

Riccardo De Facci

Vice presidente nazionale – Resp. sulle  
droghe nazionale del Cnca

Presidente coop. Lotta contro  
l'Emarginazione

## Progetto Interreg IT-CH UP2Peer.

### **Omegna 2014**

*Prevenire ... intervenire dove, cosa, come chi ?*

*20 anni di consumi con nuove domande e/o nuovi  
modi di guardare ai consumi? Lettura critica dei  
modelli operativi nei vari “nodi” della rete dei  
servizi*

Ciao Andrea .....



grazie di te

- Crisi degli attuali approcci « unici» utilizzati rispetto ad una evoluzione delle persone, dei bisogni e delle traiettorie di consumo
- Rischio di offerte ad alta tendenza cronicizzante se non reinterpretate e riscritte ... «aggiornate» o rifondate ?????
- Domande diverse nelle stesse comunità o nei sert
- 30 ...40 ...50 mesi della comunità, ripetitività dei percorsi «interi» riparti dal via ....(6..7..percorsi terapeutici residenziali) ma anche i 10... 15 anni di affidamento o ormai la diffusa tendenza al mese di affidamento, autogestione diffusa ed il mercato grigio .....
- Interesse verso «nuovi approcci» più congrui non solo rispetto alle persone in carico ma anche verso le nuove possibili domande al nostro sistema di intervento ed a nuovi strumenti e obiettivi di lavoro
- Contraddizione eclatante tra standardizzazione dei servizi e progetti e la sempre più necessaria individualizzazione dei percorsi

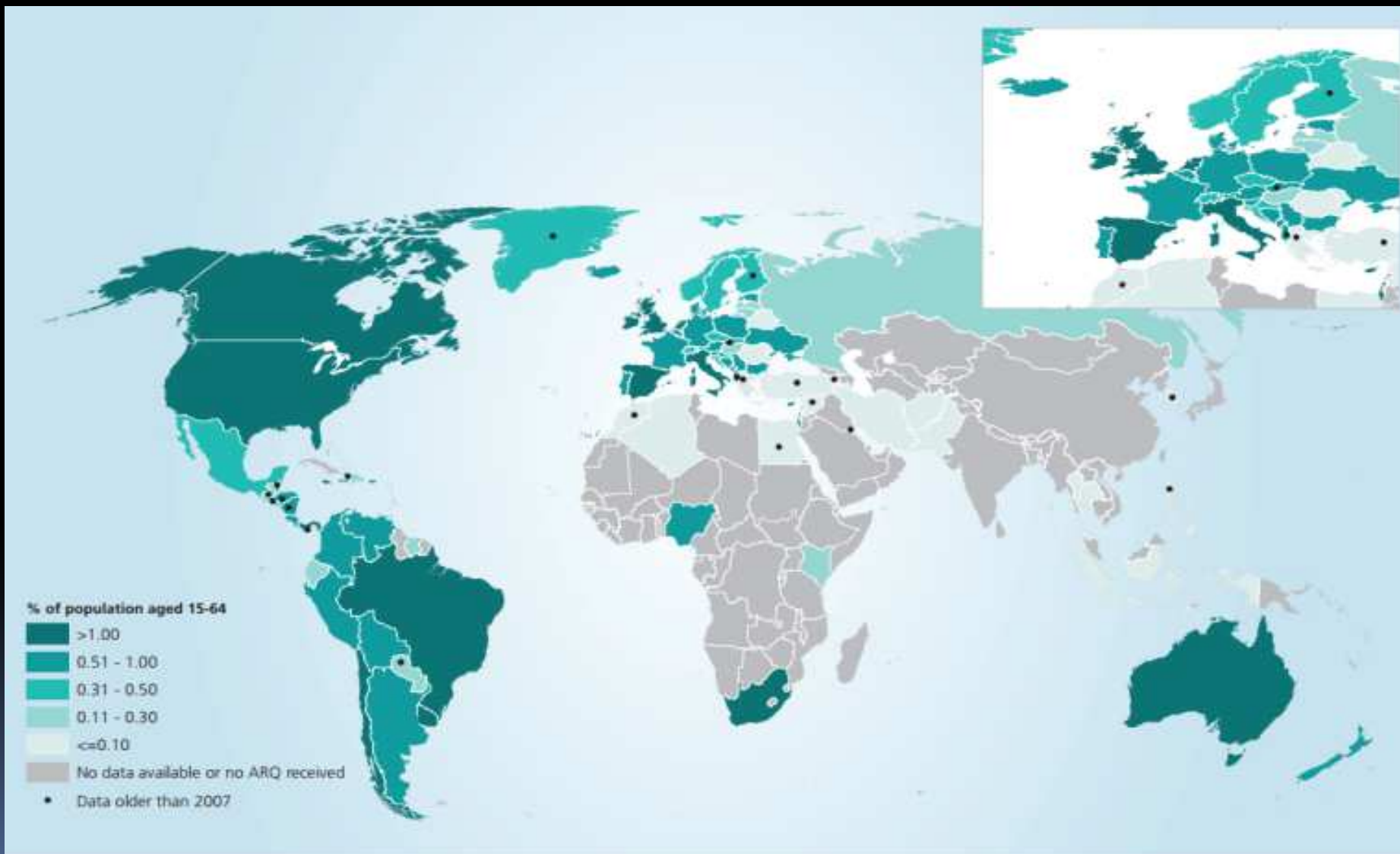
## Premesse

# Uso di oppiacei nel mondo 2011



\* This includes heroin, opium and non-medical use of pharmaceutical opioids.

# Uso di cocaina 2011



# NUOVE LETTURE DALL'EUROPA PER NUOVE IPOTESI DI LAVORO

- “L'Osservatorio europeo riafferma nell'ultima relazione appena pubblicata il varo di una nuova strategia dell'Europa per il periodo 2013 -20 a favore di un atteggiamento equilibrato a partire dai 4 pilastri ( prevenzione, cura rdd e rdr, controllo dell'offerta ), basato su dati probanti sulle questioni in gioco e una conseguente valutazione scientificamente rigorosa delle misure necessarie per affrontarle e sulla tutela dei diritti dei consumatori”
- In termini quantitativi l'Osservatorio europeo registra 85 milioni (1/4 della popolazione totale ) di consumatori di “droghe “, nella vita, in Europa con un netta diminuzione dei consumi classici ( eroina via endovenosa), nuove sperimentazioni, aumento dei consumi legali ...alcool in primis) 77 milioni di cannabis, 14,5 milioni di cocaina, 12,7 di amfetamine e 11,4 di ecstasy....

# Tra cambiamento dei fenomeni servizi e reati ....

- Le dimensioni assunte dal consumo e conseguentemente del mercato delle sostanze psicoattive illegali ...ma anche legali ci sta obbligando ad uscire da un **parametro interpretativo "emergenziale dei fenomeni "** ad una **"normalità dei consumi"** e quindi ad un rischio ma possibile **"normalizzazione del reato ..."**
- Un nuovo paradigma sul rapporto tra consumi di sostanze stupefacenti .....abusi e disagio ma anche del mercato legale/ illegale e del reato possibile ....
- Tempi e modi di un diverso rapporto con la modernità .....anche nelle sue varie forme di legalità e illegalità anche nelle sue diverse sfumature di scopo del consumo ma anche di "opportunità economiche" connesse allo spaccio .....

# Le tendenze generali

Un processo di “normalizzazione dei consumi” con un rapporto con le sostanze psicoattive legali ( alcool e psicofarmaci ) e illegali ( cannabinoidi foglie e pasta, metanfetamine compresse e liquide, la Ketamina, le cocaine soprattutto polvere o basata, eroina soprattutto polvere ), sempre più connesso agli stili di vita e di consumo delle persone coinvolte con 2 tendenze prioritarie anche se antagoniste:

- Un consumo “socialmente compatibile “ soprattutto di alcool, cannabinoidi e cocaina con una stima di circa 10 milioni di persone che hanno consumato sostanze illegali che poco riconoscono i nostri servizi anche nelle fasi di pura criticità, quale il possibile sviluppo non patologizzante ma di tutela ?
- Una tossicodipendenza (soprattutto da alcool e eroina ) sempre più connessa a fasce di marginalità sociale “ estrema” tra cui 1/3 delle persone incarcerate ... 1/2 servizi + 10 anni, meno eroina + alcool e cocaina .....psicofarmaci e misuso ..... dove l'integrazione ????



# TOSSICODIPENDENZA O CONSUMO .....

## ...ABUSO .....DOVE ANDIAMO ??????

- ✦ Consumi .....abusi e dipendenze .....sostanze, stili di vita e bisogni a partire da un eterogeneo significato e percorso d'uso ..... nonché problematicità del consumo di sostanze e forme diverse di addiction ..... Chi, cosa, dove, come, e QUALI APPROCCI????
- ✦ Consumi basati non più solo sulla sostanza ma su elementi:
  - di contesto .... in cui sono decisive I SIGNIFICATI COLLETTIVI, Le influenze sociali, i segnali culturali le appartenenze ...le identità collettive, le nazionalità, con la richiesta di un lavoro di contesto ( social network, luoghi del loisir, concetto di punizione, carcere, servizi territoriali/ambulatoriali, modelli di organizzazione .....
  - di scopo ..... SIGNIFICATI PERSONALI ruolo del consumatore VERSO finalità di consumo estremamente diverse e quindi la richiesta di confronto/aiuto che cambia o con bisogni connessi diversificati ( le cocaine e la prestazionalità, autocura, policonsumo, misuso dei farmaci sostitutivi, psicofarmaci, alcool )
  - di fase .....età, autonomia identitaria e di consumo, dipendenza sociale ed interdipendenza identitaria, capacità di gestione della situazione economica (allerta europeo sul significato della crisi sui consumi e sui traffici gli alcool, le cocaine ..... ) le nuove droghe ??????

