



Dipartimento delle Dipendenze Patologiche

PIANO TRIENNALE 2007-2009

Contributi:

- GRUPPO RETE, OSSERVATORIO E FORMAZIONE
- GRUPPO AREA DEL REINSERIMENTO
- GRUPPO AREA PREVENZIONE
- GRUPPO AREA RIDUZIONE DEL DANNO e MARGINALITA'
- GRUPPO AREA TRATTAMENTO
- GRUPPO AREA CARCERE

Dipartimento delle Dipendenze Patologiche

PIANO TRIENNALE 2007-2009

INDICE

GRUPPO RETE, OSSERVATORIO E FORMAZIONE L.Bruni, C.Celata, V.Malcangi, R.Mollica, R.Rossin, A.Saletti	pag. 3
GRUPPO AREA DEL REINSERIMENTO V.Bilone, P.Laudati, V.Cristiano, R.Farina, G.Massari, C.Sacchelli, F.Zuin, V.Paoli	pag. 13
GRUPPO AREA PREVENZIONE V.Bilone, C.Celata, V.Cristiano, M.Fea, R.Gallizzi, O.Motta, R.Rossin, C.Sacchelli, C.Vaccari	pag. 21
GRUPPO AREA RIDUZIONE DEL DANNO e MARGINALITA' R.Gallizzi, V.Malcangi, C.Manzotti, P.Laudati, G.Vidoni, R.Rossin, F.Zuin	pag. 28
GRUPPO AREA TRATTAMENTO E.Cozzolino, G.Carrino, R.Giove, V.Malcangi, R.Rossin, A.Saletti, M.Trombini	pag. 40
GRUPPO AREA CARCERE R.Farina, R.Giove, V.Malcangi, R.Rossin, A.Saletti	pag. 50

GRUPPO RETE, OSSERVATORIO E FORMAZIONE

L.Bruni, C.Celata, V.Malcangi, R.Mollica, R.Rossin, A.Saletti

La stesura di linee di intervento del gruppo ROF all'interno del piano triennale del Dipartimento Dipendenze devono fare riferimento a quanto contenuto nella DGR 12621/03, in quanto in esso si trovano indicazioni e definizioni in merito alle funzioni, attività ed obiettivi sia per l'Osservatorio che per la formazione ed il sistema di rete, tra loro spesso interconnessi. Si riportano, in sintesi, tali contenuti:

OSSERVATORIO E RETE

Attraverso l'espletamento delle funzioni di antenna, sperimentale, di punto di informazione e di messa in rete sono perseguibili gli obiettivi che portano alla comprensione delle caratteristiche essenziali del fenomeno e delle sue tendenze evolutive e stima della portata del fenomeno, a svolgere attività di monitoraggio delle attività sulle dipendenze, di informazione e di supporto al processo di valutazione degli interventi assolvendo, quindi a 4 funzioni principali: implementazione di un sistema di monitoraggio dell'utenza dei servizi pubblici e privati, attivazione e sviluppo di un sistema di allerta rapido sulla comparsa di nuove sostanze stupefacenti e/o di sostanze con caratteristiche altamente significative, definizione dei criteri di qualità per la remunerazione e la differenziazione dei servizi e secondo l'articolazione degli interventi in essi previsti, e miglioramento delle conoscenze relative al successo dei vari trattamenti con disponibilità di una letteratura di riferimento.

FORMAZIONE

Le modalità attraverso le quali si realizzano interventi e progetti formativi devono tener conto dell'organizzazione di corsi di approfondimento delle singole aree di intervento professionale, l'attivazione di momenti formativi di approfondimento tematico, la supervisione sulle modalità lavorative a livello di equipe e/o di gruppi di lavoro e la supervisione degli interventi tecnico professionali sui soggetti con problematiche di dipendenza. Gli strumenti suggeriti sono la partecipazione a corsi specialistici organizzati da Enti preposti alla formazione lavorativa dei professionisti, corsi mono e pluriprofessionali, attività formativa in itinere all'interno di specifici interventi progettuali e l'utilizzo di soggetti esterni al servizio per le attività di supervisione.

All'interno della citata DGR è anche riportato un paragrafo sulla valutazione della qualità che articola tale attività in individuazione e definizione di responsabilità, attivazione di programmi di valutazione e miglioramento della qualità, utilizzo del sistema periodico di monitoraggio degli interventi e dei progetti, attivazione di un sistema periodico di verifica degli interventi e dei progetti, realizzazione almeno

annuale di una indagine per la valutazione della soddisfazione degli utenti, delle loro famiglie e degli operatori, attivazione di un sistema di valutazione dei trattamenti e attivazione di momenti di comunicazione dei risultati raggiunti. Tutto ciò, che già di per sé risulta strettamente correlato alle attività e funzioni proprie dell'Osservatorio, potrebbe anche rientrare all'interno di ipotesi di eventi formativi specifici a supporto dei processi di valutazione suggeriti.

STRATEGIA

Attivare sistemi di funzionamento integrati al fine di coordinare e garantire il funzionamento degli ambiti osservatorio, rete e formazione.

MACRO OBIETTIVI

Rete ed Osservatorio: attivazione delle funzioni attribuite all'Osservatorio e facilitazione degli scambi tra gli attori di sistema (Pubblico, Privato ed Ente Locale)
Formazione: progettazione di interventi formativi a sostegno dello sviluppo del know-how necessario per gli aspetti clinici ed organizzativi.

TEMPISTICA E MODALITA' DI ESECUZIONE

Nell'ottica della programmazione triennale e compatibilmente con quanto determinato dal livello regionale, si ipotizza di realizzare le seguenti azioni nel triennio 2007-2009:

- I anno: 2007
 - Osservatorio - messa a regime e gestione del sistema informativo sul territorio di competenza per quanto riguarda la raccolta dati sui soggetti in trattamento presso le strutture del pubblico e del privato, e i dati di competenza della sesta area. Monitoraggio delle rispettive attività. Monitoraggio locale del fenomeno attraverso la conduzione di indagine sui consumi nella popolazione generale
 - Rete - messa in comune di materiale scientifico di tipo bibliografico e/o informativo e realizzazione di un sistema di scambio attivo di documenti. Produzione di reportistica del tipo quaderni periodici (trimestrali o quadrimestrali) a rendicontazione o aggiornamento di interventi progettati specifici realizzati all'interno del Dipartimento.
 - Formazione - realizzazione di interventi formativi trasversali alle aree su tecniche gestionali e di qualità
- II anno: 2008
 - Osservatorio - consolidamento del sistema di rilevazione dati sull'utenza ed attività svolte dai servizi, e definizione ed avvio di processi di valutazione degli interventi attraverso metodologie di benchmarking finalizzate al miglioramento ed ottimizzazione dell'impiego di risorse.

- Rete - manutenzione del sistema di interscambio informativo e della documentazione scientifica
- Formazione - definizione di progetto formativo in funzione dei risultati della analisi dei bisogni o sulla base di processi innovativi messi in atto.
- III anno: 2009
 - Osservatorio - elaborazione e sperimentazione di modelli valutativi sintetici da utilizzarsi in termini programmatici all'interno del sistema di intervento
 - Rete - ampliamento delle connessioni di rete allargando il sistema di comunicazioni ad altri soggetti di interesse (ad es. ospedali cittadini)
 - Formazione - definizione di progetto formativo in funzione dei risultati della analisi dei bisogni o sulla base di processi innovativi messi in atto.

MODALITA' DI VERIFICA

Definizione di diagramma di Gantt e rispetto delle scadenze prestabilite per il raggiungimento di obiettivi intermedi e finali.

ROF WORK PACKAGES

2007-2009

STRATEGIA	AMBITO	MACROATTIVITA'	RESPONSABILITA'	TEMPISTICA
INFORMATIZZAZIONE	OSSERVATORIO/ RETE	Implementazione e gestione di un sistema di monitoraggio dell'utenza dei servizi pubblici e privati	OSSERVATORIO DDP	2007 - 2009
DIVULGAZIONE	RETE	Miglioramento delle conoscenze relative al successo dei vari trattamenti con disponibilità di una letteratura di riferimento	OSSERVATORIO DDP	2007 - 2009
FORMAZIONE	FORMAZIONE	Definizione di progetto formativo annuale in funzione dei risultati della analisi dei bisogni e/o sulla base di processi innovativi messi in atto e/o secondo quanto previsto da DGR 12621/03	OSSERVATORIO DDP	2007 - 2009

DOCUMENTO PROGRAMMATICO GRUPPO RETE, OSSERVATORIO E FORMAZIONE PER IL PIANO TRIENNALE 2007-2009

1° ANNO 2007

OBIETTIVO INFORMATIZZAZIONE	INPUT	ATTIVITA'	RESPONSABILITA'	OUTPUT	TEMPISTICA	Elementi di monitoraggio del processo e relativi strumenti di lavoro	COSTI/FONDI
Implementazione e gestione di un sistema di monitoraggio dell'utenza dei servizi pubblici e privati	DGR 12621/03	Mantenimento del sistema informativo sul territorio di competenza per quanto riguarda la raccolta dati sui soggetti in trattamento presso le strutture del pubblico.	OSSERVATORIO + DIRETTORI STRUTTURA COMPLESSA SERT	Flussi informativi istituzionali Report SerT Report Noa	Dal 01.01.07 Al 31.12.07	Registro informatizzato per help desk =1 Incontri osservatorio/ incaricati sesit =>2 in un anno Registro informatizzato per ricognizione pc =1 Controllo bimestrale random su 3 fascicoli personali per singola U.U.OO semplice per verifica della completezza dei dati. Invio debito informativo entro scadenze previste Stesura report Noa entro 5 mesi dalla fine dell'anno solare precedente Stesura report sert entro 5 mesi dalla fine dall'anno solare precedente	Personale dipendente dedicato (1 medico 40% e 1 infermiera al 100%) Supporto personale consulente e convenzionato (fondi regionali su 2007)

	Messa a regime del sistema informativo sul territorio di competenza per quanto riguarda la raccolta dati sui soggetti in trattamento presso le strutture del privato, e i dati di competenza della sesta area.	OSSEVVATORIO + PRESIDENTE DEL PRIVATO SOCIALE + COORDINATORE ATTIVITA' DI PREVENZIONE PROGETTO PREFETTURA	Reportistica flussi utenza per le strutture partecipanti	Dal 01.01.07 Al 31.12.07		Personale dipendente dedicato (1 medico 40% e 1 infermiera al 100%) Supporto personale consulente e convenzionato (fondi regionali su 2007)
	Avvio del sistema informativo sul territorio di competenza per quanto riguarda la raccolta dati sui soggetti in trattamento presso le strutture SMI	OSSEVVATORIO RAPPRESENTANTI SMI	Reportistica flussi utenza per le strutture partecipanti	Dal 01.01.07 Al 31.12.07		Personale dipendente dedicato (1 medico 40% e 1 infermiera al 100%) Supporto personale consulente e convenzionato (fondi regionali su 2007)
Implementazione e gestione di un sistema di monitoraggio delle prestazioni	Monitoraggio andamento carichi di lavoro	DGR 12621/03 OSSEVVATORIO DIRETTORI SERT CONTROLLO DI GESTIONE	Produzione tracciati amb01 e amb02 (prestazioni) Report su dato relativo alle prestazioni dell'anno precedente	Dal 01.01.07 Al 31.12.07	Invio lettera (AP) entro 31.01.06 contenente scadenze per autorizzazione dei carichi di lavoro (cdl) Invio cdl in Regione entro scadenze previste	Personale dipendente dedicato (1 medico 40% e 1 infermiera al 100%) Supporto personale consulente e convenzionato (fondi regionali su 2007)

Monitoraggio locale del fenomeno attraverso la conduzione di indagini sui consumi nella popolazione generale	DGR 12621/03	Realizzazione di survey nella popolazione generale	OSSERVATORIO GRUPPO PROXI	Report di prevalenza dei consumi	Dal 01.01.07 Al 31.12.07	Definizione protocollo di ricerca comprensivo di Gantt Verifica tempi di realizzazione rispetto a Gantt	Personale dipendente dedicato (1 medico 40% e 1 infermiera al 100%) Supporto personale consulente e convenzionato (fondi regionali su 2007)
--	--------------	--	---------------------------	----------------------------------	--------------------------	--	--

