

©Vettorato G. – Psicosociologia della Tossicodipendenza

Cap. XVI – COME INTERVENIRE: I SERVIZI

DA CANU M., *PSICOLOGIA DELLE TOSSICODIPENDENZE*, 2013
CAP. 5 – COME INTERVENIRE: I SERVIZI (pp. 185-211)

Dati

- Ultimi decenni: incremento di **linee guida** per il trattamento delle td. in Europa
- In un anno **1.200.000** persone td trattate in Europa (EMCDDA, 2011)
- **Visione multidisciplinare, integrata** e a lungo termine del trattamento delle td.
- In Italia legge n. **328/00** «Legge Quadro per la realizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali» e DPR 309/90.

Indicazioni della legge italiana

La Legge prevede per i tossicodipendenti:

- **prevenzione** dell'emarginazione e del disadattamento sociale;
- rilevazione ed analisi delle **cause locali** di disagio familiare e sociale;
- **assistenza** sociale dei tossicodipendenti;
- **riabilitazione e reinserimento** scolastico, lavorativo e sociale.

Gestione servizi

Tali compiti possono essere gestiti direttamente dagli:

- **Enti Locali** (Comuni, Regioni e Province)
- affidati ad Enti del privato sociale
- **Ser. T** (Sistema Sanitario Nazionale - ASL).

Ottica di rete: coordinamento e integrazione delle politiche e pratiche sociali e sanitarie per i td.

Coordinamento servizi

Coordinamento dei Comuni con i Servizi socio-sanitari delle **ASL** (in particolare Medici di base, Consultori, Ser.T.),

- con i Servizi educativi e scolastici,
- con i Servizi degli Istituti di detenzione e pena,
- con la Pubblica Sicurezza,
- con l'edilizia residenziale pubblica per le categorie svantaggiate
- con le istituzioni, pubbliche e private, per il reinserimento sociale e lavorativo.

Ser. T

Ser. T (Servizi per le Tossicodipendenze): servizi pubblici delle ASL (legge 162/90).

- Servizi ambulatoriali, che forniscono:
- Sostegno psicologico e sociale ai td.
- Programmi riabilitativi individualizzati
- Controllo della salute
- Somministrazione di farmaci

Equipe miste (medici, psicologi, assist. sociali, educatori professionali, infermieri, assist. sanitari) → centralità della persona del td.

Ser. T. - compiti

- attuare interventi di primo sostegno ed orientamento per i tossicodipendenti e le loro famiglie;
- attuare interventi di informazione e prevenzione nei confronti delle fasce giovanili;
- accertare lo stato di salute psico-fisica della persona anche con riferimento alle condizioni sociali;
- certificare lo stato di tossicodipendenza, per le finalità di cui alla legge n. 162 del 1990;
- definire i programmi terapeutici individuali, compresi gli interventi socio-riabilitativi;
- realizzare, direttamente o in convenzione con altri servizi di cura, il programma terapeutico e socio-riabilitativo dell'utente;
- attuare gli interventi di prevenzione della diffusione delle infezioni da HIV e delle altre patologie correlate alla tossicodipendenza, sia nei confronti delle persone in trattamento presso i Ser.T., che nei confronti di quelle in trattamento nei Servizi;
- valutare periodicamente l'andamento e i risultati del trattamento e dei programmi di intervento sui singoli tossicodipendenti in riferimento agli aspetti di carattere clinico, psicologico, sociale, nonché in termini di cessazione di assunzione di sostanze stupefacenti;
- rilevare i dati statistici ed epidemiologici relativi alla propria attività e al territorio di competenza.

Ser. T. - terapie

- Terapia farmacologica → disintossicazione
- Metadone e buprenorfina (agonisti oppiacei)
 - A scalare (diminuzione progressiva dosi)
 - Mantenimento (dipendenza cronica)
- Sostegno psico-sociale
- Riabilitazione

Il td. volontariamente

- Inviato dal medico curante
- dai Servizi sociali

Servizi a bassa soglia

- «Strutture ponte» di raccordo tra la strada e i Servizi, per persone non pronte a cambiare

Varie tipologie:

- Unità mobili di strada
- Unità di somministrazione del metadone
- Unità fisse
- Centri diurni
- Centri notturni di pronta accoglienza
 - Servizi minimi alla persona (bisogni elementari)
 - Evitando la cronicizzazione (prospettive future)