# Evoluzione della domanda policonsumo/abuso

## Il mercato:

- **Offerta in aumento** per quantità e tipologia di sostanze/proposte (gioco, alcool, )
- **Offerta mirata per target** (mercato legale), capillare ed indistinta (mercato illegale).....drug store

## Di conseguenza:

- **Aumento dell'esposizione all'offerta** anche dei più giovani (sostanze legali ed illegali, comportamenti additivi)
- **Aumento assoluto** della diffusione del consumo
- **Prevalenza del policonsumo** ...culture del consumo alla ricerca di effetti
- **Stili di consumo/abuso diversi a seconda del target** (nei contesti del divertimento, nei rioni a più alta densità di problematiche sociali, nelle scuole, in fasce di popolazione più "vulnerabili", negli ambienti di lavoro,loisir)

## Al servizio:

- **Richiesta in aumento di interventi ad anticipare** e di riduzione dei rischi (scuola, quartieri, locali di ritrovo, ambienti di lavoro) sempre prima e per più tempo con una maggiore responsabilità /competenza del consumatore
- **Richiesta di grande competenza e versatilità di approccio**

## Alcune specificità di rilievo istituzionale:

- **Problema delle sanzioni amministrative e definizione di diagnosi "legale"**
- **Prossimamente indagini o approcci per categorie professionali identificate?**

# Indicazione dell'Europa sull'alcol e droghe :

Punto di partenza per una riflessione complessiva

- Soltanto una minoranza delle persone che consumano e sperimentano alcool e/o droghe e di quelli esposti a fattori (e situazioni) di rischio, svilupperanno successivamente dipendenza o problemi gravi
- Dunque la possibile problematicità non dipende dalla sostanza in sé ma : dalla capacità delle persone .....quale ricerca di alterazione ... quale contesto .... il gruppo .... All'identità ed alla fase vitale della persona .....

**Proposte di modelli per affrontare questo fenomeno:**

- Fattori di auto ed etero protezione e concetto di resilienza
- Concetto della vulnerabilità:
- A livello individuale (piuttosto biogenetico e valoriale)
- A livello sociale e quindi delle culture dei contesti

**E le nostre politiche .....**

# A che punto siamo ??

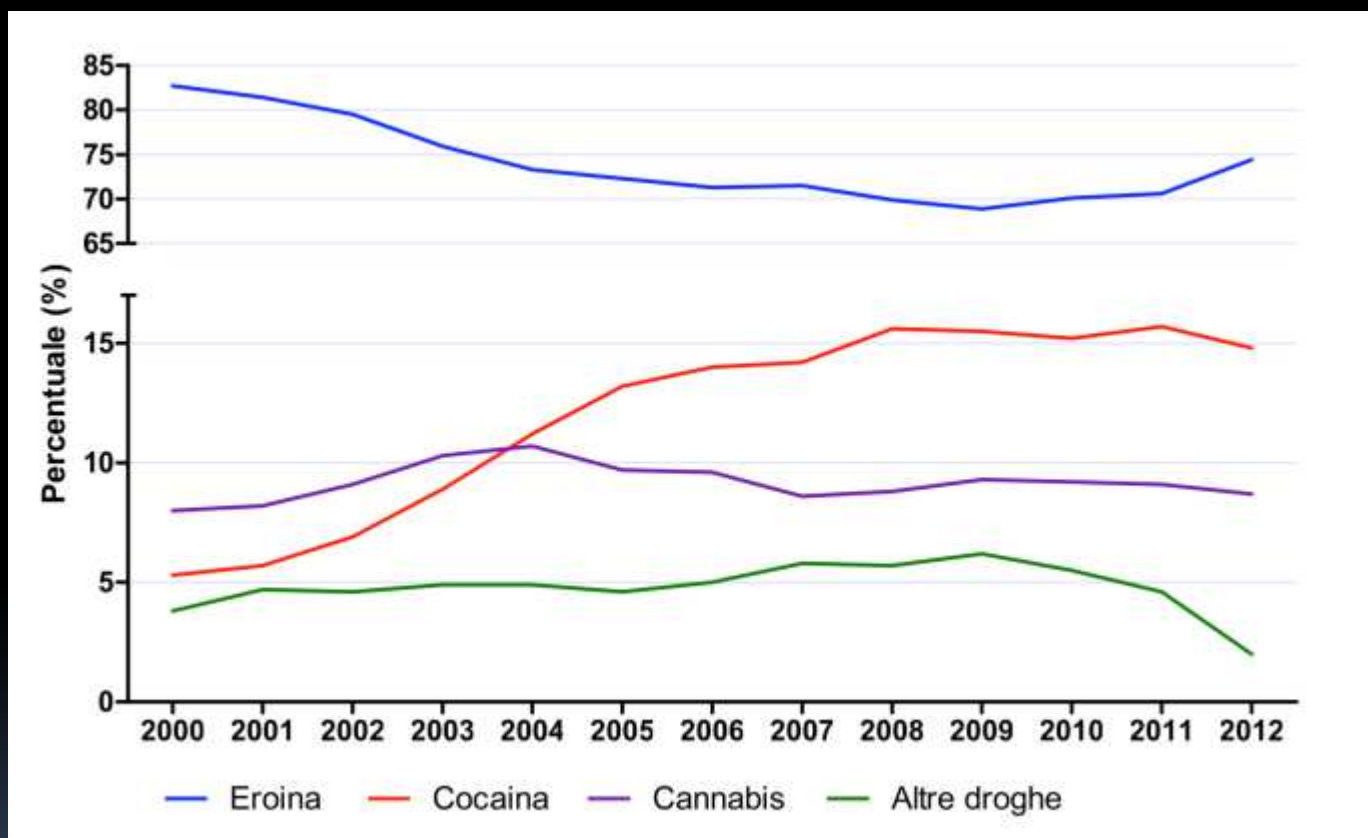
- + 50% delle persone in carico al sistema dei servizi è in carico da + di 10 anni come almeno il 50 % delle persone in comunità ...dove la valenza evolutiva e terapeutica credibile ?
- + 70 % degli utenti ha una somministrazione di farmaci sostitutivi/antagonisti con assegnazioni che arrivano ad un mese con un basso investimento sulle attività di accompagnamento psico/ educativo
- Dopo la Fini Giovanardi ....Su 10.000 persone con certificazione in carcere non più di 4000 accedono a misure alternative ...almeno 4.000 avrebbero titolo per una ridefinizione della pena
- Almeno tra 5 e 8.000 persone con problemi di abuso e consumo problematico non possono accedere per la non certificazione di tossicodipendenze

# Aggregazione attuale degli utenti del sistema di intervento Dipendenze

1.	Dipendenza da eroina	115.000
2.	Dipendenza /abuso/ consumo di alcol	70.000
3.	Abuso e dipendenza da cocaina	40.000
4.	Poliassunzione (almeno due dipendenze diagnosticate)	25.000
5.	Uso e abuso di cannabinoidi	23.000
6.	Gambling	7.000
7.	Tabagismo (competenza anche div. osped)	5.000
8.	Abuso /dipend da altre droghe stimolanti e psichedeliche	3.500
9.	Internet addiction	1.000
10.	Sexual addiction	900
11.	Invio in comunità circa	15/17.000

# LE PERSONE IN CURA PRESSO I SER.T

Tab.ANN 01



Relazione annuale al parlamento 2013. Uso di sostanze stupefacenti e tossicodipendenza in Italia. Dati relativi all'anno 2012 e primo semestre 2013. Elaborazioni 2013  
Presidenza del Consiglio dei Ministri. Dipartimento Politiche Antidroga. Roma, Giugno 2013



# Oltre il giardino ....del mandato unico di guarigione e del pre/giudizio morale o penale ?

**Una tendenza bipolare dei consumi: sempre più "normale consumo" per molti .....sempre "peggio" le situazioni di gravità.....con un necessario diverso concetto di cura, salute, sicurezza .....piacere**

**Tali domande oltre la legalità o illegalità, uso consumo, abuso oltre la "sola tossicodipendenza" ci stanno obbligando a reinventare modelli di approccio politico e culturale e di intervento socio-sanitario ad alta integrazione territoriale, ( rdr/rdr, bassa soglia di accesso, efficaci in termini di costo-beneficio, capaci di accogliere e di porsi un obiettivo primario possibile di prossimità e ove necessario cura/ salute).**

**I consumi e le persone "consumatrici/abusatrici/dipendenti" *ci sfidano* sul piano del *sistema socio/sanitario e nel rapporto nuovo del concetto stesso di pubblico/privato*. Ci sfidano sia sul piano sociale che sanitario e sul ruolo riconosciuto al consumatore**

**Quali integrazioni tra rdd e ambulatorialità ..... tra cura e controllo del consumo., tra marginalità sociale e terapia ???**

**Quali mandati innovativi ai servizi di bassa soglia, ai servizi territoriali**

**Quale nuovo modello di servizio tra sociale e sanitario ???**

Numero di sequestri denunciati per paese (a sinistra), e percentuale di sequestri per le droghe principali (a destra) (2011)



Sequestri (in migliaia)  <1  1-10  11-100  >100

■ Nessun dato disponibile

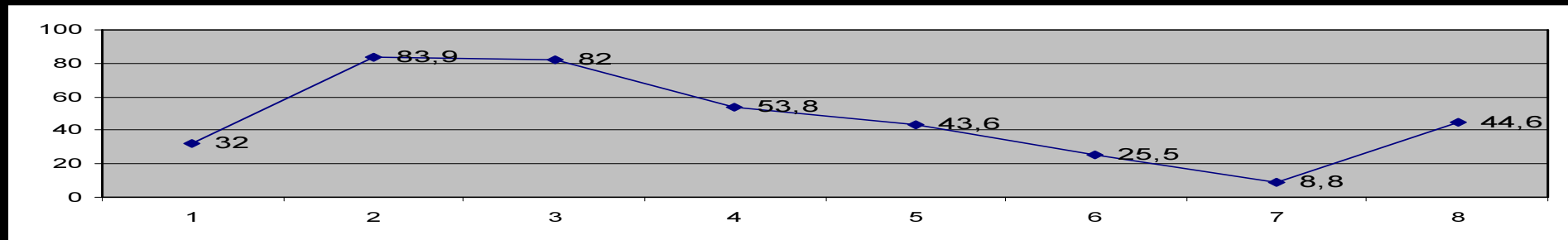
NB: numero di sequestri (in migliaia) per i dieci paesi con i valori più alti.