II° ANNO - 2008

OBIETTIVO INFORMATIZZAZIONE	INPUT	ATTIVITA'	RESPONSABILITA'	OUTPUT	TEMPISTICA	Elementi di monitoraggio del processo e relativi strumenti di lavoro	COSTI/FONDI
Consolidamento del sistema di rilevazione dati su utenza e prestazioni	DGR 12621/03	Raccolta ed analisi dati sull'utenza ed sulle attività svolte dai servizi	OSSERVATORIO	Produzione flussi informativi istituzionali su utenza e produzione tracciati amb01 e amb02 Report SerT Report Noa	Dal 01.01.08 Al 31.12.08	Invio debito informativo su utenza e prestazioni entro scadenze previste Stesura report Noa entro 5 mesi dalla fine dell'anno solare precedente Stesura report sert entro 5 mesi dalla fine dall'anno solare precedente	Personale dipendente dedicato (1 medico 40% e 1 infermiera al 100%)
Miglioramento ed ottimizzazione dell'impiego di risorse attraverso definizione ed avvio di processi di valutazione		Identificazione e sperimentazione di modalità di valutazione comparata	OSSERVATORIO	Stesura report di analisi e documenti a supporto della programmazione	Dal 01.01.08 Al 31.12.08		Personale dipendente dedicato (1 medico 40% e 1 infermiera al 100%)

III° ANNO - 2009

OBIETTIVO INFORMATIZZAZIONE	INPUT	ATTIVITA'	RESPONSABILITA'	OUTPUT	TEMPISTICA	Elementi di monitoraggio del processo e relativi strumenti di lavoro	COSTI/FONDI
Consolidamento del sistema di rilevazione dati su utenza e prestazioni	DGR 12621/03	Raccolta ed analisi dati sull'utenza ed sulle attività svolte dai servizi	OSSERVATORIO	Produzione flussi informativi istituzionali su utenza e produzione tracciati amb01 e amb02 Report SerT Report Noa	Dal 01.01.09 Al 31.12.09	Invio debito informativo su utenza e prestazioni entro scadenze previste Stesura report Noa entro 5 mesi dalla fine dell'anno solare precedente Stesura report sert entro 5 mesi dalla fine dall'anno solare precedente	Personale dipendente dedicato (1 medico 40% e 1 infermiera 100%) al
Miglioramento ed ottimizzazione dell'impiego di risorse attraverso definizione ed avvio di processi di valutazione		Applicazione modalità e tecniche di valutazione comparata	OSSERVATORIO	Stesura report di analisi e documenti a supporto della programmazione	Dal 01.01.09 Al 31.12.09		Personale dipendente dedicato (1 medico 40% e 1 infermiera 100%) al

I, II e III anno – 2007/09

OBIETTIVO DIVULGAZIONE	INPUT	ATTIVITA'	RESPONSABILITA'	OUTPUT	TEMPISTICA	Elementi di monitoraggio del processo e relativi strumenti di lavoro	COSTI/FONDI
Miglioramento delle conoscenze relative al successo dei vari trattamenti con disponibilità di una letteratura di riferimento	DGR 12621/03	Sistemizzazione ed aggiornamento della documentazione cartacea ed informatica all'interno della biblioteca multimediale	OSSERVATORIO	Presenza documenti catalogati in biblioteca multimediale	Dal 01.01.07 Al 31.06.07	Etichettatura cartaceo presente in biblioteca dipartimentale a significare la registrazione del singolo documento in biblioteca multimediale Presenza di file riepilogativo dei documenti in biblioteca	Personale dipendente dedicato (1 medico 40% e 1 infermiera al 100%) Supporto personale consulente e convenzionato (fondi regionali su 2007)
		Avvio manutenzione partecipazione biblioteca multimediale e della biblioteca multimediale	OSSERVATORIO	Monitoraggio consultazione del materiale disponibile in formato elettronico e cartaceo	Dal 01.01.07 Al 31.12.09	Presenza di sistema di rendicontazione consultazioni delle	Personale dipendente dedicato (1 medico 40% e 1 infermiera al 100%) Supporto personale consulente e convenzionato (fondi regionali su 2007)

I, II e III anno – 2007/09

OBIETTIVO FORMAZIONE	INPUT	ATTIVITA'	RESPONSABILITA'	OUTPUT	TEMPISTICA	<i>Elementi di monitoraggio del processo e relativi strumenti di lavoro</i>	COSTI/FONDI
Definizione di progetto formativo annuale in funzione dei risultati della analisi dei bisogni e/o sulla base di processi innovativi messi in atto e/o secondo quanto previsto da DGR 12621/03	DGR 12621/03	Realizzazione di indagini sui bisogni formativi	RESP DIPARTIMENTO OSSERVATORIO	Definizione di programma formativo annuale	Dal 01.01.07 Al 31.12.09	Presenza di piano formativo Area Dipendenze in Piano Formativo Aziendale annuale	Personale dipendente dedicato (1 medico 40% e 1 infermiera al 100%) Supporto personale consulente e convenzionato (fondi regionali su 2007)

NB: attività supplementari rispetto a quelle dichiarate sono attivabili e realizzabili in funzione di fondi supplementari erogati a favore dell'Osservatorio (ad esempio ex L. 45/99 o riconoscimento funzioni come da DGR 11 febbraio 2005- n. 7/20586 corrispondenti a € 180.000/anno)

GRUPPO AREA DEL REINSERIMENTO

V.Bilone, P.Laudati, V.Cristiano, R.Farina, G.Massari, C.Sacchelli, F.Zuin, V.Paoli

LA STORIA E L'INTERVENTO

La proposta che qui viene presentata è il frutto di un ampio e articolato lavoro di confronto e di approfondimento di un gruppo di lavoro, composto dal Comune di Milano, dell'ASL Città di Milano e dal Privato Sociale che, a Milano e in Lombardia, operano da anni nell'area del reinserimento sociale e lavorativo degli utenti con problematiche di dipendenza. Si tratta dunque di un gruppo composito che, pur nella varietà delle strategie finora adottate dai singoli componenti, si è posto negli anni come referente valido e credibile dell'area in oggetto. Questo gruppo di lavoro ha avuto origine nel 1995, ed è stato coordinato dal Comune di Milano, Ufficio Tossicodipendenze; aveva allora il compito di monitorare le attività messe in campo dal Comune, contribuendo allo sviluppo delle stesse e alla stesura delle linee triennali per l'Amministrazione comunale sul tema delle dipendenze. Questa prima configurazione di lavoro ha prodotto l'attivazione della Segreteria Area Reinserimento

Questo documento trae spunto, quindi, dalle riflessioni e dagli esiti dei lavori di indagine e di sperimentazione di interventi realizzati nel territorio milanese nel corso di diversi anni da parte di più soggetti.

Fonti di ispirazione sono soprattutto gli esiti delle progettazioni L.45/99 nell'area del reinserimento avviate a partire dal 1999 (attraverso il F.N.L.D. 1997/1999 - 2000/2001 - 2002 - 2003 - 2004 che hanno finanziato complessivamente sull'area € **2.575.232,97**), i servizi abitativi ed educativi attivati dal Comune di Milano sull'area attraverso convenzioni con il Privato Sociale e le riflessioni delle strutture residenziali terapeutiche che hanno come compito, nel territorio milanese, il reinserimento.

Per quanto riguarda i progetti ci riferiamo in particolare a :

- Progetto "*Costruzione di una rete cittadina per il reinserimento*", a titolarità del Comune di Milano, un ambito di confronto sull'area e il relativo "*percorso di valutazione*" di CEVAS, un'analisi critica sui dati e sugli esiti.
- Progetto "*Job Windows*" con titolarità ALA Milano ONLUS
- Progetto "*Nuovi percorsi per il reinserimento: ricerca intervento nell'area del reinserimento sociale*", a titolarità del Comune di Milano, indirizzato ad utenti di bassa soglia, naturale prosecuzione di alcune riflessioni sviluppate sui tavoli di lavoro
- Progetto "*Costruzione di un sistema cittadino integrato per il reinserimento*", a titolarità ASL Città di Milano, attualmente nella fase di produzione e divulgazione dei dati raccolti.

- Comunità del Giambellino, struttura terapeutica "COMUNITA' D'ORSAY"
- Associazione Progetto N, struttura terapeutica.
- Unità abitative per il reinserimento, in convenzione con il Comune di Milano (Progetto VELA e Progetto GIAMBELLINO)
- Centro Educativo permanente, percorsi educativi non residenziali, di COMUNITA' DEL GIAMBELLINO in convenzione con il Comune di Milano.

La valutazione sui progetti ha evidenziato come in questo momento storico non esista più un unico tipo di "utente target" in carico al sistema di reinserimento milanese. Nel corso degli ultimi anni si è infatti assistito ad una progressiva articolazione dei bisogni e delle risorse della utenza: ai pazienti che al termine di un percorso trattamentali possono essere considerati guariti e totalmente reinseribili socialmente, si sono affiancati pazienti che hanno percorsi trattamentali molto lunghi, che alternano periodi di astinenza da sostanze a recidive o che hanno altre problematiche personologiche che rendono complesso il loro inserimento sociale. Per tutta questa gamma di utenza, che costituisce ormai la maggioranza dei casi in carico al sistema delle dipendenze, si rendono necessari interventi di inclusione sociale che si affianchino al trattamento come prassi integranti ed indispensabili di un cammino terapeutico.

Il modello lineare (patologia-trattamento-guarigione-reinserimento) non è più idoneo ad orientare le strategie dei percorsi di reinserimento, in quanto non più rappresentativo delle situazioni di buona parte della utenza. La realtà della clinica mostra invece come i pazienti attraversino ricorsivamente le risorse di rete; la circolarità degli interventi è quindi sempre più l'elemento che caratterizza i reali movimenti dell'utenza.

Una delle azioni importanti da intraprendere è quella di creare maggiori sinergie tra l'Area trattamentali e l'Area del reinserimento, nonché all'interno della rete esistente sul tema della inclusione sociale tra le azioni dell'abitare, di lavoro e della socializzazione.

Da queste riflessioni e dal dibattito sviluppato nel progetto *Costruzione di una rete cittadina per il reinserimento* (a titolarità del Comune di Milano finanziamento L.45/99 anni 1997-1999, Privato Sociale, SERT, NOA e SMI) sono emerse, le seguenti considerazioni:

- Nella concezione tradizionale dei programmi di recupero della dipendenza da sostanze è ipotizzata spesso una progressione lineare dall'area del trattamento sino a quella del reinserimento: tale prassi non rappresenta la realtà dei percorsi.
- Un ampio gruppo di utenti utilizza le risorse a disposizione in modo ciclico e ricorsivo. Ciò significa che spesso l'andamento del percorso individuale non è lineare e risolutivo.

- Emerge la necessità di abbinare interventi trattamentali a percorsi di integrazione sociale all'interno di progetti specifici.

Emerge dunque il concetto di reinserimento sociale e/o lavorativo come non sempre contiguo, ma spesso sovrapposto e concomitante, a quello del trattamento e della riduzione del danno.

Da quanto esposto si evidenzia che il lavoro di inclusione sociale, per questi utenti, fortemente problematici dal punto di vista della compromissione sanitaria e/o sociale, in presenza di una cronicità per dipendenza da sostanze, può essere meglio specificato e arricchito da attività di ri/elaborazione esperienziale, ri/abilitazione psicosociale e ri/acquisizione di competenze, che vedono nei processi di accompagnamento, di tutoring e di riflessione la chiave di volta per l'individuazione di nuove strategie sperimentali.

Un approccio di questo tipo è stato sperimentato in *Nuovi percorsi per il reinserimento: ricerca intervento nell'area del reinserimento sociale* (progetto L:45/99 titolare Comune di Milano), il progetto interveniva sul versante socio relazionale (famiglia e relazioni sociali) e sulla dimensione lavorativa attraverso attività di tutoring personalizzato.

Un ulteriore apporto di approfondimento sull'Area proviene dal progetto *Costruzione di un sistema cittadino integrato nell'area del reinserimento* (titolarità ASL Città di Milano, L.45/99) che sta esplorando anche il contesto esterno ai servizi come destinatario finale, rilevandone alcune criticità:

- Frammentazione della realtà sociale, bassa solidarietà sociale.
- Diminuzione del supporto familiare: aumento del numero delle separazioni e dei divorzi nelle coppie in cui uno dei coniugi è dipendente da sostanze; impoverimento delle famiglie in cui uno dei membri è dipendente da sostanze.
- Precarietà del mondo del lavoro che offre poche opportunità in generale, pochissime a chi ha problematiche di dipendenza o un'età superiore ai 40 anni.
- Aumento esponenziale del costo delle abitazioni sia in acquisto che in locazione
- Alta complessità del Sistema sociale cittadino.
- Necessità di potenziare la rete cittadina sull'area e di utilizzarne le risorse in una forma più flessibile.
- Autoreferenzialità dei servizi che ostacola una collaborazione con le risorse del territorio (famiglie, mondo del lavoro, risorse abitative, enti formativi, realtà per il tempo libero).

L'utenza deve produrre un grosso sforzo di adattamento ad una realtà sociale certamente complessa e poco accogliente; pertanto i processi di inclusione sociale richiedono ai Servizi ampie azioni di promozione e di coordinamento, e una pluralità di strumenti di intervento e di sostegno.