Aree d'intervento per i Centri diurni

PER EVITARE LA CRONICIZZAZIONE DEL SERVIZIO BISOGNA PREVEDERE UNO SBOCCO AD UN LIVELLO, ALMENO, INTERMEDIO, CHE CONTEMPLA:

1. Un' area di prima accoglienza:

- spazi allestiti ove potersi lavare e dedicarsi all'igiene personale, anche mediante l'utilizzo di locali lavanderia debitamente attrezzati;
- spazi per consentire prima colazione e pranzo;
- spazi per svolgere attività ricreative, comunicare, leggere libri o giornali, guardare la TV.

2. Un'area di ascolto e consulenza:

- colloqui individuali di sostegno e orientamento;
- consulenza sull'utilizzo del sistema dei servizi cittadini ed eventuale accompagnamento in casi di particolare necessità;
- counseling individuali e di gruppo;
- costituzione di gruppi di pari, con conduttore, su tematiche specifiche inerenti comportamenti a rischio, stili di vita alternativi all'uso di droga, ecc.

3. Un'area di riduzione dei rischi, prevenzione e trattamento:

- distribuzione di materiale sterile;
- promozione della tutela dello stato di salute della persona;
- costruzione di una relazione di fiducia con gli operatori;
- attuazione di interventi di sostegno personale e, ove possibile, familiare, volti a far emergere una richiesta di presa in carico più strutturata e/o una domanda di cura, mediante percorsi personalizzati di accompagnamento e invio verso servizi a soglia intermedia o comunità terapeutiche, al fine di modificare i comportamenti a rischio, così da raggiungere una condizione drug-free;
- realizzazione di laboratori ed attività espressive e comunicative, volte ad aumentare il livello di consapevolezza dell'utente, così da motivarlo verso percorsi di cambiamento indirizzati al raggiungimento della condizione drug-free.

I Servizi a Soglia Intermedia

- Servizi «ponte» tra Bassa Soglia e Alta Soglia
- Sostenere e rinforzare la motivazione al cambiamento
- Distinzione tra disintossicazione e disassuefazione
Combinazione di servizi psicologici e socio-educativi

Attività atte a favorire il cambiamento, finalizzate a:

- Migliorare percezione di sé
- Stimolare senso di autoefficacia e autostima
- Migliorare le risorse personali (*empowerment*)
- Migliorare la socialità (coppia, famiglia, gruppo)
- Riarmonizzare lo stato psico-fisico
- Contrastare il disadattamento

Servizi ad Alta Soglia: le Comunità

Comunità Terapeutica (CT):

«struttura residenziale o semiresidenziale con compiti terapeutico-riabilitativi finalizzati al reinserimento della persona tossicodipendente all'interno della società»
(DPR 309/90).

- Sperimentazione durante la II guerra (Bion, Iones, 1940): alternativa alla ospedalizzazione
 - Idea del programma degli AA.: gruppo, relazione interpersonale aiuta a cambiare i comportamenti
- cura, risocializzazione, riabilitazione...

Tipologie di comunità

suddivise in base a diversi criteri



1. In base ai modelli organizzativi

(Kraneklin, D'Ambrosio, Olivetti Manoukian, Orsenigo - Regione Veneto, 1988)

• **Comunità di tipo A:** orientate alla trasmissione di modelli di comportamento adeguati. L'obiettivo è la "rieducazione" attraverso il lavoro, il confronto e l'imitazione degli altri, il rispetto delle regole, della gerarchia e l'avvalimento di gruppi terapeutici. Il processo terapeutico si esaurisce nella Comunità. Gli operatori sono soprattutto ex tossicodipendenti, affiancati da un leader carismatico. L'azione di tali strutture si può riassumere in: salvare, guarire, correggere e contenere.

• **Comunità di tipo B:** sono orientate a "sbloccare e nutrire" gli utenti. L'obiettivo è fornire alla persona, vista come portatrice di risorse positive, gli strumenti per maturare, attraverso il lavoro e lo studio. La vita di comunità è organizzata in termini familiari, in modo da trasmettere esperienze, nozioni ed emozioni; ciò è solo una fase del processo terapeutico, che termina con il reinserimento. L'équipe è composta da educatori.