# ANALISI SUI CAMPIONI DI SOSTANZE STUPEFACENTI SEQUESTRATE

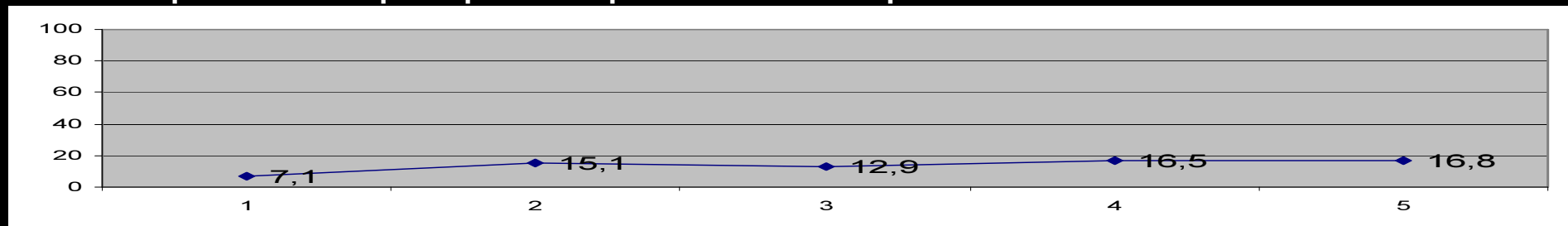
(Dati forniti dal Laboratorio di Sanità Pubblica dell'ASL di Bergamo- RESP. LAURA TIDONE)

## MDMA (ecstasy) percentuali di principio attivo presente negli 8 campioni esaminati



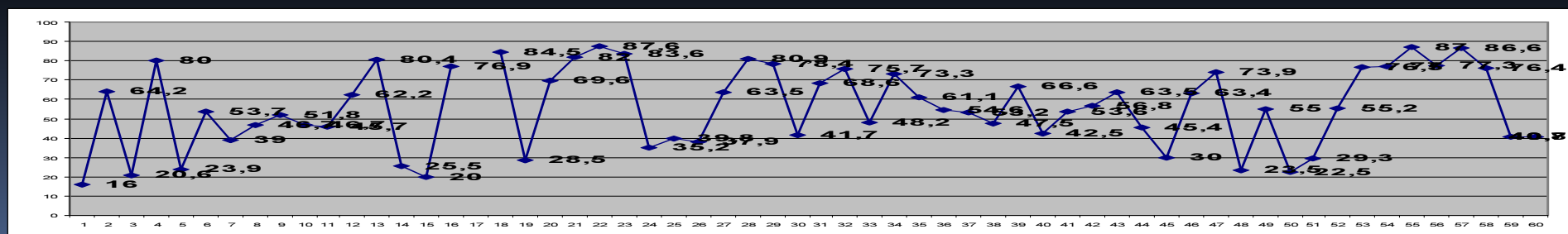
nota: alta variabilità di concentrazione con rischio elevato di sovraesposizione involontaria

## EROINA percentuali di principio attivo presente nei 5 campioni esaminati



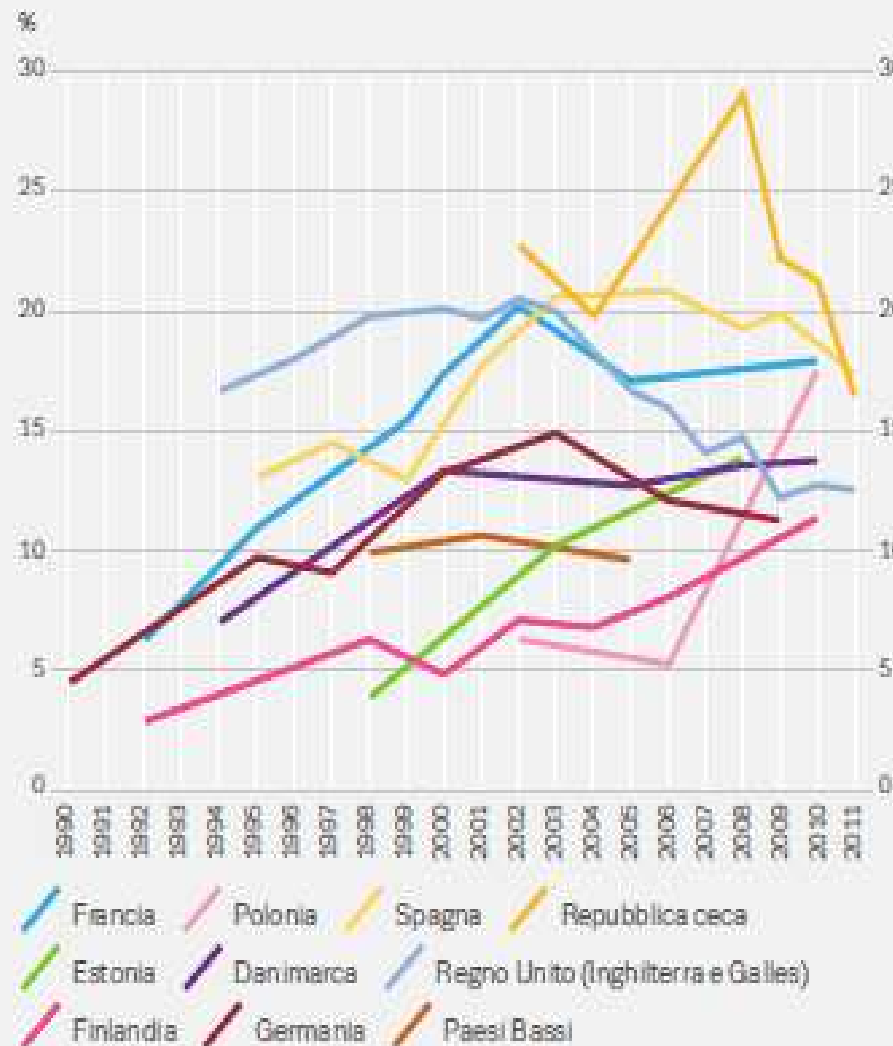
nota: bassa variabilità di concentrazione con basso rischio di sovraesposizione involontaria

## COCAINA percentuali di principio attivo presente nei 60 campioni esaminati



nota: altissima variabilità di concentrazione con alto rischio di sovraesposizione involontaria