Queste esigenze di raccordo si pongono a maggior ragione quando i processi di inserimento riguardano utenti ad autonomia compromessa.

Sono processi che non sempre possono essere finalizzati al costruire una definitiva "indipendenza". Molte volte sono chiamati a costruire forme di "articolazione della dipendenza" o, meglio ancora, di "interdipendenza". Una costruzione cioè di punti di riferimento, di appoggi, di spazi di autonomia che da una parte amplifichino le opportunità delle persone e dall'altra alleggeriscano le situazioni che si mettono in contrasto con un percorso difficile di autonomia.

Questa non linearità nei percorsi di vita legati al rapporto con la dipendenza, e la necessità di operare a più livelli, pone però il problema del senso delle azioni, degli obiettivi perseguibili, delle forme di raccordo con gli altri attori sociali. Occorre elaborare quadri di riferimento, criteri e strumenti per ritrovare la posizione e la direzione da dare alle azioni di sostegno.

Questa esperienza, maturata dall'area in questi anni attraverso un lavoro di rete, ci consente di esprimere ora una serie organica di possibilità di interventi.

MANTENIMENTO E SVILUPPO DELL'ATTIVITÀ ORDINARIA.

In città esiste una rete d'offerta, a supporto dei percorsi di integrazione sociale delle persone alcool e tossicodipendenti, costituita da servizi dedicati e servizi con offerte più complesse sul piano degli interventi e del target di riferimento.

Fra i primi si collocano:

Nell'area socio educativo:

- n. 2 Comunità terapeutiche riabilitative, che attivano fasi di inclusione sociale (*Progetto N e Comunità del Giambellino*) con una disponibilità di accoglienza complessiva di n. 19 pazienti (quota inadeguata rispetto alle richieste dei Servizi della Città di Milano)

La struttura di Progetto N ospita solo maschi senza terapia sostitutiva, mentre la Comunità del Giambellino accoglie entrambi i sessi anche in trattamento farmacologico/sostitutivo.

Nell'area abitativa

- Il *Servizio di unità abitative, finanziato dal Comune di Milano*, propone inserimenti in appartamenti di reinserimento gestiti da: Comunità del Giambellino, *Progetto N*, *Saman*, *Ceas* per una capienza complessiva di n 30 ospiti. Si utilizzano criteri diversificati di accoglienza e permanenza.

Il Progetto "*Approdo*", di Cascina Verde, offre ospitalità a 6 pazienti in comorbilità psichiatrica.

Nell'area lavoro:

- il Celav del comune di Milano costituisce l'unico servizio di riferimento che dispone di strumenti di supporto all'inserimento lavorativo, attraverso l'attivazione di tirocini e borse lavoro, moduli di orientamento e sostegno alla ricerca attiva di lavoro.
- Lo sportello lavoro dell' Ass. Ala Milano, Servizio di supporto alla ricerca lavorativa aperto a tutti i cittadini, si occupa di dipendenze in forma specifica

Il sistema per il reinserimento è costituito inoltre da:

- Servizi Sert, Noa e SMI dove ordinariamente si attivano interventi ambulatoriali di sostegno ai percorsi di integrazione sociale.
- N.2 Centri diurni dove si realizzano progetti di accompagnamento al reinserimento (in fase di perfezionamento dal punto di vista dell'accreditamento)
- I moduli di reinserimento per ora sperimentati in strutture comunitarie cittadine (A77, Saman, Exodus, Cascina Verde, Ceas)

Quanto elencato descrive la dotazione ordinaria del sistema cittadino accessibile all'utenza dipendente.

Altra importante area d'intervento è quella costituita dai *Progetti di l. 45/99*, che rappresenta il solo ambito dove si è realizzata una progettazione congiunta e coerente con l'analisi delle criticità d'area e la sperimentazione di interventi "innovativi" nel sistema.

Attualmente sono operativi:

- Progetto "*Costruzione di un sistema cittadino nell'area del reinserimento sociale*" (titolarità Asl) anno finanziario 2003
- Progetto di "*Prossimità Territoriale*" (titolarità Comune di Milano) anno finanziario 2004
- Progetto "*Job4you* " (titolarità Ala Milano) anno finanziario 2005
- Progetto di tutoring aziendale (coordinato dalle Coop. Sociali di inserimento lavorativo)

Alcune considerazioni di criticità rispetto al sistema reinserimento riguardano:

- l'assenza di una rete omogenea e formalizzata, anche riguardo alle prassi di lavoro (modelli di riferimento condivisi, modelli organizzativi, target di pazienti, criteri di ammissione ecc) che possa rispondere in modo organico e complementare all'evoluzione delle necessità dell'area, analizzate e

sperimentate per esempio con i progetti di I.45 (es" *Tutoring globale e gestione della cronicità*" Progetto 20 casi- Adozione di buone prassi "Prog. "Costruzione di un sistema" - Tutoring aziendale "- Matching lavorativo Prog. "Job window").

- il numero insufficiente di posti in strutture residenziali o semi-residenziali e appartamenti di reinserimento rispetto al bisogno cittadino, che provoca liste di attesa lunghe
- la carenza di risorse terapeutiche residenziali fruibili dalle donne e da giovani persone con problematiche di dipendenza e disturbo psichico.

PROGRAMMA STRATEGICO TRIENNALE

Il programma che presentiamo prende spunto dai ragionamenti sinora elencati, che evidenziano con chiarezza che le attività di competenza di questa area sono una integrazione ed una sinergia tra l'area sanitaria (di competenza ASL) e l'area socio-assistenziale (di competenza dell'Ente Locale).

Allo stato attuale, vogliamo segnalare, come già evidenziato dai vari gruppi dipartimentali, che il mutamento politico-organizzativo, l'indefinitezza dei tempi e delle risorse, non ci permette di definire con chiarezza in che contesto andremo ad operare nel prossimo triennio. Ci auguriamo che attraverso: le circolari della Direzione Generale Famiglia e Solidarietà Sociale (Regione) n°23 e 5 del 31/07/2006 (Piani di Organizzazione e funzionamento Aziendali delle ASL Dipartimento ASSI) nell'ambito socio-sanitario e il Piano di Zona II del Comune di Milano nell'ambito socio-assistenziale, si possa arrivare ,con maggiore chiarezza, alla definizione dei compiti istituzionali e del terzo settore.

CRITICITÀ EVIDENZIATE

1. per le caratteristiche dell'utenza in carico al sistema milanese delle dipendenze, **risulta obsoleto un modello di reinserimento di tipo lineare** che prevede in successione una fase di trattamento capace di rendere un paziente totalmente guarito ed autonomo e quindi pienamente reintegrabile in un circuito di normalità. Infatti una buona quota dell'utenza può avere programmi di trattamento molto lunghi, episodi di recidive, uno stato di cronicità o problematiche personologiche che compromettono la possibilità di gestirsi in totale autonomia i diversi ambiti della vita.

Attualmente non esistono modelli più articolati che possano orientare le strategie del reinserimento. Inoltre non sono formalizzati a nessun livello momenti in incontro, riflessione, programmazione e confronto tra l'Area Trattamentale, quella della Riduzione del danno e quella del Reinserimento.

2. attualmente **non esiste una raccolta di dati** che permetta una valutazione ed un monitoraggio nel tempo dei bisogni di reinserimento e di integrazione sociale. Manca quindi una stima della congruenza tra richiesta e offerta qualitative e quantitative di risorse. L'Osservatorio del Dipartimento Dipendenze Patologiche finora non aveva gli strumenti per poter quantificare i bisogni complessi dell'area.
3. Il sistema d'intervento cittadino vede operare molteplici realtà che non sono connesse all'interno di una **rete formalizzata** che permetta l'adozione di un modello comune di intervento, obiettivi e prassi condivise.

OBIETTIVI:

1. Costruzione di un modello condiviso di Reinserimento e di Inclusione sociale più complesso ed articolato, che permetta di lavorare anche con differenti target di utenza, da quella più autonoma al termine di un percorso di trattamento a quella con autonomia limitata, che permane parzialmente o periodicamente in trattamento per motivi legati all'andamento del sintomo nel tempo.
2. Costruzione di un sistema condiviso di reperimento dei dati sui bisogni reali della utenza. Impostazione di un lavoro tra l'Area Reinserimento e l'Osservatorio, affinché sia possibile quantificare gli utenti che necessitano di interventi di integrazione sociale, specificando la loro peculiarità e valutando quindi i bisogni dell'area in termini di conversione delle prassi e delle risorse, sviluppo ed investimento. Ciò permetterà che l'area sia costantemente aggiornata sull'analisi dei bisogni e sull'adeguatezza delle risposte del sistema
3. Mantenimento e sviluppo della *rete di azioni integrata* tra le varie realtà ed ambiti che si occupano di inclusione sociale (abitare, lavoro, socializzazione, accompagnamento educativo e psicologico), che condividano di un modello e prassi concordate, che tengano conto dei bisogni dell'utenza. La rete dovrà comprendere necessariamente anche i servizi non specificatamente dedicati al reinserimento di persone dipendenti.

ATTIVITÀ PREVISTE:

1. costituire un'Equipe di lavoro con rappresentanti delle aree reinserimento, riduzione del danno e trattamento sul tema del reinserimento e dell'integrazione sociale in stretta collaborazione con l'Osservatorio per arrivare alla condivisione di un Modello di riferimento che programmi gli interventi rivolti alle diverse tipologie di utenza con differenti capacità di autonomia, tracciando esempi emblematici di percorsi ed elencando, secondo lo schema studiato, le attività ad essi correlate.

Attività avviata entro il primo anno, con durata triennale

2. messa a punto e sperimentazione, in collaborazione con l'Osservatorio, di un sistema di rilevazione e rielaborazione dei bisogni che faccia comprendere le richieste dell'area attraverso una sistematizzazione della raccolta dei dati

Attività avviata entro il primo anno, con durata triennale

3. Il Tavolo di Area Reinserimento, viste le procedure regionali di accreditamento nell'area del reinserimento, interessanti i percorsi riabilitativi delle strutture terapeutiche residenziali, individuerà periodicamente (dando indicazione di cosa vada mantenuto, cosa riorganizzato e cosa costruito ex-novo) le tipologie di prestazioni necessarie sull'area

Attività avviata entro il secondo anno

4. Al fine di favorire gli obiettivi elencati, il Tavolo di Area reinserimento del Dipartimento avvierà una collaborazione stabile, attraverso una presenza nell'attività di gruppo, con i componenti del TAVOLO TECNICO del progetto COSTRUZIONE DI UN SISTEMA INTEGRATO, al fine di dare continuità e sviluppo all'attività svolta.

GRUPPO AREA PREVENZIONE

V.Bilone, C.Celata, V.Cristiano, M.Fea, R.Gallizzi, O.Motta, R.Rossin, C.Sacchelli, C.Vaccari

NOTA INTRODUTTIVA

Il presente documento - coerente nei contenuti con quello approvato dal Gruppo Area Prevenzione nel mese di settembre 2005 - presenta priorità elencate secondo un ordine numerico differente dal precedente. Tale scelta deriva dalla necessità di tenere conto degli scenari nel frattempo mutati (indefinitezza tempi e modalità accreditamento VI Area; aleatorietà risorse disponibili ecc.) e delle opportunità che la costituzione dell'Agenzia Territoriale e il suo avvio operativo pare offrire a supporto della programmazione locale.

Il Gruppo d'Area che ha elaborato la presente proposta, intende segnalare in premessa che gli obiettivi strategici individuati:

1. puntano a conciliare la necessità della definizione di una strategia programmatoria dipartimentale (obiettivo di sistema) con il contemporaneo indispensabile mantenimento (verso il miglioramento) dell'offerta di interventi già in corso, **curando in modo particolare il mantenimento - nello scenario politico-organizzativo in cambiamento a livello Regionale - di adeguati volumi di risorse destinate a questo settore di intervento nell'ambito del Piano di Zona per il Comune di Milano e dell'utilizzo delle risorse FNPS (in capo all'Ente locale)**
2. puntano a migliorare il patrimonio di esperienze e di attività in corso nel nostro territorio, valorizzandone gli aspetti di peculiarità in relazione al contesto metropolitano;
3. si pongono in coerenza con il mutamento di scenario organizzativo previsto dai provvedimenti regionali in materia di "Sesta area" e di "accreditamento";
4. tendono a favorire l'azione programmatoria dipartimentale nel settore, razionalizzando le risorse organizzative, umane e finanziarie già disponibili
5. richiedono il pieno coinvolgimento delle diverse componenti del Dipartimento Dipendenze nella loro precisazione e attuazione
 - a. armonizzando l'azione nelle "aree grigie" prevenzione/trattamento, prevenzione/bassa soglia e riduzione del danno; prevenzione/osservatorio-formazione-ricerca
 - b. puntando a costruire "alleanze di sistema" con le diverse componenti della Società civile milanese
 - c. sperimentando la possibilità di porsi come interlocutore del livello istituzionale regionale e nazionale sia per orientare - a partire dall'esperienza milanese - i contenuti delle scelte programmatorie, sia per tentare il reperimento di ulteriori risorse finanziarie utilizzabili nel

miglioramento e nella stabilizzazione del sistema di offerta (a partire, ad esempio, dalla strutturazione di una Agenzia locale per la prevenzione finanziata nel medio-lungo periodo con risorse correnti e non straordinarie)

In particolare, in relazione al raggiungimento degli obiettivi B3 (razionalizzazione utilizzo risorse esistenti) e B4 (definizione e esplicitazione a livello dipartimentale di una strategia preventiva a livello territoriale) pare fondamentale il coinvolgimento attivo dell'Ufficio di Piano ex L. 328/00 del Comune di Milano, anche con la partecipazione di un suo rappresentante in seno allo stesso Comitato di Dipartimento (o - in subordine - ai lavori del Gruppo d'Area Prevenzione).