• **Comunità di tipo C:** sono orientate alla comprensione dei comportamenti, in modo da rendere la persona consapevole delle sue azioni e della sua storia personale, per favorirne la crescita, attraverso la terapia, individuale e di gruppo, e la vita di comunità. L'obiettivo è sostenere e supportare la persona anche nei momenti più regressivi. La comunità è solo una fase del processo terapeutico e l'équipe è composta da operatori specifici.

2. In base delle metodologie d'intervento

La seconda classificazione suddivide le comunità, sulla base delle metodologie d'intervento, in *implicitamente* ed *esplicitamente* terapeutiche (Costantini, Mazzoni, 1984).

- **Le comunità implicitamente terapeutiche** non prevedono fasi, tempi e percorsi di cambiamento definiti.
- **Le comunità esplicitamente terapeutiche**, invece, prevedono un programma di recupero altamente dettagliato e specifico. Le fasi, i percorsi e i tempi del processo terapeutico sono prestabiliti e condivisi con le persone che si impegnano nel cambiamento.

3. In base agli obiettivi

Un'ulteriore classificazione riguarda gli **obiettivi**, e individua tre linee di tendenza nelle tipologie di comunità (*Bellieni, Cambiaso, 1985*):

- • le **comunità "di vita"**, che hanno l'obiettivo di far recuperare, alla persona, un *sistema di valori* in cui ogni cosa deve essere guadagnata, *conquistata*, e confrontata con gli altri membri del gruppo;
- • le **comunità** che utilizzano un approccio centrato sulla **psicoterapia** e, quindi, teso alla *risoluzione dei conflitti dinamici*;
- • le **comunità di lavoro**, che utilizzano *l'ergoterapia* come metodo d'intervento.

4. In base agli obiettivi dei programmi

Manzato, Sassi e Faustini (2005), distinguono quattro tipologie di comunità, sulla base degli obiettivi dei programmi:

- **educativo e di vita:** l'obiettivo e lo stile sono principalmente di tipo *cognitivo-comportamentale* e non sono presenti regole molto rigide, ma il programma è adattato ai bisogni del paziente;
- **assistenziale:** l'obiettivo è quello di sostenere e di *accudire* l'utente sulla base delle caratteristiche presentate dalla specifica persona (solitamente con altre esperienze di comunità alle spalle);
- **terapeutico:** l'obiettivo è la ricomposizione della *sfera psicologica* del paziente che presenta una personalità fragile e frammentata, con *disturbi psicopatologici di lieve gravità*, in cui è comunque possibile fare leva sulle risorse personali;
- **specialistico** o per *comorbilità*: è rivolto a pazienti che presentino *disturbi psichiatrici* riferibili all' Asse I del DSM-IV e di personalità dell' Asse II, con gravità moderata o grave.

Ultima fase: Il reinserimento socio-lavorativo

Tutti i programmi dovrebbero condurre al reinserimento socio-lavorativo dell'ex-td

- I **Servizi sociali, le Istituzione e le comunità terapeutiche** dovrebbero collaborare per reinserire l'ex-td nella vita sociale attiva, collaborando con le **strutture produttive e sociali** del territorio
- Gli **obiettivi** dell'accoglienza e del reinserimento vengono perseguiti con **un lavoro personalizzato**, con colloqui individuali di ascolto e di sostegno.
- Ma anche attraverso **attività di gruppo** con altri gli utenti della stessa struttura, per concordare l'uso degli spazi...
- Per la realizzazione degli interventi viene impiegata una **équipe multidisciplinare**, costituita da figure professionali specializzate, tra cui quella dello Psicologo, dello Psicoterapeuta, *dell'Educatore Professionale*, dell'Assistente sociale, ecc.

Il reinserimento socio-lavorativo

OBIETTIVI:

- promuovere il benessere psico-fisico dell'utente;
- far fronte alla carenza di mezzi economici: organizzazione di vita lontana da situazioni a rischio di disagio psico-sociale;
- promuovere esperienze di confronto e di autogestione nel gruppo dei pari;
- favorire il processo di socializzazione;
- costruire percorsi individualizzati di bilancio delle competenze personali e di orientamento, per percorsi lavorativi adeguati alle capacità della persona;
- favorire l'istruzione scolastica;
- fornire nozioni di imprenditoria, per aumentare il bagaglio di competenze, da spendere per l'ingresso nel mondo del lavoro.