# CANNABIS Prevalenza LY

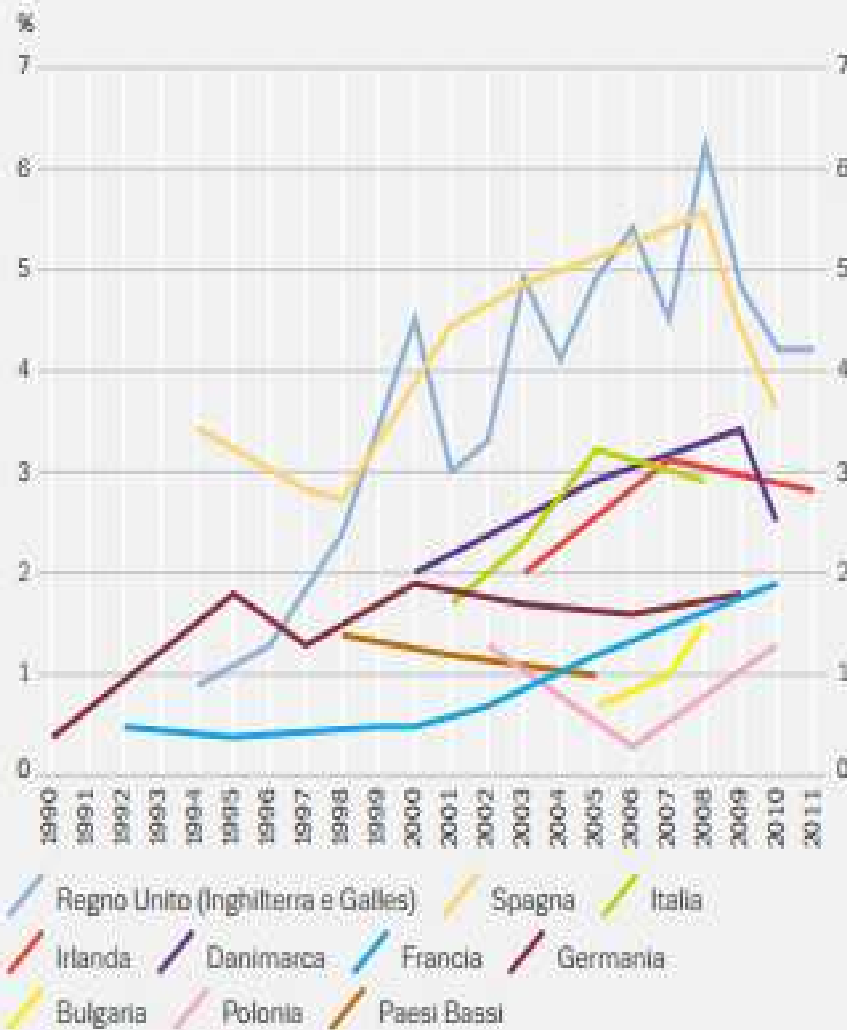


NB: tendenze per dieci paesi con la più alta prevalenza e tre indagini o più



% 0-4 4,1-8 8,1-12 >12

# COCAINA Prevalenza LY

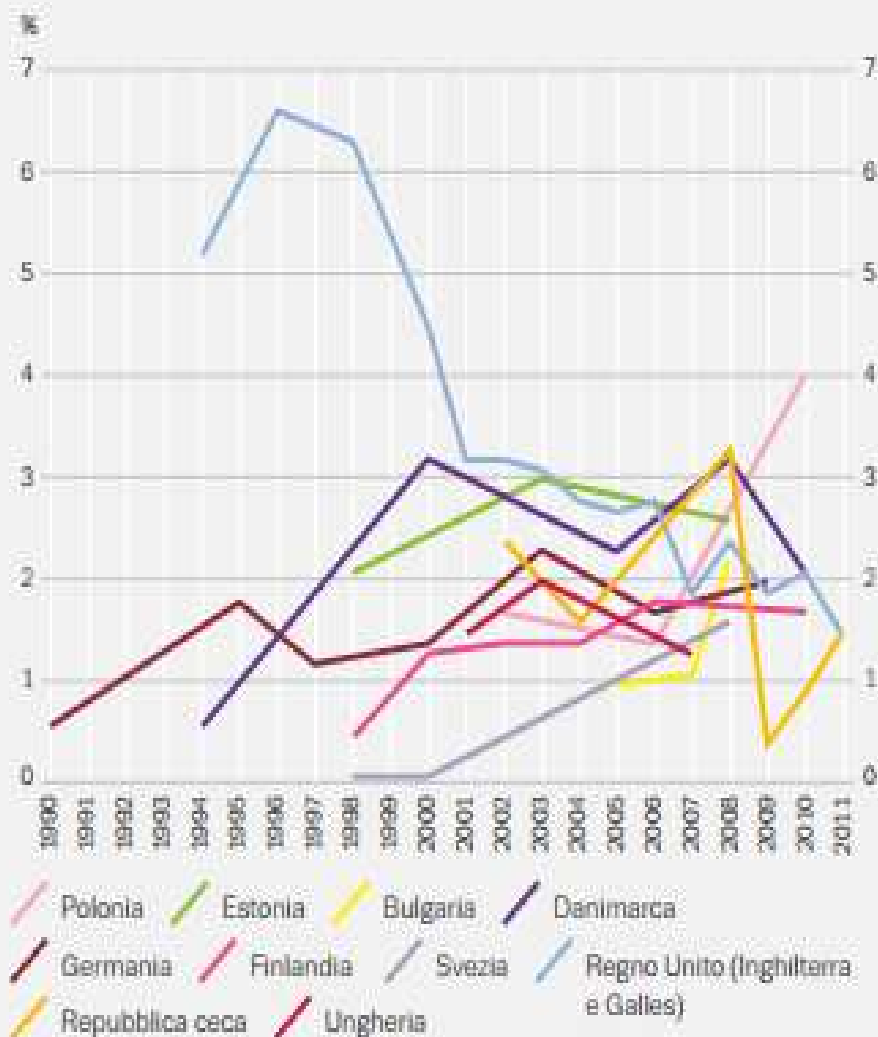


NB: tendenze per dieci paesi con la più alta prevalenza e tre indagini o più.



% 0-1 1,1-2 2,1-3 >3 Nessun dato disponibile

# AMFETAMINE Prevalenza LY

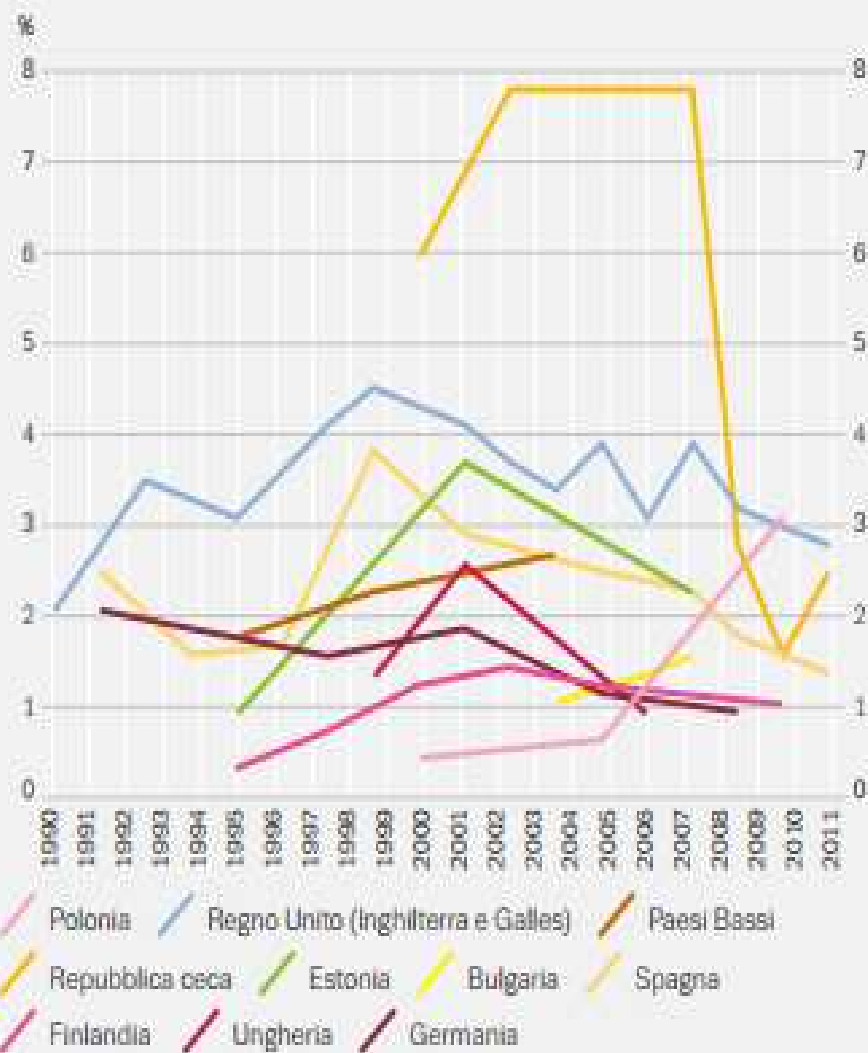


NB: tendenze per dieci paesi con la più alta prevalenza e tre indagini o più.



% 0-0,5 0,51-1 1,1-1,5 >1,5  
 Nessun dato disponibile

# ECSTASY Prevalenza LY



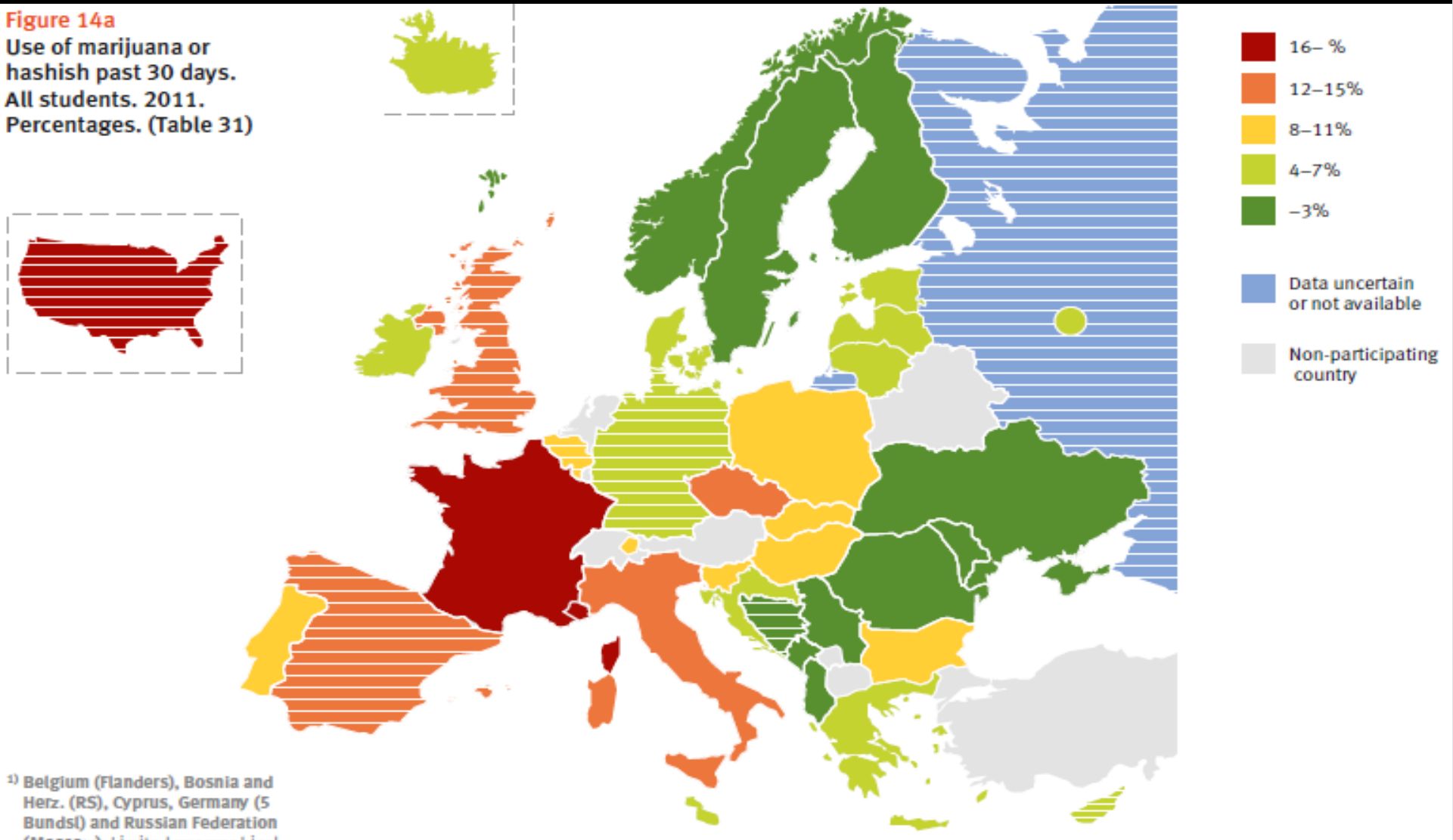
NB: tendenze per dieci paesi con la più alta prevalenza e tre indagini o più.