Gli obiettivi triennali che seguono sono stati declinati in modo analitico per quanto riguarda il I Anno di azione (2007), lasciando spazio a una probabile loro prossima ridefinizione nei prossimi mesi da parte del Dipartimento Dipendenze - Gruppo d'Area prevenzione che registri i mutamenti di scenario istituzionale e organizzativo in corso

B 0. REALIZZAZIONE IN LINEA CON LE INDICAZIONI REGIONALI DEL PROCESSO DI ACCREDITAMENTO NELL'AREA DI COMPETENZA¹

Questo obiettivo resterà sullo "sfondo" dell'intera azione programmatica del settore da parte del DipDip; in conseguenza di questo è evidente che tutte le altre azioni strategiche previste dovranno essere raccordate (probabilmente in corso d'opera) con esso sia dal punto di vista della tempistica sia dal punto di vista dei contenuti.

Responsabile della realizzazione:

ASL per il tramite del Dipartimento Dipendenze sentito il Comitato di Dipartimento

Tempi

Secondo tempistica che sarà indicata da Regione Lombardia

In ogni caso, nel corso del triennio dovranno essere stabiliti dal Dipartimento Dipendenze dei "requisiti/standard minimi di qualità" relativamente alle caratteristiche organizzative e di contenuto dei diversi programmi di prevenzione specifica. Tali indicazioni saranno finalizzate a garantire un adeguato livello qualitativo dei programmi preventivi realizzati sul territorio.

¹ Secondo quanto previsto dalla DGR VII/20586 del 11 febbraio 2005.

B 1 SPERIMENTAZIONE TRIENNALE DELL'AGENZIA TERRITORIALE A SUPPORTO DELLA PROGRAMMAZIONE E DELLA PROGETTAZIONE

All'Agenda Territoriale sarà affidato - attraverso l'elaborazione di un piano operativo triennale, articolato in annualità - il compito di sviluppare i successivi sotto-obiettivi (B 1.1; B 1.2.; B 1.3), mettendo a disposizione del Gruppo d'Area prevenzione del Comitato di Dipartimento tutti gli elementi conoscitivi raccolti.

Al fine di garantire l'attività dell'Agenda Territoriale si provvederà:

- alla formalizzazione di appositi atti convenzionali fra ASL e Ente locale finalizzati alla definizione delle risorse ordinarie (es. personale, strumentazioni ecc.) coinvolte in essa;
- la verifica della possibilità di un coinvolgimento nella sperimentazione da parte della Struttura Regionale e/o del Dipartimento Nazionale Politiche Antidroga
- lo stanziamento di una quota fissa delle risorse finanziarie annualmente assegnate (ex FNLD, Funzioni ecc.) compatibilmente con le risorse disponibili e le priorità di intervento individuate, anche in altre aree

L'Agenda Territoriale dovrà operare in linea con le indicazioni approvate nel 2005 dal Comitato di Dipartimento nel documento relativo all'utilizzo della quota del 30% del FNLD. La declinazione operativa degli obiettivi a livello triennale è rimandata all'elaborazione della programmazione dei lavori dell'Agenda territoriale stessa (entro 30 gg dalla costituzione del relativo staff tecnico - ipotesi febbraio 2007)

In questo senso appare utile ribadire il ruolo del Comitato di Dipartimento come "cabina di regia" e di indirizzo in relazione a tutti gli obiettivi individuati e assegnati all'Agenda territoriale stessa. Operativamente questo compito sarà garantito dal Gruppo d'Area prevenzione, previa definizione delle modalità organizzative.

A questo scopo, dovrà essere curata una restituzione sistematica e sollecita degli elementi via via elaborati al Comitato di dipartimento stesso (inseriti in odg con presentazione sintetica da parte dei componenti del gruppo di lavoro prevenzione, predisposizione report messi a disposizione di tutti e sessioni periodiche ogni tre/quattro mesi su temi di specifico interesse).

B 1.1 Analisi dei bisogni

Obiettivo triennale:

strutturazione di uno stabile lavoro di analisi dei bisogni cittadini in materia preventiva che veda il coinvolgimento attivo e sinergico di Osservatorio, Organizzazioni e operatori attivi; Destinatari delle diverse categorie, anche attraverso la realizzazione di attività mirate di ricerca e la messa a disposizione dei dati da essi derivanti

Fino ad oggi, infatti, non è esistita se non in modo molto parziale - almeno nell'area dell'intervento preventivo - una seria analisi dei bisogni della popolazione cittadina che vedesse coinvolti i diversi Attori.

Il processo finalizzato al raggiungimento di quest'obiettivo dovrà essere caratterizzato dalla individuazione/costruzione di occasioni e strumenti mirati per l'incontro-scambio/confronto-formazione e supporto (con il concorso dello staff tecnico dell'Agenzia stessa) rivolti a tutte le componenti del sistema di intervento territoriale (Comitato di Dipartimento, Gruppo Area prevenzione, Coordinamento territoriale, Organizzazioni, Coordinatori e Operatori).

In questo senso dovranno essere valorizzati e opportunamente diffusi i risultati e i "prodotti" esito del Progetto Inter-regionale Religo.

I anno

- presentazione Agenzia come risorsa per la programmazione e la progettazione degli interventi di prevenzione delle dipendenze
- formalizzazione protocolli di lavoro con Osservatorio delle Dipendenze, Comune di Milano (Ufficio Dipendenze, Ufficio di Piano L. 328/00; Consigli di Circoscrizione) Ufficio Progetti L. 45/99, Sperimentazione regionale MDMA ecc.
- Recupero dati (report di valutazione, dati ecc) ufficio progetti L.45/99 inerenti alle progettazioni (prevenzione) realizzate dal 1999 ad oggi
- Sperimentazione procedure operative
- Resoconto annuale sull'analisi dei bisogni e delle risorse (umane, tecniche e finanziarie) necessarie

II anno

- messa a regime delle procedure operative
- Resoconto annuale sull'analisi dei bisogni

III anno

- Resoconto annuale sull'analisi dei bisogni

B 1.2 analisi offerta

Obiettivo triennale:

strutturazione di uno stabile lavoro di analisi dell'offerta cittadina di interventi preventivi, che preveda:

- censimento progetti e organizzazioni attive nel settore (compresi gli altri Dipartimenti ASL)
- censimento risorse umane e finanziarie impiegate
- analisi target, ambiti e luoghi di intervento
- analisi metodologie e obiettivi degli interventi

- verifica della congruità delle metodologie adottate in relazione a linee guida, risorse (umane e finanziarie) disponibili, priorità di contesto
- raccolta bisogni formativi del personale impegnato negli interventi ed eventuale progettazione, programmazione e realizzazione di apposite sessioni formative
- messa a regime del sistema di raccolta dati previsto a livello regionale (Sesit-Osservatorio)

I anno:

Entro i primi 3 mesi dall'approvazione del Piano Triennale di Dipartimento: ricognizione e precisazione quadro Soggetti "accreditabili" nell'area prevenzione nella Città di Milano ("Sono da intendersi Programmi di prevenzione specifica quelli che prevedono attività indirizzate a prevenire/contenere una specifica patologia (dipendenza) o uno specifico comportamento a rischio (acuto o cronico) per la salute (consumo problematico), nei confronti di tutti i tipi di sostanze di cui viene fatto uso o abuso, siano queste lecite o illecite").

Visti i tempi lunghi per l'accreditamento dei programmi di prevenzione specifica (Sesta area) si ritiene necessario, alla luce dell'esperienze maturate e realizzate in questi anni, di quantificare allo stato attuale:

- Quali sono gli ambiti d'intervento
- Quanti Soggetti sono interessati ad accreditare programmi di prevenzione specifica
- Quanti programmi di 1 livello
- Quanti programmi di 2 livello

In relazione a questo, saranno formalizzati protocolli di lavoro con Osservatorio delle Dipendenze, Comune di Milano (Ufficio Dipendenze, Ufficio di Piano L. 328/00; Consigli di Circoscrizione) Ufficio Progetti L. 45/99, Sperimentazione regionale MDMA ecc.

II anno

- messa a regime dei protocolli di lavoro
- Resoconto annuale sull'analisi dell'offerta

III anno

- Resoconto annuale sull'analisi dell'offerta

B 1.3 Analisi e razionalizzazione delle risorse impegnate/disponibili nel settore

Attraverso la costruzione di una fotografia dell'esistente e l'elaborazione di un piano organizzativo che valorizzi quanto già esiste (Risorse umane coinvolte nei Percorsi

formativi ad hoc in corso; Sperimentazioni Regionali; Osservatorio DipDip; Ufficio Progetti; ecc.) prevedendo l'individuazione delle opportune modalità per il trasferimento e la condivisione di dati, informazioni, competenze ecc.

Responsabile della realizzazione:

ASL Dipartimento Dipendenze - Comitato di Dipartimento - Gruppo Area Prevenzione

Tempi

Entro 6 mesi del I anno:

quadro preciso delle risorse impegnate per l'intervento di settore, secondo le diverse fonti e linee di finanziamento

II e III Anno: ricognizione fonti di finanziamento a livello locale, regionale, nazionale ed europeo; creazione di contatti con erogatori; informazione dei componenti del comitato di dipartimento, dei progettisti in merito alle procedure di accesso. Elaborazione di progetti dipartimentali di settore.

B 2 STABILIZZAZIONE DEGLI INTERVENTI PREVENTIVI MAGGIORMENTE EFFICACI

Responsabile della realizzazione:

ASL Dipartimento Dipendenze - Area Prevenzione - Agenzia locale - gruppi di lavoro ad hoc

Tempi: III Anno

B 3 RAZIONALIZZAZIONE UTILIZZO RISORSE ESISTENTI E INDIVIDUAZIONE DI (ULTERIORI) RISORSE FINANZIARIE UTILIZZABILI IN QUESTO SETTORE a livello Regionale o Nazionale (DNPA)

B 4 - DEFINIZIONE E ESPLICITAZIONE A LIVELLO DIPARTIMENTALE DI UNA STRATEGIA PREVENTIVA A LIVELLO TERRITORIALE

Che definisca con chiarezza gli obiettivi (raggiungibili) per l'azione preventiva territoriale, :

- In linea con le indicazioni Emcdda (ad esempio: abbassare l'età del target della prevenzione universale; incentivare la prevenzione selettiva; individuare target di prevenzione indicata)
- Nell'ambito di una più ampia strategia preventiva a livello territoriale nella città di Milano che:
 - inserisca i temi della prevenzione delle dipendenze nel più ampio orizzonte delle politiche sociali e che preveda collaborazioni inter-settoriali e inter-istituzionali finalizzate alla costruzione di partnership strategiche)
 - faccia tesoro e rinforzi le sinergie istituzionali e operative già attive sul territorio (es. sperimentazione prefettura "a cavallo" tra prevenzione e trattamento ma anche fra sistema socio sanitario e amministrativo)
 - individui in quale orizzonte strategico e organizzativo collocare in prospettiva i progetti e gli interventi attualmente esistenti (es. Unità Mobile Giovani, Portale www.sistemadipendenze.it ecc.)

Responsabile della realizzazione:

ASL Dipartimento Dipendenze - Comitato di Dipartimento

Tempi: III Anno

GRUPPO AREA RIDUZIONE DEL DANNO e MARGINALITA'

R.Gallizzi, V.Malcangi, C.Manzotti, P.Laudati, G.Vidoni, R.Rossin, F.Zuin

RIDUZIONE DEL DANNO/RIDUZIONE DEI RISCHI: ESPERIENZE, DEFINIZIONI E PRINCIPI.

