri di invio selettivi.

La complessità richiede specializzazione, ma anche ritorni ben costruiti verso la rete ordinaria.

Rischio sistemico

La persona si affida a sé stessa e ai suoi mezzi per sopravvivere. Il suo corpo è il suo primo, e dopo l'acuzie, diventa decisivo.

Dove si rompe una filiera?

1 Prima visita

La persona arriva, ma il primo contatto risulta troppo lontano, tecnico o carico di attese implicite.

2 Attesa

La domanda si raffredda: tempi lunghi, passaggi formali, mancanza di accompagnamento.

3 Transizione

Dal Ser.D alla comunità, dalla comunità al territorio, dall'ospedale al servizio: momenti ad alta fragilità.

4 Uscita

Mancano casa, lavoro, relazioni, sostegno quotidiano e possibilità di rientrare nel servizio con dignità.

5 Rientro

La ricaduta può diventare informazione clinica e organizzativa, invece di semplice fallimento individuale.

domanda infermieristica: quale passaggio posso rendere più praticabile?

Pratica infermieristica

Tradurre la mappa in gesti, domande, invii e micro-decisioni nel lavoro quotidiano.



Che cosa vede un infermiere nei servizi dipendenze?

1

Corpo e rischio

Intossicazioni, astinenze, infezioni, ferite, overdose, comorbidità, sonno, alimentazione, farmaci, salute sessuale.

2

Accesso e fiducia

La persona accetta il contatto? torna? comprende? si sente giudicata? chiede in modo indiretto?

3

Rete e continuità

Chi deve sapere cosa? Quale passaggio va accompagnato? Quale rischio si apre se l'appuntamento salta?

L'infermiere spesso sta nel punto in cui il bisogno diventa o non diventa domanda.

Cinque gesti che abbassano la soglia

1

Nominare senza etichettare

“Mi sembra che oggi serva prima capire cosa ti protegge nell’immediato.”

2

Rendere praticabile

Dare orari, nomi, passaggi, cosa portare, cosa accade se non riesce a venire.

3

Accompagnare l’invio

Telefonare, scrivere, agganciare una persona precisa, evitare l’invio nel vuoto.

4

Tenere aperto il ritorno

“Se salta questo passaggio, puoi comunque tornare qui.”

5

Leggere il consumo

Non come fallimento identitario, ma come informazione sul funzionamento del percorso.

Che cosa cambia per l'infermiere

1 Accoglienza

Rendere il primo contatto meno minaccioso: tono, tempi, chiarezza, possibilità di tornare.

2 Traduzione

Aiutare la persona a trasformare una richiesta confusa in una domanda riconoscibile dal servizio.

3 Continuità

Promemoria, consegne, raccordi, invii accompagnati, attenzione ai passaggi fragili.

L'infermiere spesso presidia la soglia: è lì che la cura può iniziare o interrompersi.

Chiusura: che cosa deve restare

- 1 I servizi per le dipendenze sono un'architettura territoriale fatta di porte, regole, passaggi e responsabilità.
- 2 Le soglie aiutano a leggere quanto il setting chiede alla persona per entrare e restare.
- 3 Le filiere mostrano come i pezzi della rete devono coordinarsi per evitare interruzioni e rimbalzi.

La domanda decisiva: quale porta rende possibile il prossimo passo?