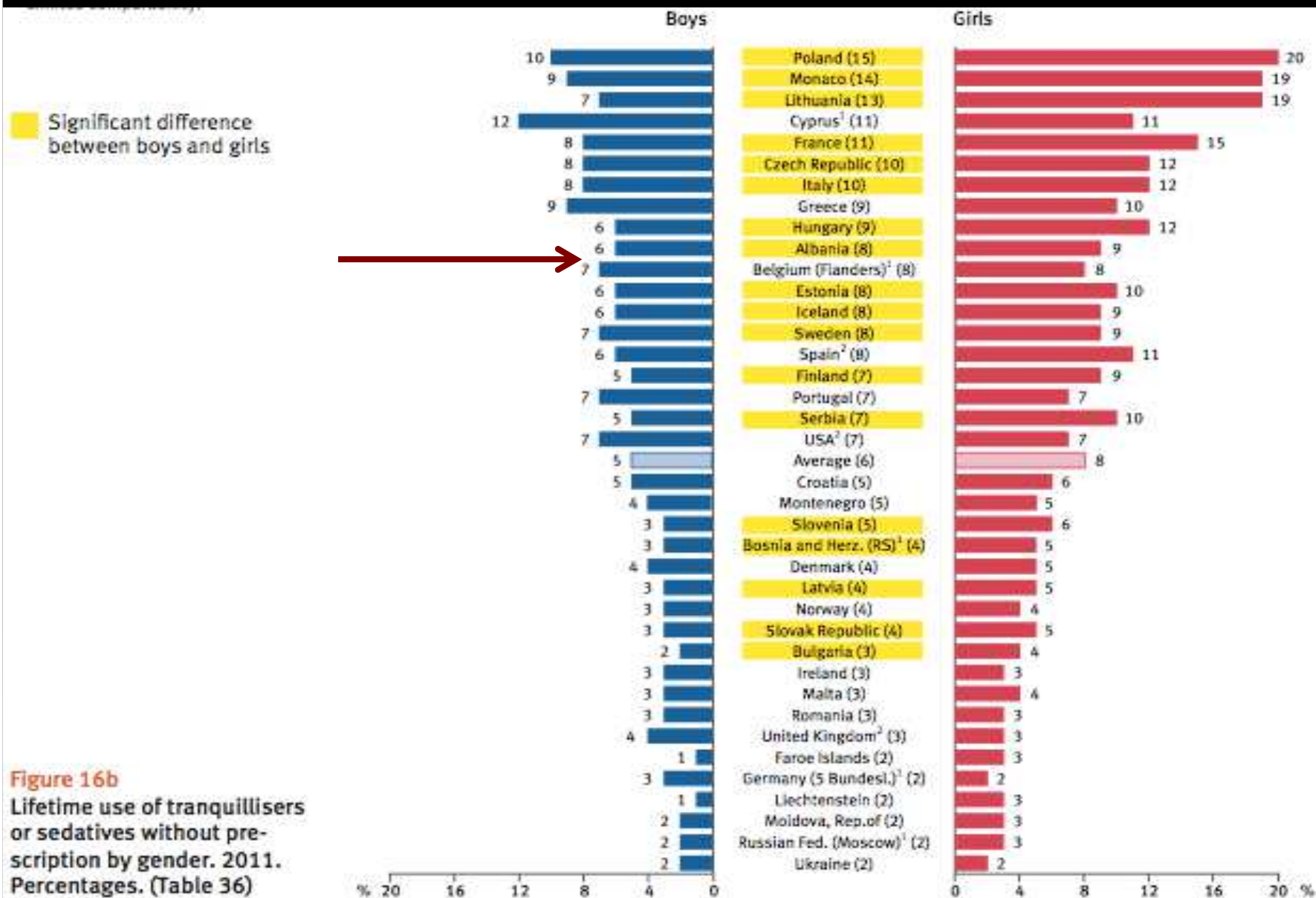
%: 0-0,5 0,51-1,0 1,1-2,0 >2,0  
 Nessun dato disponibile

# L'uso di cannabis in Europa fra i giovani

**Figure 14a**  
Use of marijuana or hashish past 30 days.  
All students. 2011.  
Percentages. (Table 31)



# Il misuso di psicofarmaci in Europa



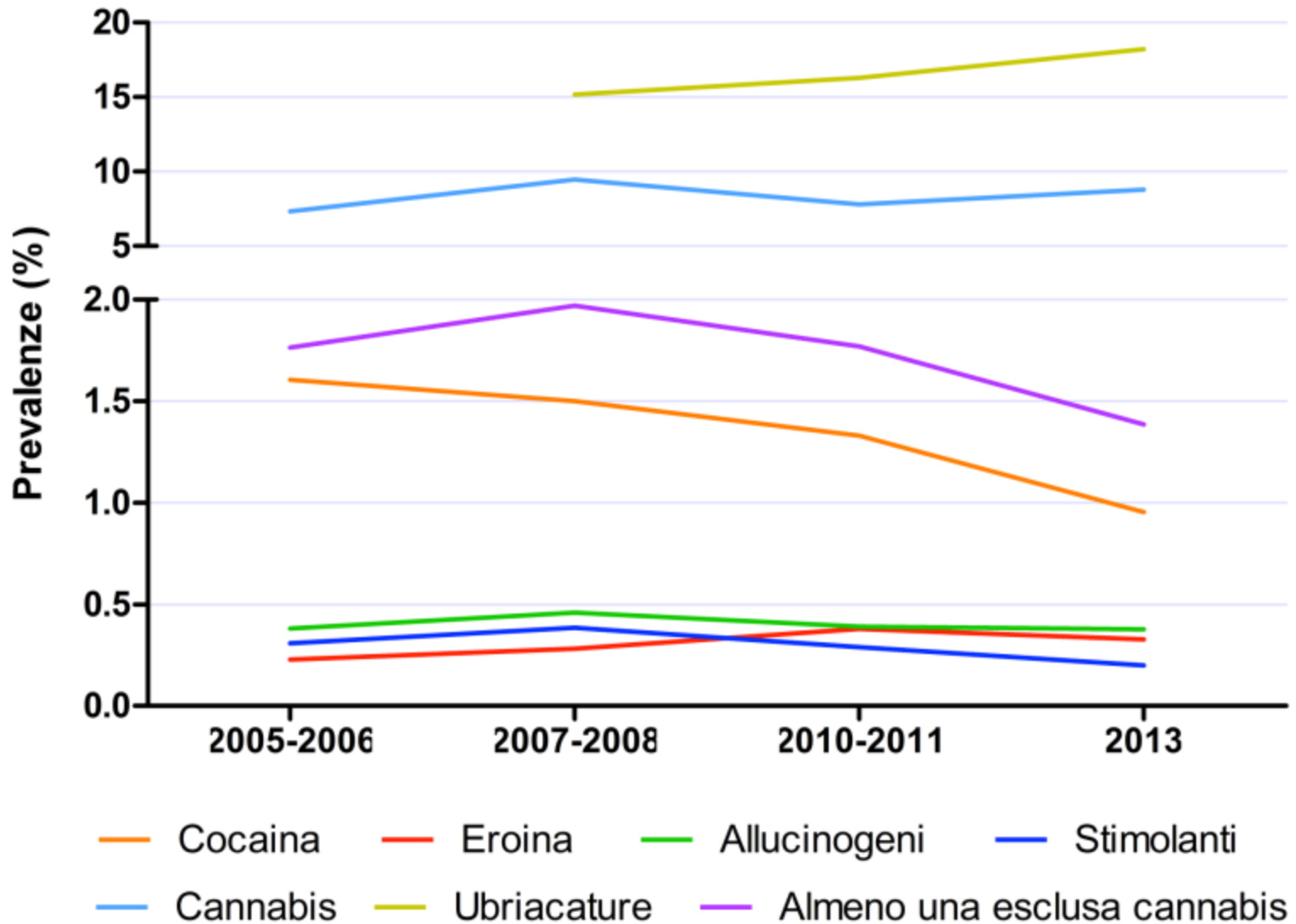
**Figure 16b**  
Lifetime use of tranquilisers or sedatives without prescription by gender. 2011. Percentages. (Table 36)