La "riduzione del danno" in Italia nasce alla fine degli anni '80 in relazione alla diffusione dell'infezione da HIV nella popolazione tossicodipendente per via iniettiva (tale popolazione, nel nostro paese, rappresentava il gruppo maggiormente colpito da HIV e AIDS).

Le azioni assumevano la finalità di "andare incontro" alla popolazioni target nei loro luoghi di incontro ed aggregazione al fine di realizzare il contatto precocemente, senza attendere il manifestarsi della domanda diretta. Le iniziative erano costituite da programmi di distribuzione/scambio di materiali di profilassi, di modificazione dei comportamenti a rischio attraverso l'informazione e il miglioramento della consapevolezza, da interventi volti a facilitare il contatto con il sistema socio sanitario territoriale (Centri screening, ambulatori, Ser.T. etc.). I modelli organizzativi maggiormente praticati erano rappresentati da Unità di Strada, Drop in, macchine scambiasiringhe etc. In questi anni sono stati inoltre attivati alcuni progetti sperimentali di peer support, strategia che andrebbe maggiormente incentivata e sostenuta.

L'impatto con i consumatori attivi evidenziava inoltre come il consumo di sostanze si associasse sovente a condizioni di marginalità sociale e legale (premesse o derivazione del consumo stesso). Da tale concreta esperienza derivava l'estensione degli interventi ai temi del sociale: l'orientamento e l'accompagnamento alle reti sociali di supporto diventava un altro elemento tipico delle azioni di riduzione del danno.

In anni più recenti il modello del "andare incontro" si è esteso inoltre esteso a target diversi (giovani in prevalenza, popolazioni "normali" etc.), a consumi diversi (cocaina, alcool, amfetamine etc.) e a differenti contesti di azione (non più solo la strada e la marginalità ma anche l'aggregazione, il divertimento e la normalità). Si è quindi iniziato a parlare di riduzione dei "rischi" e di "Unità di Strada Giovani".

Tali differenti esperienze sono comunque riconducibili ad una matrice comune, sintetizzabile in una definizione in cui i concetti di "danno" e di "rischio" diventano equivalenti e le diversità sono riferibili ai modelli operativi ed ai target ma non alla finalità generale.

Tale definizione è così espressa: *"Riduzione del danno/rischio: somma delle azioni volte ad evitare/contenere/ridurre le conseguenze derivanti dal consumo di sostanze (legali ed illegali) con particolare attenzione ai temi della tutela della salute (rischio/danno) e della promozione, del mantenimento e del miglioramento del livello di*

inclusione sociale e di soddisfazione dei bisogni di base² delle persone che consumano sostanze. Gli interventi di rdd/r non si finalizzano alla cessazione del comportamento di consumo pur valorizzando l'orientamento alla cura anche per il suo valore protettivo" e si fonda su alcuni principi:

Usare sostanze costituisce un rischio e può causare dei danni.

Il consumatore di sostanze è titolare di diritti (di tutela, di assistenza, di cittadinanza) e di doveri (di tutela e autotutela). E' capace di scelte e cambiamenti anche se persiste nell'uso ed in assenza di richiesta di cura.

Eticamente ed economicamente, sono vantaggiose, per i consumatori e per l'intero corpo sociale, strategie volte a contenere le conseguenze dell'uso di sostanze ed i processi di esclusione sociale.

La riduzione del danno è una "strategia pragmatica" che non si oppone (non è in conflitto) con strategie volte ad evitare l'uso di sostanze (prevenzione) o a farne cessare/ridurre l'uso (trattamenti terapeutici)

Dalla definizione proposta emergono inoltre con chiarezza le due polarità degli interventi di RDD/R:

la tutela della salute (delle persone che consumano sostanze)

la promozione o il mantenimento dell'inclusione sociale (dei consumatori di sostanze)

In accordo con le linee guida nazionali ed internazionali, nel primo ambito si collocano le azioni volte a ridurre o contenere:

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

Del secondo ambito, più specificamente legato all'esperienza italiana, fanno parte tutti gli interventi e le azioni volte a promuovere processi attivi di inclusione sociale (o di contenimento dell'esclusione) realizzati prevalentemente dalle reti sociali locali.

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

Ciò nonostante permangono, sia sul piano istituzionale che su quello operativo, grosse difficoltà ad una piena integrazione degli interventi di rdd/r nelle reti locali di intervento. Il superamento di tale criticità costituisce la finalità (obiettivo generale) che si intende raggiungere attraverso il Piano Triennale Dipartimentale.

Un altro aspetto che non va sottovalutato è quello relativo ai dati **di prevalenza delle diagnosi di AIDS nella nostra città, che destano tuttora grande preoccupazione.**

Milano resta la città italiana con il maggior numero di segnalazioni di AIDS. Dall'inizio della pandemia a oggi in Italia sono stati diagnosticati 55.286 casi di AIDS: tra questi, 16.723 sono riferiti alla Lombardia e 8.530 alla provincia di Milano, dato che

² il riferimento, in tal senso, è anche al concetto del diritto di "cittadinanza"

corrisponde al 15,5% dei casi nazionali, con un tasso di incidenza del 5,9% (Dati COA/ISS giugno 2005). Di questi circa 5.000 sono relativi alla sola città di Milano. La distribuzione dei casi per modalità di infezione evidenzia come dall'inizio dell'epidemia il 58,9% dei casi sia attribuibile a pratiche associate all'uso di sostanze stupefacenti, anche se l'incidenza annua di nuove segnalazioni riferite a questa modalità di contagio ha subito un decremento negli ultimi anni, attestandosi comunque nel 2003 al 35,3% (Dati COA/ISS giugno 2004). Tale percentuale resta molto elevata e ben al di sopra delle medie europee; per questa ragione la Commissione Europea ha definito preoccupante la situazione nel nostro Paese e negli altri Paesi dell'Europa meridionale (*Commission Working Paper* dell'8 settembre 2004: *Coordinated and Integrated approach to COMBAT HIV/AIDS within the European Union and its Neighbourhood*). Nel documento, che definisce le strategie per combattere l'infezione nei prossimi anni, si ribadisce la necessità di sviluppo e ampliamento di programmi di Riduzione del Danno. Tali raccomandazioni sono state riprese e rinnovate in occasione della Comunicazione della Commissione al Consiglio e al Parlamento Europeo (Bruxelles, 15.12.2005 - COM (2005) 654 def).

FINALITÀ E OBIETTIVI

Come detto, una piena integrazione delle attività di rdd/r nel sistema locale di intervento costituisce l'obiettivo generale che si intende perseguire mediante il Piano Triennale Dipartimentale.

Per farlo sono necessarie azioni che consentano di raggiungere obiettivi specifici in differenti ambiti quali:

- **la certezza del mantenimento dell'esistenza di queste tipologie di intervento**
- **la realizzazione di stabili interazioni coordinate con i differenti attori dell'area**
- **la definizione di precisi protocolli collaborativi sia con le altre aree del sistema di intervento che con l'ente locale**
- **l'adozione di precisi strumenti e metodi per la realizzazione e la gestione degli interventi e per la rilevazione e produzione di dati conoscitivi e valutativi**
- **il potenziamento e la messa a regime degli strumenti di monitoraggio e di conoscenza del fenomeno**

La realizzazione delle azioni ipotizzate nei diversi ambiti indicati costituiscono gli obiettivi di piano per l'area. Nell'individuazione delle azioni, come indicato dal Direttore di Dipartimento, vengono assunti, quali riferimenti funzionali, i concetti di finalità del piano quale documento orientato a definire "la miglior offerta possibile per la città, compatibilmente con le risorse" e la sottolineatura che le azioni di piano debbano riguardare soprattutto le risorse e l'attività ordinaria del sistema cittadino. In altre parole, prioritariamente, azioni ed orientamenti che non richiedano

investimenti economici se non di modesta entità (nulla è a costo assoluto uguale a zero).

Ciò non significa che l'area non presenti necessità di risorse economiche ed umane ulteriori a quelle già in campo (si pensi al tema dell'accoglienza notturna o ai numeri degli accessi ai drop in); parimenti, sia la continua mutabilità del fenomeno sia lo sviluppo di nuove esperienze operative possono rendere necessarie risorse e competenze. E' quindi fondamentale, in tale logica, che l'azione di piano si raccordi puntualmente con quanto realizzato nell'ambito delle progettazioni previste dalle L. 45/99, mantenendo aperti spazi di sperimentazione per eventuali nuove attività ed integrazioni/miglioramenti di quelle in essere.

SCANSIONE DELLE AZIONI NEL TRIENNIO

PRIMO ANNO (2007)

OBIETTIVO SPECIFICO 1: certezza del mantenimento dell'esistenza di queste tipologie di intervento

Azioni:

garantire, con strumenti diversi (vincolo ai fondi l. 45, destinazione di quota capitaria etc.), **la continuità della presenza, nel sistema cittadino, delle attività di rdd/r già attive³**

OBIETTIVO SPECIFICO 2: **realizzazione di stabili interazioni coordinate con i differenti attori del sistema rdd/r**

Azioni:

in accordo con le indicazioni regionali, **costituzione**, a livello ASL, sentito il Comitato di Dipartimento, **del punto di coordinamento dei programmi a "bassa soglia"**. Tale punto di coordinamento dovrà "...a regime essere in grado di coordinare tutte le risorse riferite all'ambito territoriale di riferimento..." A tal fine e quale strumento di implementazione del gruppo di lavoro d'area

costituzione di un tavolo stabile di coordinamento dell'area RDD/R, (composto dai referenti⁴ delle organizzazioni che gestiscono gli interventi e con la collaborazione di referenti dell'Osservatorio, dell'area Trattamento e dell'Area Carcere) con i seguenti compiti:

³ alla luce di quanto indicato nella recente dgr. n. VIII/001375 del 14.12.2005, che prevede per tutto il 2006 il blocco delle procedure di accreditamento di nuovi servizi nell'area delle dipendenze, i progetti notturno, uds, uds giovani, drop in (tutti finanziati ex l. 45/99), in assenza di interventi di supporto, cesseranno la propria attività all'incirca nell'agosto/settembre 06.

⁴ i referenti indicati dovranno possedere caratteristiche di autorevolezza nell'ambito delle organizzazioni di appartenenza, conoscenza diretta delle caratteristiche delle attività di rdd/r e garantire continuità nella partecipazione ai tavoli di lavoro.

il raccordo tra le diverse attività in corso e la razionalizzazione possibile nell'uso delle risorse⁵

una lettura condivisa e confrontata del fenomeno e dei bisogni,

una analisi delle caratteristiche dell'utenza e dei suoi flussi,

l'elaborazione di contributi specifici per la programmazione dipartimentale

integrazione stabile delle tematiche alcoliche nell'ambito degli interventi di RDD/R mediante

specifiche attività formative destinate agli operatori RDD/R

la partecipazione stabile dei servizi e delle organizzazioni di area alcolica nel tavolo dipartimentale rdd/r

OBIETTIVO SPECIFICO 3: definizione di precisi protocolli collaborativi sia con le altre aree del sistema di intervento, sia con l'ente locale.

Azioni:

stesura di protocolli operativi di collaborazione tra servizi di RDD/R e servizi di trattamento (Sert, NOA, pronti intervento) al fine di definire:

tipologie di soggetti inviabili e eventuali esclusioni⁶

modalità di invio dei soggetti

collaborazioni possibili nei casi di presa in carico contestuale tra i due ambiti

Nell'ambito di tali protocolli inoltre potrebbe essere approfondita la possibilità di realizzare:

accessi al fine di realizzare screening di salute (esami, visite mediche, counselling sanitario etc.) anche per utenti che non richiedono un trattamento

attivazione di spazi di consultazione medica e psicosociale dedicati a specifici target⁷

stesura di protocolli operativi di collaborazione tra servizi di RDD/R e servizi MTS al fine di definire:

tipologie di soggetti inviabili e eventuali esclusioni

modalità di invio dei soggetti

accessi per realizzare screening di salute (esami, visite mediche, counselling sanitario etc.)

stesura di protocolli operativi tra servizi di RDD/R e servizi socio-assistenziali⁸ al fine di definire:

tipologie di soggetti inviabili e eventuali esclusioni

modalità di invio dei soggetti

prestazioni ottenibili dai soggetti inviati

collaborazioni possibili nei casi di presa in carico contestuale tra i due ambiti

⁵ In tale prospettiva ed in accordo con le indicazioni regionali va definito il passaggio delle Unità Mobili Giovani dall'area "prevenzione" a quella rdd/r.

⁶ Permangono tutt'ora, tra le diverse UO, grosse differenze circa la possibilità di accesso e le modalità di erogazione di prestazioni in favore di stranieri irregolari, senza fissa dimora, utenti che vivono in strada etc. In un'ottica di sistema tale discrezionalità dovrebbe essere superata e, parimenti, dovrebbe essere chiarito quali sono i servizi di riferimento per queste popolazioni prevedendo eventualmente anche l'individuazione di strutture "dedicate".