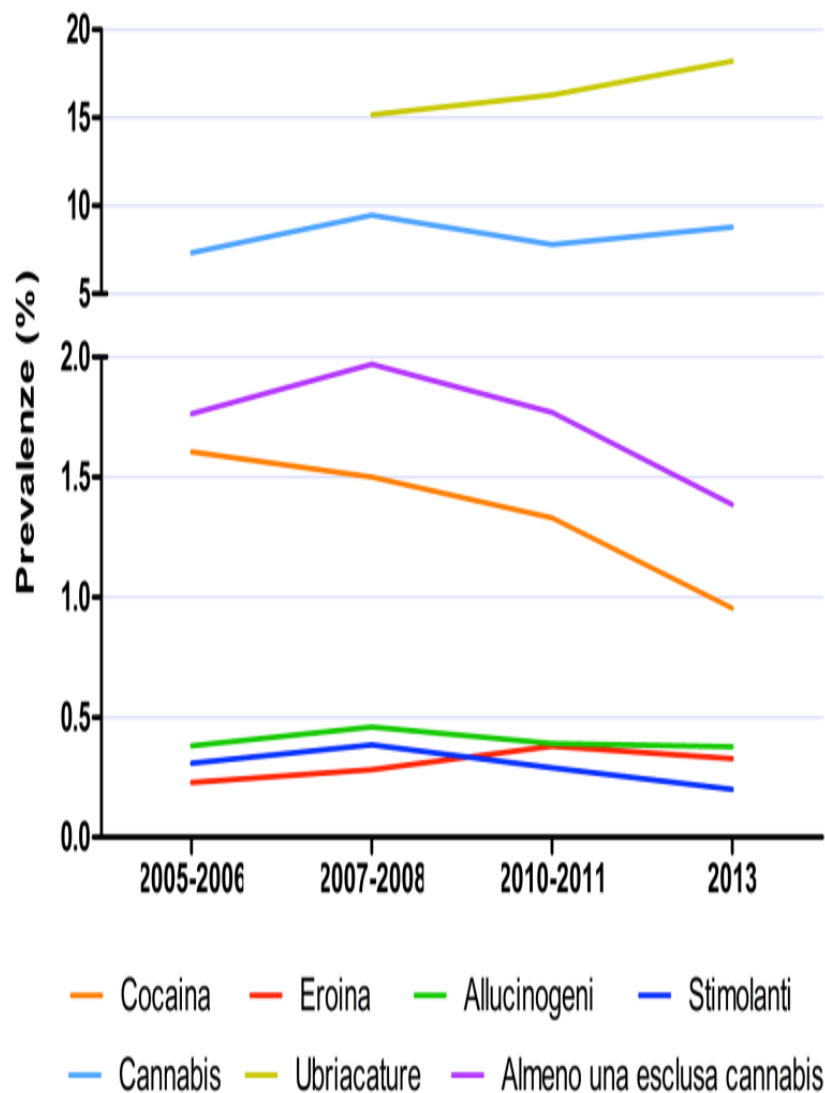
**COSA SUCCEDE IN ITALIA?**



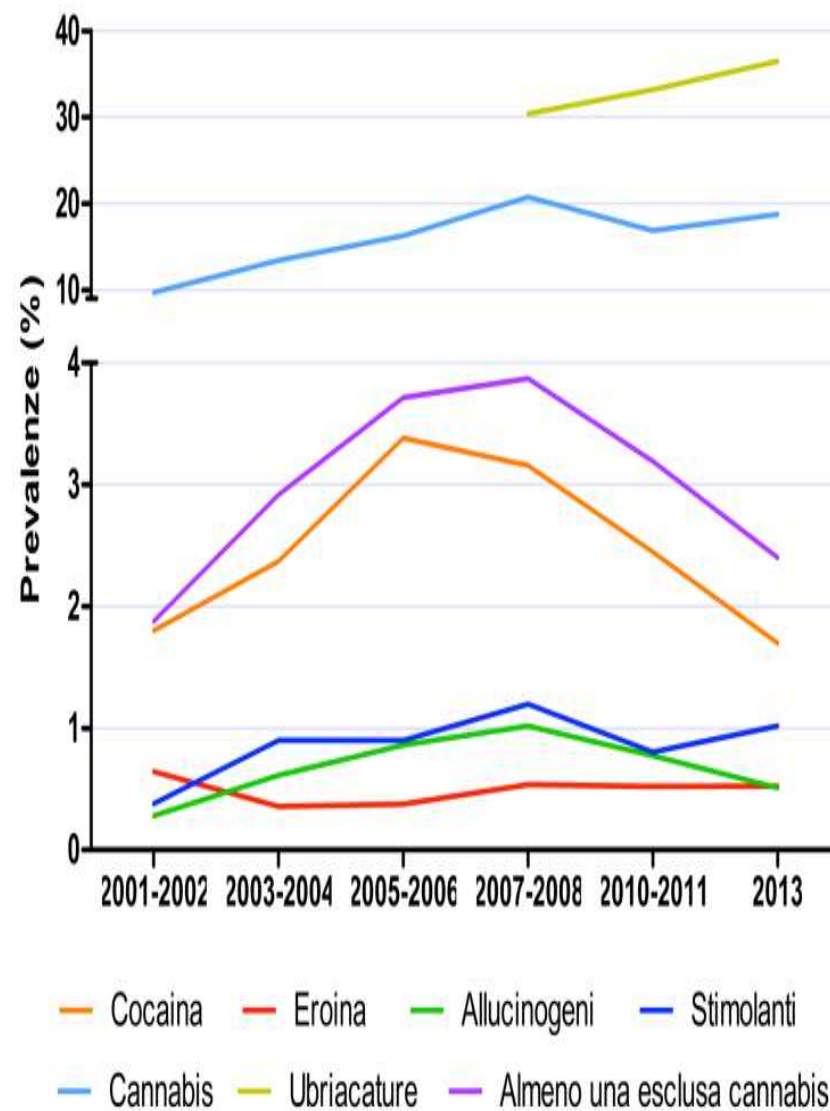
# Prevalenza LY (15-64)



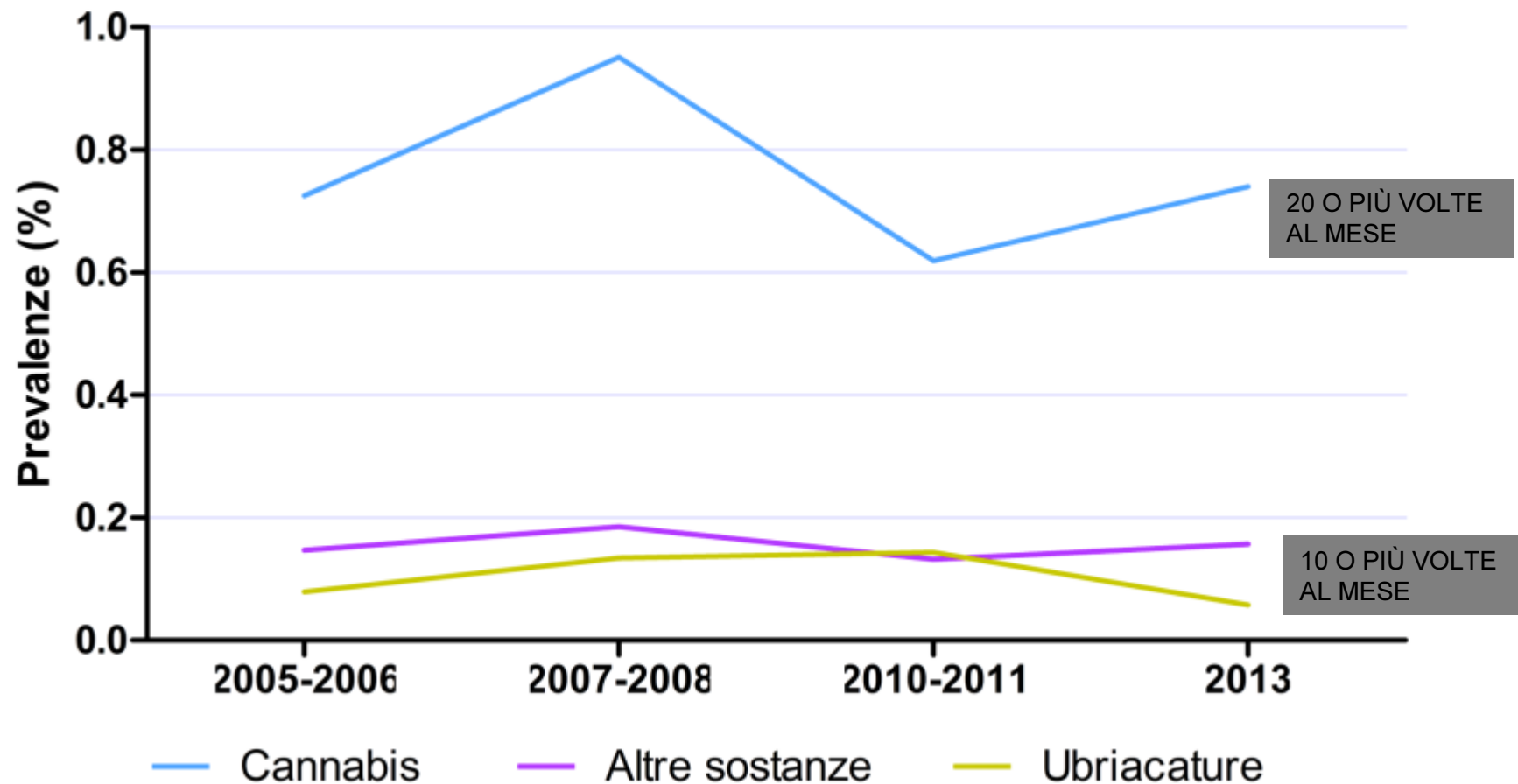
# Prevalenza LY (15-64)



# Prevalenza LY (15-34)

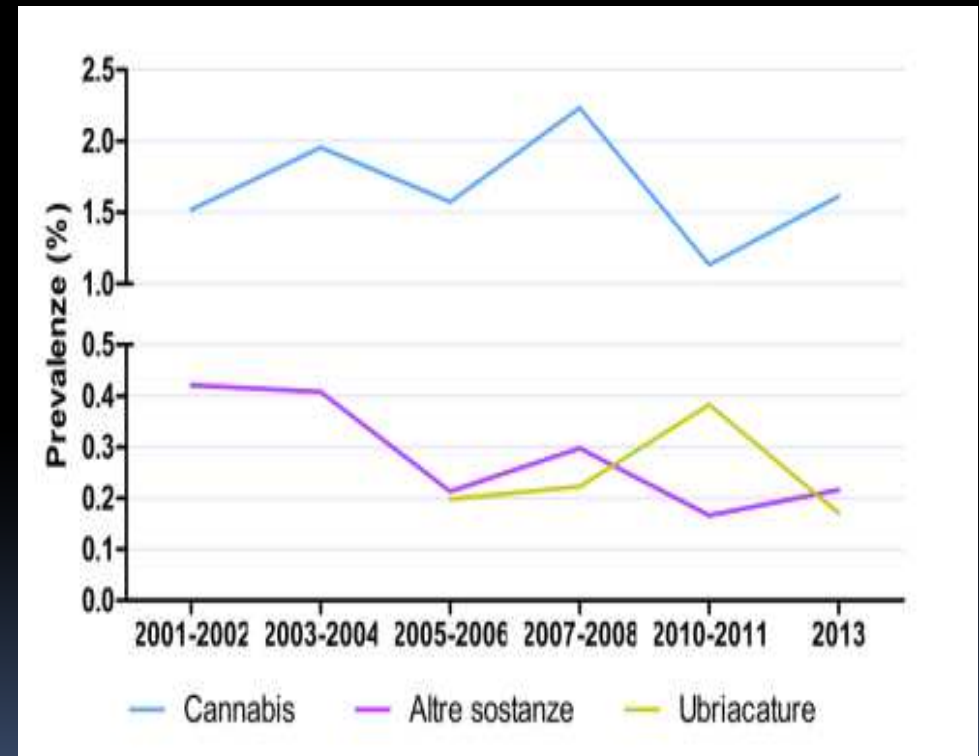
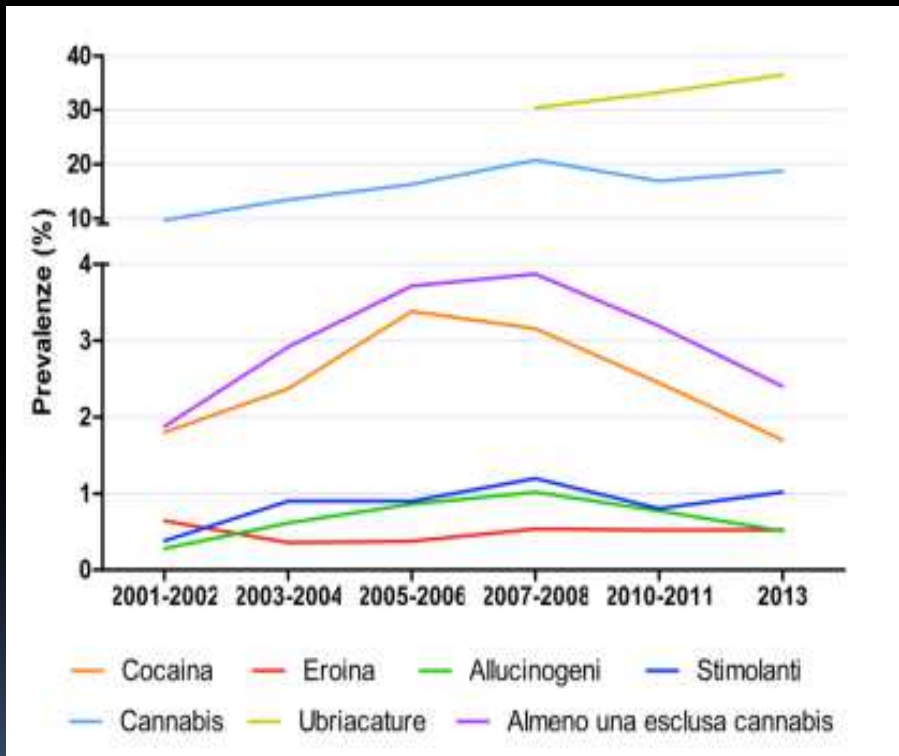