⁷ Ci si riferisce, in questi casi, all'utenza, prevalentemente giovanile, incontrata dalle Unità Mobili Giovani e dalle progettazioni realizzate in ambiti di divertimento, aggregazione etc.

⁸ Circa il rapporto con i servizi dell'ente locale si veda anche quanto contenuto negli allegati.

OBIETTIVO SPECIFICO 4: adozione di precisi strumenti e metodi per la realizzazione e la gestione degli interventi e per la rilevazione e produzione di dati conoscitivi e valutativi

Azioni:

stesura di procedure operative per i servizi di rdd/r quale primo passo per l'adozione di sistemi di lavoro orientati alla qualità

in accordo con l'osservatorio e anche al fine di soddisfare il debito informativo, definizione e utilizzo di strumenti standardizzati e comparabili per:

la rilevazione di dati conoscitivi, quantitativi e qualitativi, sulle caratteristiche dell'utenza

la rilevazione delle prestazioni erogate

OBIETTIVO SPECIFICO 5: potenziamento e la messa a regime degli strumenti di monitoraggio e di conoscenza del fenomeno

Azioni:

in accordo con l'osservatorio, messa a regime del sistema di "allerta rapido" (MDMA) nelle attività ordinarie della rete locale.

SECONDO ANNO (2008)

OBIETTIVO SPECIFICO 1: certezza del mantenimento dell'esistenza di queste tipologie di intervento

Azioni:

attivazione dei percorsi di accreditamento per i servizi dell'area rdd/r in accordo con le disposizioni regionali

OBIETTIVO SPECIFICO 2: realizzazione di stabili interazioni coordinate con i differenti attori del sistema

Azioni:

verifica del funzionamento del coordinamento di area ed eventuali azioni correttive

verifica del funzionamento del tavolo di raccordo ed eventuali azioni correttive

(entro i primi tre mesi) produzione di relazione annuale di area per il Comitato di Dipartimento

OBIETTIVO SPECIFICO 3: definizione di precisi protocolli collaborativi sia con le altre aree del sistema di intervento che con l'ente locale

Azioni:

verifica dello stato di applicazione dei protocolli ed eventuali azioni correttive

OBIETTIVO SPECIFICO 4: adozione di precisi strumenti e metodi per la realizzazione e la gestione degli interventi e per la rilevazione e produzione di dati conoscitivi e valutativi

Azioni:

verifica dello stato di applicazione delle procedure operative definite ed eventuali azioni correttive

in accordo con l'osservatorio, verifica dello stato di applicazione degli strumenti individuati ed eventuali azioni correttive

OBIETTIVO SPECIFICO 5: potenziamento e la messa a regime degli strumenti di monitoraggio e di conoscenza del fenomeno

Azioni:

in accordo con l'osservatorio, verifica dello stato di funzionamento del sistema di "allerta rapido" (MDMA) nelle attività ordinarie della rete locale ed eventuali azioni correttive

TERZO ANNO (2009)

OBIETTIVO SPECIFICO 1: certezza del mantenimento dell'esistenza di queste tipologie di intervento

Azioni:

verifica dello stato di attuazione dei percorsi di accreditamento per i servizi dell'area rdd/r nonché del livello raggiunto per quanto attiene la "contrattualizzazione" con gli enti gestori in accordo con le disposizioni regionali

OBIETTIVO SPECIFICO 2: realizzazione di stabili interazioni coordinate con i differenti attori del sistema

Azioni:

verifica del funzionamento del coordinamento di area ed eventuali azioni correttive

verifica del funzionamento del tavolo di raccordo ed eventuali azioni correttive (entro i primi tre mesi) produzione di relazione annuale di area per il Comitato di Dipartimento

OBIETTIVO SPECIFICO 3: definizione di precisi protocolli collaborativi sia con le altre aree del sistema di intervento che con l'ente locale

Azioni:

verifica dello stato di applicazione dei protocolli ed eventuali azioni correttive

OBIETTIVO SPECIFICO 4: adozione di precisi strumenti e metodi per la realizzazione e la gestione degli interventi e per la rilevazione e produzione di dati conoscitivi e valutativi

Azioni:

verifica dello stato di applicazione delle procedure operative definite ed eventuali azioni correttive

in accordo con l'osservatorio, verifica dello stato di applicazione degli strumenti individuati ed eventuali azioni correttive

OBIETTIVO SPECIFICO 5: potenziamento e messa a regime degli strumenti di monitoraggio e di conoscenza del fenomeno

Azioni:

in accordo con l'osservatorio, verifica dello stato di funzionamento del sistema di "allerta rapido" (MDMA) nelle attività ordinarie della rete locale ed eventuali azioni correttive

ALLEGATO 1):

RDD/R E SISTEMA LOCALE: CONNESSIONI E SOVRAPPOSIZIONI.

Sovente concetto di riduzione del danno/del rischio viene utilizzato in maniera confusiva. Ad esempio, si utilizza spesso, come sinonimo di "riduzione del danno", il concetto di "bassa soglia". La "soglia" è costituita dai requisiti e dalle procedure di accesso ad un servizio, qualunque esso sia; la sua "altezza" deriva dalle scelte organizzative e di orientamento teorico adottate e non già dalla sua area d'intervento. Esistono infatti servizi che, per molteplici ragioni, hanno soglie d'accesso molto basse pur collocandosi nell'area del trattamento o addirittura del reinserimento.

Analogamente, si sente spesso parlare di "riduzione del danno" per quegli interventi di carattere sociale o socio-assistenziale erogati in favore di soggetti in carico ai servizi di trattamento, magari da molti anni e con molti tentativi falliti alle spalle, che manifestano, per molteplici ragioni, difficoltà a raggiungere in pieno gli obiettivi terapeutici loro proposti.⁹

Un ulteriore esempio è costituito dalla labilità dei confini esistenti tra "prevenzione" e "riduzione del danno/del rischio" per quegli interventi rivolti alle popolazioni giovanili "normali", a consumi diversi da quello iniettivo etc. (quasi che fosse unicamente la

⁹ Molti inserimenti residenziali, ad esempio, appaiono più assimilabili a "ricoveri di sollievo" (per il soggetto, per la famiglia etc.) che a "programmi terapeutici", molte borse lavoro sembrano essere finalizzate alla creazione di "opportunità" e di spazi di "normalità" per i pazienti nella piena consapevolezza che l'obiettivo di un inserimento lavorativo stabile non appare perseguibile.

Il problema che si pone, in tale prospettiva, oltre che ad una esplicitazione delle finalità effettive delle pratiche terapeutiche, rimanda sia alla necessità di rivedere, quantitativamente, la distribuzione tra soggetti in "cura" e soggetti in "assistenza" sia, eventualmente, la distribuzione delle risorse umane e dei saperi professionali assegnati. Inoltre se, come sembra, i soggetti "assistiti" sono un numero rilevante, si pone l'opportunità di una profonda revisione delle modalità di lavoro e dell'organizzazione di molte u.o. (si pensi ai temi dell'accesso e delle regole). In tali casi comunque appare più appropriato parlare di "trattamento della cronicità"

siringa o una specifica sostanza e non la gravità del consumo a definire i concetti di "dipendenza" o "consumo problematico").

Per superare questa confusione, oltre a quella di riduzione del danno già proposta (e che si riporta) si propongono possibili definizioni delle aree del sistema di intervento che potrebbero essere assunte quali riferimenti generali per il Piano Triennale:

riduzione del danno/rischio: *somma delle azioni volte ad evitare/contenere/ridurre le conseguenze derivanti dal consumo di sostanze (legali ed illegali) con particolare attenzione ai temi della tutela della salute (rischio/danno) e della promozione, del mantenimento e del miglioramento del livello di inclusione sociale e di soddisfazione dei bisogni di base delle persone che consumano sostanze. Gli interventi di rdd/r non si finalizzano alla cessazione del comportamento di consumo pur valorizzando l'orientamento alla cura anche per il suo valore protettivo.*

trattamento: *somma delle azioni volte a far cessare una malattia (uso di sostanze/dipendenza) o, rispetto a tale patologia, far raggiungere il miglior assetto possibile per il paziente (es. riduzione dell'uso, miglioramento circa le patologie correlate, miglioramento dell'integrazione sociale etc.). L'intervento si fonda su una diagnosi, si basa sulla richiesta/disponibilità del paziente e deve prevedere l'obiettivo/i dell'intervento stesso.*

prevenzione (specifica): *somma delle azioni volte ad evitare l'instaurarsi di un comportamento (uso) o di una patologia (dipendenza).*

reinserimento (inclusione sociale): *somma delle azioni volte a avviare/migliorare/ripristinare un buon livello di integrazione sociale e relazionale. Può essere contestuale o successivo ad un intervento di trattamento o di rdd/r.¹⁰*

Con tali definizioni non si intende porre una delimitazione di campo rigida ma piuttosto indicare un punto di partenza per una riflessione che individui nella contiguità e spesso nella sovrapposizione degli ambiti l'elemento ricorrente nell'esame di quanto effettivamente avviene.

E' sufficiente, in tal senso, modificare le premesse e le definizioni date (cui però si uniformano la normativa, i piani, la suddivisione delle risorse, la stessa organizzazione dipartimentale etc.) e considerare "il meglio possibile per la persona" l'obiettivo (anche di valore etico) delle azioni del sistema e, immediatamente, rigide suddivisioni d'area vengono a cadere così come viene meno ogni progressione rigidamente sequenziale degli interventi (es. prima il trattamento, poi il reinserimento etc.)

Appare pertanto utile integrare l'attenzione posta alle aree con una analoga attenzione rivolta alle sovrapposizioni (di fatto), con un approccio che parta dalle

¹⁰ anche in questo caso le pratiche più che la teorizzazione aiutano ad orientarsi evidenziando come, di fatto, le distinzioni più che riconducibili ai target siano distinguibili per i livelli di utilizzo. In altre parole: un posto letto per non dormire in strada serve sia per "ridurre il danno" sia per "inserirsi", un'accoglienza in una struttura residenziale "aperta" (come ad esempio le comunità di reinserimento) può prestarsi anche per persone con un trattamento metadonico in corso etc.. Probabilmente l'unica distinzione veramente interessante è quella tra interventi di "base" (mangiare, dormire, vestirsi, tutela della salute etc.) destinati a tutte le persone in condizione di bisogno) e interventi maggiormente impegnativi (borse lavoro, tirocinii, appartamenti protetti etc.) destinati a persone con comportamenti d'abuso maggiormente stabilizzati.

pratiche operative. Non si tratta quindi soltanto di capire come migliorare la collaborazione tra "aree" e "livelli" (con il rischio di intendere la collaborazione come semplice delimitazione di campo) ma soprattutto di facilitare momenti di incontro e di "commistione" (mettere insieme operatori di varie "aree" intorno al medesimo problema) tra ambiti diversi.

ALLEGATO 2):

IL COINVOLGIMENTO DEGLI OPERATORI.

Una piena, attiva e consapevole partecipazione degli operatori alla realizzazione del Piano Triennale costituisce sia un obiettivo sia una condizione per il raggiungimento dei risultati auspicati. Gli strumenti per facilitare tale partecipazione sono costituiti da una puntuale informazione e da un continuo coinvolgimento degli operatori nelle scelte e negli orientamenti da assumere (è oramai nota a chiunque l'inadeguatezza di gestione di processi organizzativi basati unicamente sul modello gerarchico). Per tale motivo il Piano, oltre che agli obiettivi, deve porre altrettanta attenzione anche ai metodi che vengono utilizzati per promuoverlo e realizzarlo.

Un'ulteriore considerazione in tema riguarda il possesso dei "saperi" e la loro valorizzazione; il sistema di intervento milanese è indubbiamente ricco di esperienze, anche di grande rilievo, che però, sovente, sono poco note (e comunicate) al di fuori delle singole unità d'offerta. Tale patrimonio, in altre parole, resta in possesso unicamente di chi lo accumula attraverso la propria attività quotidiana.

Tali elementi appaiono strategici nella situazione attuale in cui molte parti del sistema manifestano, per molteplici ragioni, grossi elementi di sofferenza e di difficoltà di tenuta.