# Prevalenza FREQUENT USERS (15-64)



## Prevalenza LY (15-34)

## FREQUENT USERS (15-34)



# LE "NUOVE" DIPENDENZE



*J Gambl Stud.* 2012 Aug 28. [Epub ahead of print]

## **An Assessment of the Psychometric Properties of Italian Version of CPGI.**

Colasante E., Gori M., Bastiani L., Siciliano V., Giordani P., Grassi M., Molinaro S.

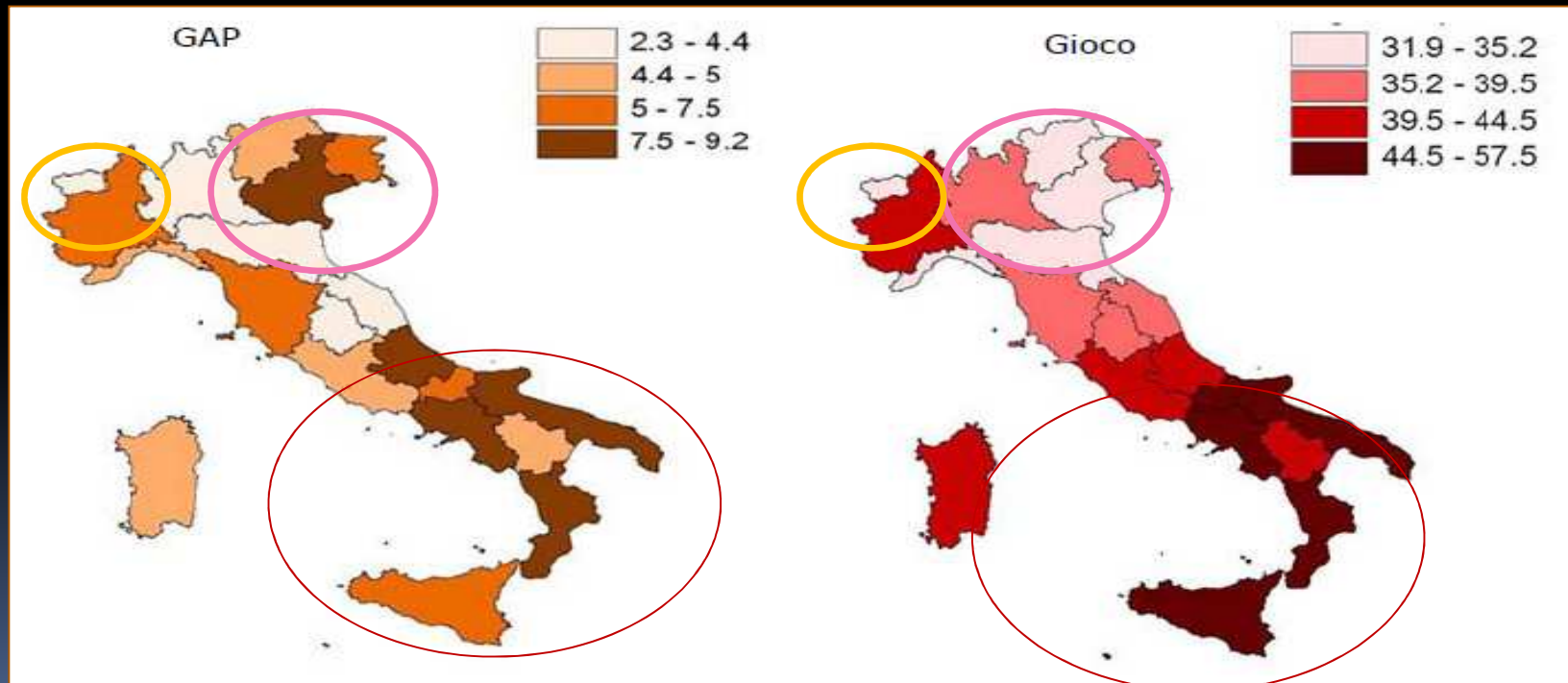
Institute of Clinical Physiology, National Council of Research, Via Moruzzi 1, 56124, Pisa, Italy.

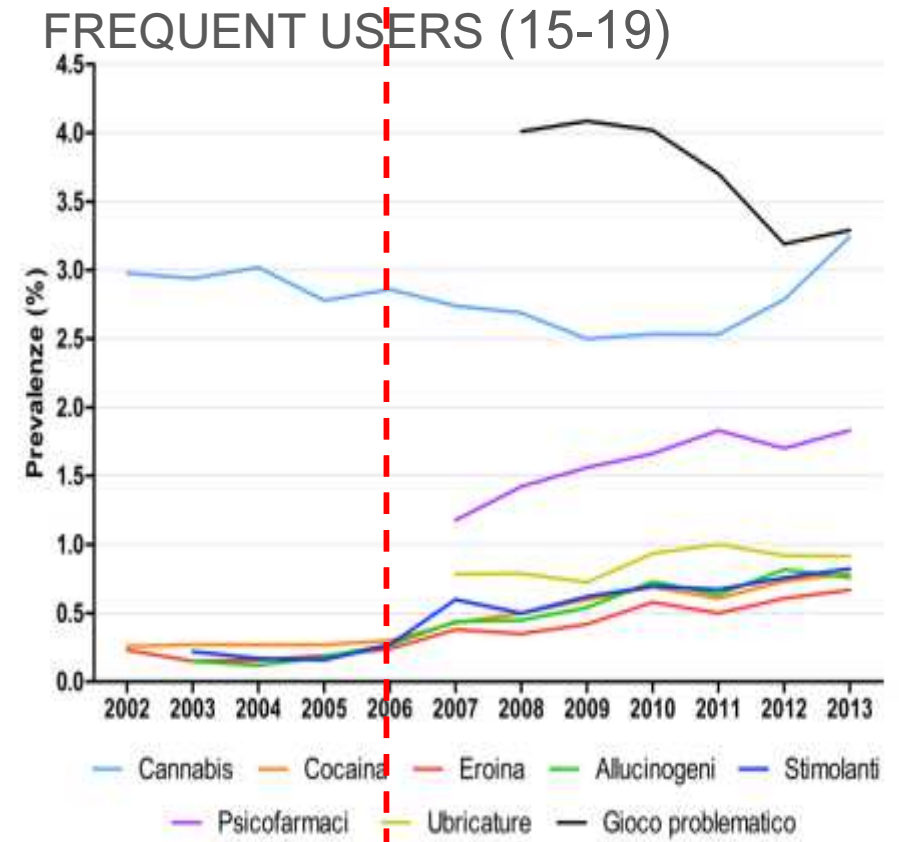
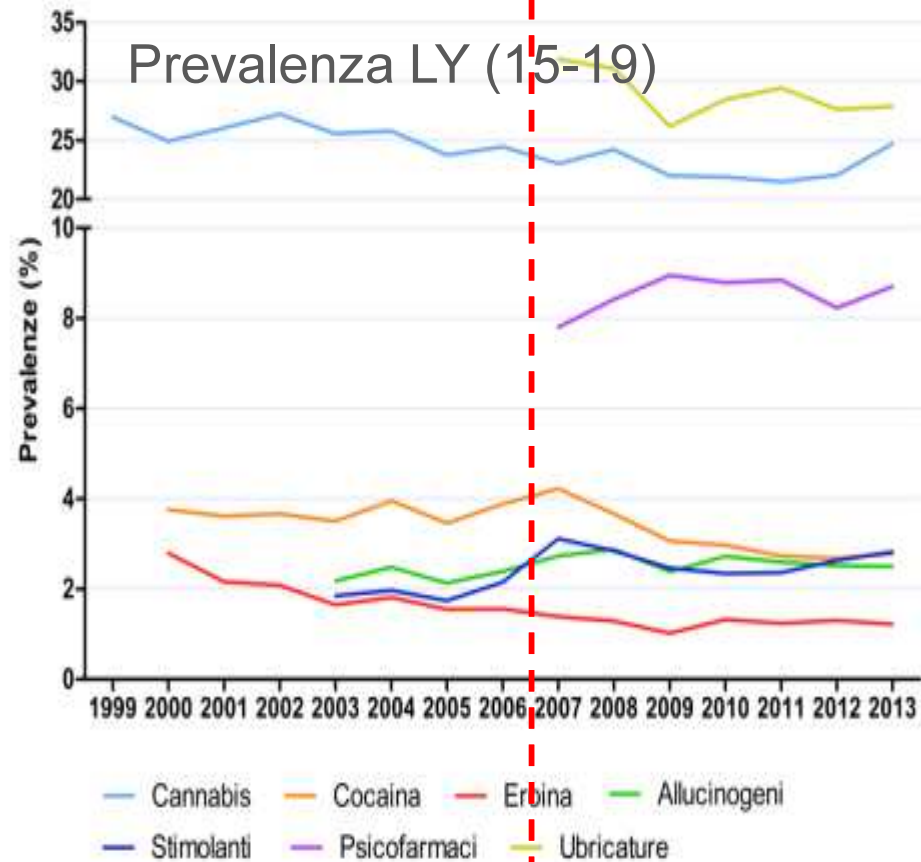
*J Gambl Stud.* 2011 Dec 4. [Epub ahead of print]

## **Complex Factors and Behaviors in the Gambling Population of Italy.**

Bastiani L., Gori M., Colasante E., Siciliano V., Capitanucci D., Jarre P., Molinaro S.