Appare quindi utile, in ambito di processi gestionali orientati alla partecipazione, dare forma e continuità ad un forte investimento promozionale realizzabile attraverso: una continua e puntuale attività di diffusione delle informazioni sia mediante periodiche riunioni delle singole unità d'offerta, di singoli settori etc. sia, eventualmente, attraverso strumenti quali bollettini interni, newsletter etc.¹¹

la costituzione di gruppi di lavoro stabili, a partire dalle aree dipartimentali, per favorire l'interazione tra livello dirigenziale-programmatorio e livello operativo (nessuno dei quali, da solo, è sufficiente allo svolgimento complessivo del compito di "formare sistema") in una logica di complementarietà e non di gerarchia

una forte collaborazione tra i referenti delle aree e la direzione dipartimentale

una conferenza annuale del sistema di intervento milanese (aperta alla partecipazione di tutti gli operatori della città) con il compito di fare il punto complessivo della situazione locale, di evidenziare le criticità e di confrontarsi per la ricerca di soluzioni possibili

¹¹ Troppi operatori lamentano di "non sapere cosa sta succedendo"

ALLEGATO 3):

IL RAPPORTO CON L'ENTE LOCALE.

La normativa vigente assegna precisi compiti al sistema sanitario e a quello sociale. Nel primo caso si tratta di prevenire l'insorgere di stati morbosi, curare le patologie o ridurre le conseguenze, riabilitare ad una vita piena e soddisfacente (nel limite del possibile) chi è stato colpito da malattia. Al sistema sociale spetta promuovere l'inclusione, rimuovere le cause di esclusione, favorire il mantenimento o il raggiungimento di una vita, anche in questo caso, piena e soddisfacente (nel limite del possibile). A differenza di altre patologie, le "malattie sociali" (quelle che condizionano pesantemente e per periodi protratti se non per la vita il comportamento sociale dell'individuo) per poter essere adeguatamente affrontate necessitano, strutturalmente, del concorso sinergico dei due sistemi, nessuno dei quali è da solo sufficiente ed esaustivo. Il fenomeno dell'abuso o della dipendenza da sostanze rappresenta un caso tipico di "malattia sociale" cui sono chiamati a rispondere i due sistemi.

Qualsiasi analisi, seppur sommaria, di tale fenomeno evidenzia come tra la popolazione con problemi di dipendenza da sostanze sia presente una considerevole quantità di soggetti in cui il consumo e l'abuso si associa a condizioni di svantaggio sociale (pregresso o derivante dal consumo stesso). Tale criticità costituisce (ormai) un elemento strutturale (non occasionale o emergenziale). I motivi che determinano tale condizione sono molteplici: cronicità dell'abuso, crisi delle relazioni familiari, uscita dal carcere, abbandono di strutture residenziali, difficoltà economiche dei nuclei familiari, disoccupazione protratta, perdita di riferimenti anagrafici etc.; parimenti noti i problemi determinati dalla condizione di "senza dimora" (deterioramento dello stile di vita personale e relazionale, maggior esposizione al rischio di malattie, di violenze, agite o subite, di comportamenti illegali, difficoltà nell'utilizzo della rete dei servizi, ove presenti, maggior difficoltà di mantenere adesione a trattamenti di cura in corso etc.). La vita di strada costituisce l'estremo limite di tale processo di esclusione e di perdita di opportunità.

Nella nostra città, sia i servizi di riduzione del danno sia quelli di trattamento evidenziano la presenza, tra i propri utenti, di soggetti a rischio di marginalità o già in condizione di esclusione. Si va, come detto, dalla vita in strada a situazioni in cui una precaria integrazione può essere mantenuta solo attraverso significativi interventi di supporto. Nel primo ambito si collocano i temi del dormire, del cibo, dell'igiene personale, dell'assistenza sanitaria di base etc., nel secondo l'assistenza economica, l'integrazione lavorativa, le facilitazioni abitative (comunitarie o individuali etc.). In tutti i casi inoltre, i servizi (di rdd/r o di trattamento) denunciano una grossa difficoltà nel fornire risposte qualora il bisogno sociale sia espresso da persone con problemi di dipendenza (in particolare nel caso di tossicodipendenti o di irregolari).

Con la stesura del Piano Triennale si pone l'occasione di tentare una ridefinizione delle modalità di collaborazione tra sistema socio-sanitario e sistema degli interventi sociali, espresso, in massima parte dal Comune di Milano.

Come indicato tra gli obiettivi d'area si tratta di costruire un processo che porti alla stesura di protocolli operativi che regolino in maniera chiara snodi quali quelli dell'accesso, dei requisiti, delle modalità di invio, delle prestazioni ottenibili e delle collaborazioni possibili.

Per realizzare tale obiettivo appare utile tenere presente alcuni elementi:

non si è in grado, direttamente, di valutare l'adeguatezza complessiva (qualitativa e quantitativa) della rete sociale e socio-assistenziale di Milano rispetto alla grave marginalità (le opinioni sono molto variabili secondo le fonti interpellate). Il dato innegabile è che, in molti casi, tali reti non sono accessibili a tossicodipendenti, soprattutto se ancora attivi nel consumo. Spesso quindi, nell'interazione tra servizi, la condizione di dipendenza deve essere negata o minimizzata (il che non giova a nessuno).

gli interventi sociali non sono (non dovrebbero essere) collegati o subordinati all'idea di cura ma fondarsi sulla situazione di bisogno del soggetto

le comunità residenziali non sono la soluzione assistenziale per la marginalità dei tossicodipendenti ma luoghi di trattamento di una patologia. Anche se a volte, di fatto, gli inserimenti hanno valore assistenziale (soprattutto in assenza di alternative) questo non significa che questa prassi vada mantenuta in assenza di una specifica richiesta di cura del soggetto e di una precisa indicazione per quel tipo di trattamento quanto detto in precedenza indica almeno due livelli di problematiche da affrontare: quello della marginalità estrema (strada) che richiede prioritariamente interventi di "base" facilmente accessibili (mangiare, dormire, vestirsi, tutela della salute etc.) e quello di "secondo livello" costituito da processi attivi volti al miglioramento dell'integrazione sociale (borse lavoro, tirocinii, appartamenti protetti etc.). I destinatari del "secondo livello" (come più volte evidenziato) non sono unicamente i soggetti del "reinserimento" ma possono essere costituiti sia da utenti dei servizi di rdd/r sia da utenti in carico ai servizi di trattamento.¹²

Quanto sommariamente indicato rappresenta unicamente una base per avviare un rapporto nuovo con i servizi per adulti del Comune di Milano e con le organizzazioni di settore del privato-sociale. Il Piano Triennale può essere un'occasione per farlo.

¹² In tale prospettiva appare ormai definitivamente superato il concetto di "reinserimento" rispetto a quello più attuale di "inclusione sociale". Ovviamente non è sufficiente cambiare la terminologia per risolvere qualsiasi criticità, parlare di "inclusione sociale" allargando i target destinatari degli interventi pone problemi nuovi (compatibilità, obiettivi, accompagnamento etc.) ma corrisponde ad una realtà e ad un bisogno maggiormente espresso dall'utenza dei servizi.

GRUPPO AREA TRATTAMENTO

E.Cozzolino, G.Carrino, R.Giove, V.Malcangi, R.Rossin, A.Saletti, M.Trombini

Piano Strategico Triennale 2007 - 2009 - Area Trattamento

Indice

Parte Prima

<i>Introduzione</i>	pag.	41
Criticità SERT	pag.	42
Criticità NOA	pag.	43
Criticità SERT Carceri e Area Penale	pag.	43
Criticità Privato Sociale	pag.	43
Mission	pag.	44
Linee di Indirizzo	pag.	46
Fasi Operative	pag.	46

Parte Seconda

Tabella riassuntiva Fasi Operative Sistema Trattamento	pag.	47
--	------	----

PARTE PRIMA

INTRODUZIONE

Il Piano Triennale - Area Trattamento è stato pensato per:

1. evidenziare le *criticità* del Sistema Trattamento del Dipartimento Dipendenze dell'ASL Città di Milano (composto dagli SMI pubblici - Ser.T; NOA; Ser.T Carceri - e del privato sociale - CAD - che si occupano di trattamento sanitario e psico-socio-riabilitativo dell'utenza dipendente da sostanze lecite e illecite della Città di Milano e dell'utenza detenuta nella C.C. di San Vittore a Milano, nella Casa di Reclusione Milano-Bollate e nell'Istituto per minori Beccaria);
2. migliorare le prestazioni del Sistema aggiornandole alle esigenze della vecchia e nuova utenza attraverso specifiche mission;
3. individuare le linee guida necessarie a realizzare le mission (descritte di seguito) dei vari settori di intervento attraverso protocolli di lavoro che vedano l'azione integrata trasversale di tutti i servizi del Sistema Trattamento con le altre Unità di Offerta presenti nel Dipartimento Dipendenze - Formazione, Osservatorio, Prevenzione, Reinserimento, Riduzione del Danno -;
4. definire le fasi operative da realizzare nel triennio per rendere esecutivi i protocolli di lavoro mettendo, quindi, a regime, il nuovo sistema di offerta trattamentale.

A fronte del sorgere di nuove strutture accreditate sul panorama cittadino, è necessario che l'ASL Città di Milano definisca gli ambiti di lavoro delle nuove strutture in sintonia con il Piano Triennale.

IL PIANO TRIENNALE QUINDI:

1. **ridimensionerà l'utenza afferente agli SMI accreditati** diversificando gli interventi grazie al supporto delle altre Unità di Offerta territoriali e dimettendo l'utenza che non ha più bisogno di interventi di costante presa in carico.
2. **individuerà le categorie di utenza di cui il Sistema dei SERT accreditati potrà occuparsi** in base ai cambiamenti avvenuti nelle tipologie di utenza, alle risorse limitate e alle nuove metodologie di intervento che è possibile applicare;

3. **costruirà tipologie di programmi differenziati** trasversali a tutte le Unità di Offerta del Dipartimento e ad Unità di offerta territoriali (Medici di Medicina Generale; Farmacisti, etc) e rivolte a differenti categorie di utenza tossicodipendente ed alcolodipendente.

Qualunque realistica programmazione presuppone una ragionevole consapevolezza rispetto alle risorse da mettere in gioco, sia dal punto di vista della stabilità organizzativa che dal punto di vista della qualità e quantità delle risorse umane.

Qualora avvenissero in itinere variazioni rilevanti dell'assetto organizzativo-funzionale dei servizi e/o del sistema, i contenuti del presente piano di area dovranno essere rivalutati rispetto alla loro fattibilità e tempistica.

Di seguito sono esposte le criticità delle Unità di Offerta Trattamentali del pubblico e del Privato Sociale. Per meglio chiarire le tappe operative da affrontare, in cui si articolerà il Piano Triennale, le criticità e la politica sono presentate per singolo servizio.

CRITICITÀ SERT

Le criticità del sistema Ser.T (tossicodipendenze) milanese, anche in base ai dati relativi all'utenza 2004-2005, (pag.16 degli *Approfondimenti*), sono le seguenti:

un numero molto elevato di pazienti totali (3863 su base annua e 3109 puntuale);

un numero elevatissimo di pazienti in carico alle singole unità operative (ogni sede Ser.T ha in media 550 pz/anno); (pag. 16 degli *Approfondimenti*);

carenze nel settore socio-educativo con conseguente erogazione di prestazioni di tipo sociale e educativo, in misura maggiore di quella attesa, da parte di personale di diversa professione in funzione dell'organico presente;

dimensione numerica ridotta (tra il 19% e il 29% con l'eccezione di Accursio) del gruppo dei pazienti per cui i Servizi stessi sono stati creati; (pag. 19 degli *Approfondimenti*);

carezza di offerte di trattamento rivolte alla nuova utenza intesa sia come utenza portatrice di nuove dipendenze, sia come utenza polidipendente che potrebbe essere trattata con strategie terapeutiche differenti se realizzate trasversalmente con altre Unità di Offerta (NOA, Prevenzione, Riduzione Danno, etc.)

carenza di spazi per rispondere alle richieste dell'aumentato numero di utenti e sedi inadeguate rispetto ai parametri di accreditamento e all'umanizzazione.

Criticità NOA (Nuclei Operativi Alcolologia):

aumento progressivo dell'utenza dal 2003 al 2004 pari al 56%; (pag. 20,21 degli *Approfondimenti*);

carenza di risorse (personale in organico e consulente) per rispondere alle richieste di intervento di nuove fasce di utenza che abbisognano di specifici protocolli operativi realizzati trasversalmente con altre Unità di Offerta (Prevenzione, Riduzione Danno, Ser.T, Servizio di Medicina Legale, etc.);

carenza di spazi per rispondere alle richieste dell'aumentato numero di utenti e sedi inadeguate rispetto ai parametri di accreditamento e all'umanizzazione.

CRITICITÀ SERT CARCERI E AREA PENALE:

carenza di personale di ruolo per le molteplici attività che il Servizio è tenuto a svolgere come compito istituzionale (es. sono in servizio solo 2 medici dipendenti di cui uno Direttore del Servizio);

impossibilità, per carenza di personale, ad erogare protocolli anche trasversali con altre Unità di Offerta territoriali (SERT, Privato Sociale) per rispondere alle esigenze dell'utenza carceraria in materia di tossicodipendenza ed alcolodipendenza;

inadeguatezza delle risposte trattamentali offerte dai progetti L. 309/90 o su fondo vincolato Regionale.

CRITICITÀ PRIVATO SOCIALE:

tariffe ritenute insufficienti rispetto alla residenzialità, semi-residenzialità, e alle strutture specialistiche. Più in generale in riferimento alla sesta area risulta insufficiente l'erogazione prevista dalla regione, nella parte in cui il parametro, anche in area metropolitana, è valutato per numero di abitanti;

esiguità del numero dei posti letto offerti da Milano che rende necessaria un'ulteriore specializzazione dell'offerta residenziale rispetto ad almeno tre target di utenza: alcolisti, cocainomani, madri con figli;

necessità di rendere più flessibili gli interventi adattando il trattamento terapeutico alle nuove tipologie di utenza con conseguente opportunità di formazione degli operatori.

MISSION

Il Piano intende proporre un **Progetto strutturato in fasi operative distribuite nel triennio 2007-2009** volte a migliorare le prestazioni del Sistema Trattamento del Dipartimento Dipendenze dell'ASL Città di Milano aggiornandole alle esigenze della vecchia e nuova utenza attraverso protocolli di lavoro che vedano anche l'azione integrata trasversale di tutti i servizi del Sistema Trattamento con gli altri ambiti d'intervento presenti nel Dipartimento Dipendenze - Formazione, Osservatorio, Prevenzione, Reinserimento, Riduzione del Danno e Volontariato -e con i Medici di Medicina Generale e le Farmacie.

Si ritiene cruciale per il sistema delle dipendenze riorientare il suo operato ad azioni, attività e programmi certi e determinati: appare ancora oggi troppo confuso il ruolo del professionista che si occupa di dipendenze realizzando indifferentemente interventi a prevalenza sanitaria o socio-educativa.

Tramontata l'idea che l'insieme dei servizi rappresenti prevalentemente un luogo valoriale in cui si trasmettono ideali di vita e, al contrario, interiorizzato l'elemento della cura delle dipendenze patologiche, ci si pone, oggi, la scelta tra rimanere entro questo paradigma della cura, oppure operare genericamente all'interno del variegato mondo che lega episodi di consumo di sostanze, a stili di vita, culture, modelli sociali.

Solo affrontando con chiarezza questa discussione potremmo definire meglio i limiti di un mandato istituzionale che oggi ci delega, in termini onnicomprensivi, tutto ed il contrario di tutto (cura e controllo sociale, attività che surrogano gli interventi educativi in carenza di quelli naturali: scuola e famiglia).

Si tratta in definitiva di scegliere tra un intervento indefinito e confuso ed un intervento qualificato che possa dare una risposta professionale ad ogni specifica esigenza e richiesta di cura e prevenzione.

Il Piano Triennale, le cui azioni verranno esposte di seguito, prevede per la sua realizzazione un notevole impegno da parte di ogni Operatore, Equipe, Unità Organizzativa, Quadri intermedi, Responsabili di struttura semplice e di struttura complessa.

Il miglioramento delle attività rivolte all'utenza si realizzerà anche attraverso gli strumenti dell'accreditamento e della certificazione di qualità.

In quest'ottica **la Politica degli SMI accreditati**, (pag. 19 degli *Approfondimenti per i SERT e pag. 25 per il SERT, Carceri e Area Penale*) **intesi come strutture complesse (NOA e U.O. Penale e Carceri)**, tenderà a realizzare i seguenti obiettivi:

PERSEGUIBILI CON LE RISORSE ESISTENTI

una selezione dei pazienti dipendenti da sostanze da trattare con specifici protocolli di lavoro (da realizzarsi in collaborazione con le varie Unità di Offerta territoriali, i Medici di Medicina Generale, le Farmacie, etc);

un aumento dell'utenza specifica di pertinenza degli SMI;

un aumento di offerte di trattamento rivolte alla nuova utenza intesa sia come utenza portatrice di nuove dipendenze, sia come utenza polidipendente.

PERSEGUIBILI CON RISORSE AGGIUNTIVE

una redistribuzione dell'utenza dipendente da sostanze nelle differenti sedi SERT;

una redistribuzione dei carichi di lavoro tra le figure professionali delle équipe (per l'utenza tossicodipendente) con conseguente aumento di prestazioni nel settore socio-educativo;

L'adeguamento delle risorse necessarie a rispondere all'aumento delle richieste dell'utenza alcolica e dell'utenza carceraria tossico e alcolodipendente;

L'attivazione di protocolli di lavoro da parte dei NOA per rispondere alle richieste di intervento di nuove fasce di utenza anche trasversalmente con altre Unità di Offerta (Prevenzione, Riduzione Danno, SERT, Servizio di Medicina Legale, Privato Sociale, Volontariato, etc.);

La ridefinizione dei protocolli operativi rivolti alla Giustizia Minorile.

La Politica del Privato Sociale tenderà a realizzare i seguenti obiettivi:

1. costruzione di percorsi che portino alla effettiva e sostanziale pari dignità tra pubblico e privato in termini di riconoscimento di capacità di valutazione e diagnosi e di corresponsabilità nella gestione dei casi (quando questi casi sono gestiti congiuntamente dal pubblico e dal privato sociale in base alla responsabilità normativa a cui ognuno è tenuto a rispondere);
2. una riqualificazione dei processi d'invio verso programmi di natura residenziale o semi-residenziale, che rispondano ad una domanda terapeutica del paziente in carico. Stesura di protocolli in merito all'individuazione delle strutture più adatte ai bisogni del paziente;

3. inserimento stabile ed effettivo dei centri di psicoterapia all'interno della rete dei servizi;
4. valorizzazione e riconoscimento dell'apporto significativo dei Centri di Ascolto dei Servizi del Privato Sociale che rappresentano uno dei luoghi ove avviene il primo contatto ed approccio tra la possibile utenza e il sistema dei servizi.

LINEE DI INDIRIZZO

Necessariamente le linee di indirizzo che devono caratterizzare il **Progetto del Sistema Trattamento, strutturato in fasi operative distribuite nel triennio 2007-2009** per la realizzazione degli obiettivi sopra descritti devono avere:

1. la totale disponibilità delle varie Strutture pubbliche e private del Sistema Trattamento, a mettere in discussione, dove necessario, i propri criteri sia organizzativi che di utilizzo delle risorse per raggiungere gli obiettivi condivisi;
2. una disponibilità degli altri Gruppi d'Area (Prevenzione, Formazione-Osservatorio, Reinserimento, Riduzione Danno), a tenere in considerazione questa proposta, ove approvata dal Comitato, nel modulare le azioni specifiche delle loro aree;
3. un adeguamento delle risorse, da reperire anche attraverso il finanziamento del Fondo Regionale Antidroga, che sia rapportato al momento riorganizzativo proposto.

FASI OPERATIVE

Il Progetto del Sistema Trattamento è triennale ed è articolato in **Fasi Operative** con cadenza semestrale.

Le **Fasi Operative** prevedono la definizione e la realizzazione di **Protocolli di lavoro** che rispondano alle Missioni delle specifiche Unità di Offerta (SMI accreditati, NOA, Privato sociale).

La realizzazione dei Protocolli di lavoro deve prevedere, parallelamente, anche lo **sviluppo dei sistemi di qualità**.

L'Osservatorio del Dipartimento Dipendenze dovrà definire degli indicatori di processo che accompagnino la valutazione del Progetto.¹³

¹³ Chi fosse interessato ad approfondire le considerazioni esposte può richiedere il documento preparatorio alla segreteria del Dipartimento Dipendenze.

PARTE SECONDA

STRATEGIA

Produrre progetti terapeutici utili ad accrescere lo stato di salute o ad evitare nuove patologie attraverso la razionalizzazione delle risorse disponibili e l'integrazione tra il servizio pubblico e il privato sociale.

OBIETTIVO GENERALE

Creare un sistema d'intervento costituito da programmi differenziati e trasversali alle varie Unità d'Offerta del Pubblico e del Privato Sociale attraverso una riformulazione delle Unità d'Offerta.

Obiettivo	Azione proposta	Calendario	Parte responsabile	Strumento di valutazione
Attori intra ed extra istituzionali	Protocolli di lavoro con farmacie, medici di base, privato sociale, osservatorio	2007 - 2008 - 2009	Comitato dipartimento, Dipartimento ASSI	Protocolli
Trasversalità delle aree di lavoro dipartimentale	Riunioni comuni e periodiche	2007 - 2008 - 2009	Coordinatori d'area	Verbale
	Definizione di micro obiettivi	2007	Coordinatori d'area	Protocolli
	Realizzazione dei micro obiettivi	2008 - 2009	Aree di lavoro	Protocolli + relazione
	Verifica e valutazione dei risultati raggiunti o da raggiungere	2008 - 2009	Comitato di dipartimento	Analisi dei dati
Futuro piano triennale	Verifica e valutazione dei risultati	2009	Comitato dipartimento	Relazione conclusiva

Obiettivo	Azione proposta	Calendario	Parte responsabile	Strumento di valutazione
Differenziazione U.O. Specialistiche (solo in presenza di risorse aggiuntive)	Individuazione staff	Primo anno	Comitato dipartimento	Quadro operativo
	Individuazione quadri intermedi SMI + avvio riunioni	Primo anno	Direttori SMI accreditati	Quadro operativo, relazioni periodiche
	comunicazione sul piano triennale	Primo anno	Comitato dipartimento	Relazione
	Formazione comune pubblico - privato sociale	Secondo e terzo anno	Comitato dipartimento	Piano formativo
	Definizione equipe afferenti alle nuove strutture	Secondo anno	Direttori SMI accreditati	Organigramma
	Definizione programmi ed obiettivi	Secondo anno	Direttori + quadri intermedi	Programmi
	Realizzazione nuove U.O specialistiche	Secondo e terzo anno	Dipartimento ASSI	Apertura U.O.
	Trattamenti residenziali e semi-residenziali adeguati alle diverse tipologie	Nel triennio	Privato sociale	Moduli diversificati

Il Piano Triennale - Area Trattamento - è stato completato il 14 febbraio 2006. È stato necessario modificarlo, a seguito delle considerazioni emerse nel Comitato di Dipartimento in varie occasioni, per giungere alla stesura definitiva odierna (21 novembre 2006). Il Comitato Territoriale, inoltre, ha costituito una Commissione per la Riorganizzazione degli SMI, "finalizzata alla valutazione degli aspetti riorganizzativi, soprattutto operativi e funzionali, del sistema d'intervento".

Nella riunione di questa Commissione, il 12 ottobre 2006, è emersa la necessità di individuare e esplicitare dei punti nodali a livello organizzativo, tali che, agendo su di essi, si possano produrre cambiamenti utili al sistema di intervento nel suo complesso.

Le considerazioni seguenti, già offerte alla riflessione del Comitato di Dipartimento, costituiscono, all'interno del Piano Triennale 2007 - 2009, delle aree di possibili azioni volte a rendere raggiungibili gli obiettivi sopra riportati.

1. La distribuzione territoriale e la logistica degli SMI pubblici sono state definite, in gran parte, dalle sei USL cittadine prima della costituzione, nel 1998, dell'ASL Città di Milano;
2. ne discende che la collocazione delle attività delle singole strutture non è omogenea sul territorio cittadino;
3. anche la distribuzione delle risorse umane nelle diverse strutture presenta alcune disomogeneità quali - quantitative;
4. la presenza di uno SMI del Terzo Settore rende necessaria una definizione delle attività che si armonizzi con l'intero sistema delle strutture accreditate, soluzione maggiormente condivisa rispetto al solo criterio di una pura concorrenzialità;
5. attività di formazione e interventi con i Medici di Medicina Generale e i farmacisti per implementare un sistema di gestione in rete di pazienti in terapia sostitutiva che segua criteri definiti e protocolli concordati;
6. all'interno del sistema di intervento, creare o rafforzare, se già esistenti, reti locali, di Distretto, Zona o quartiere, in cui articolare le attività degli SMI al fine di agire su realtà peculiari e diverse fra loro.

GRUPPO AREA CARCERE

R. Farina, R. Giove, V. Malcangi, V. Bilone, A. Saletti

OBIETTIVI

L'obiettivo principale del Gruppo di lavoro Carceri sarà quello di mettere insieme tutte le varie realtà che, a titolo diverso, entrano in carcere.

Sarà molto importante valutare lo scenario, in modo da poter analizzare le aree di criticità ed eventualmente apportare le opportune modifiche. Anche alla luce della nuova applicazione della legge sulle sostanze stupefacenti, bisogna fare una adeguata analisi delle risorse e dei bisogni dei vari servizi.