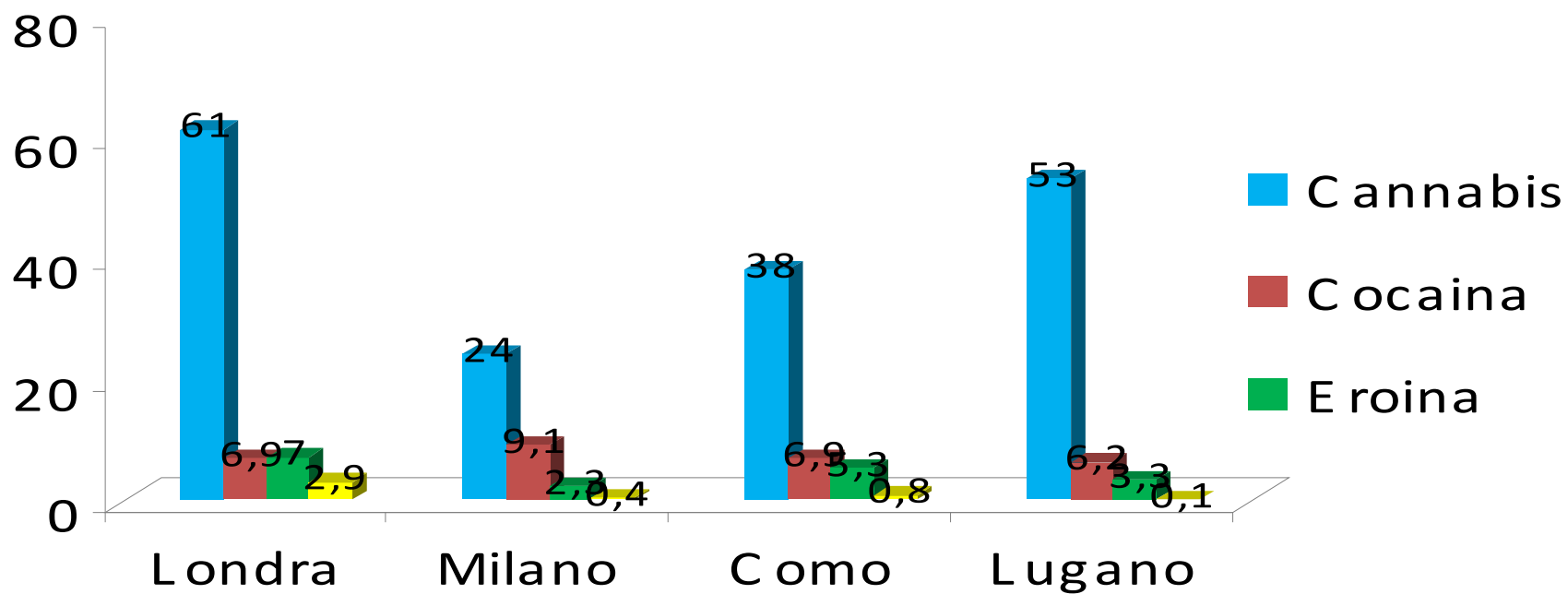
Institute of Clinical Physiology, National Council of Research, Via Moruzzi 1, 56124, Pisa, PI, Italy, luca.bastiani@ifc.cnr.it.





# Consumo di sostanze in quattro città

## Dosi giornaliere/1000 abitanti



# Evoluzione della domanda

- ✦ Si ferma nel 2012 il trend in aumento delle persone in carico ai servizi pubblici (oltre 200.000 , di cui 20% “nuove”) diminuisce l’accesso alle comunità ?
- ✦ Aumento della dipendenza primaria e secondaria da cocaina ...cura diversa attenzione al policonsumo ? > 50% dei nuovi in alcuni servizi
- ✦ Aumento delle richieste di cura per poli-dipendenze legali ed illegali (necessità di maggiore integrazione clinica ed operativa tra SerT e Alcologie e psichiatria medici di base, privato sociale e servizi sociali )
- ✦ Nel 30% degli utenti DG di comorbidità psichiatrica (necessità di maggiore integrazione con i DSM ma anche di nuovi approcci: non può essere la semplice sommatoria dei 2 problemi)
- ✦ Incidenza di nuove infezioni da HCV e HIV... prospettive di cura sanitaria
- ✦ “Cronicizzazione” / stabilizzazione di un numero importante degli utenti
- ✦ Direzioni tra standardizzazione dei servizi e individualizzazione della sostanza, dei bisogni e .....dei percorsi ?



# Premessa della complessità .....

- Rapide trasformazioni dei fenomeni sociali e sanitari connessi al consumo, abuso e dipendenza di “diverse” sostanze psicoattive
- Nuove forme di abuso e dipendenza da sostanze e ampia diffusione di consumi “compatibili” .....anche nella tossicodipendenza per cui il nostro sistema è percepito o come poco appetibile, scontato ?
- Trasversalità delle categorie interessate dal fenomeno e cambiamento delle domande di “cura” (tempi, approcci, utile integrazione di professionalità e coinvolgimento di servizi diversi, ripetibilità della cura )
- Un esempio la difficoltà di stimare in ambito ambulatoriale classico la pervasività e pericolosità di alcune situazioni di consumi e abusi e “dipendenza” o di aggiornare alcuni approcci “storicizzati”/“cronicizzati”
- A fronte di una certa rigidità delle attuali offerte trattamentali: nei tempi (almeno 6/12 mesi, negli approcci .....o educativo o psicoterapeutico o farmacologico...., nelle impostazioni, quali le possibili integrazioni, evoluzioni e “ripetibilità” dei percorsi)

## Tendenze del consumo e Orientamenti SOLUZIONI ATTESE

- ✦ **Riscrivere approcci , sistemi di intervento e leggi ..... vecchi e inadeguati**
- ✦ **Coprire il gap tra vecchio e nuovo in termini di intervento ,adeguatezza ed efficacia .**
- ✦ **Occuparsi fattivamente ed attrezzarsi all'accoglienza di consumatori , abusatori di ogni sostanza, legale ed illegale, e di problematicità legate a comportamenti additivi.**
- ✦ **Tendere ad un approccio ordinario e non di emergenza al tema del consumo.**
- ✦ **Privilegiare le modalità di lettura ed anticipazione dei fenomeni in un dato territorio.**
- ✦ **Definire nuove modalità di accesso (in termini di luoghi, tempi, contratto) per nuove tipologie di clienti.**
- ✦ **Migliorare l'offerta del sistema esistente per quanto attiene la specializzazione dei servizi territoriali ambulatoriali e le strutture accreditate dedicate.**
- ✦ **Costruire un sistema di cura clinicizzato nel SSN ad alta integrazione sociale: definire un sistema di continuità assistenziale con strutture dedicate ospedaliere (emergenza e ricovero), continuità tra sistema penale - tribunale, sistema prefettizio – amministrativo e territorio - sistema dei servizi tra rdd e presa in carico ambulatoriale e residenziale.**

**Tolleranza... percorsi individuali .....alleanza e consumi.....**

**La realtà è che gli interventi moderati e coopartecipati sono sempre più accettati nella valutazione degli interventi con i consumi e le .....”dipendenze”**

**Ricerca su 1400 grandi bevitori e cocainomani oggetto di indagine ( Edward Nunes clinica psichiatrica Columbus University)**

**Vanno consigliati approcci meno rigidi che consentano/accettino un uso moderato delle sostanze nella fase, anche lunga, verso la possibile astinenza o riduzione della problematicità del consumo ? Sia negli interventi di cura che di prevenzione ....**

**Ascolto .....pragmaticità ... alleanza .....attesa .. Alta assistenzialità di fase .....lunga relazione di cura .....**

## **Analisi degli stili di consumo .....**

- . Li preoccupa/spaventa molto l'idea di una vita priva di queste abitudini, perché ai loro occhi perde di significato ...il poter andare oltre ....**
- . La loro routine, i loro piaceri, alcune delle relazioni su cui fanno più affidamento sono collegati alle loro abitudini anche d'uso, più o meno criticabili e non gli è affatto chiaro a cosa andrebbero incontro smettendo improvvisamente....quale il motivo alla presa in carico ?**
- . L'idea iniziale del contatto con i servizi e gli operatori è solo ridurre le conseguenze del consumo pesante e di partire da lì.....**

**Nuovo paradigma della prevenzione, della rdr e dell'approccio ai consumi ? Diversa responsabilità del consumatore ????**

**Trattando l'abitudine semplicemente come tale e non prioritariamente come una malattia si possono intanto ridurre le conseguenze...  
Harvard università**

		N	%
sesso	maschio	1923	93,0%
	femmina	145	7,0%
classi di età	18-24	182	8,8%
	25-34	531	25,7%
	35-44	680	32,9%
	sopra 45	676	32,7%
nazione	Italia	709	34,3%
	altro	1360	65,7%
professione	stabile	64	4,0%
	occasionale	231	14,4%
	studente	0	,0%
	disoccupato	1313	81,7%
situazione abitativa	stabile	441	26,3%
	non stabile	247	14,7%
	istituzioni	304	18,1%
	strada	684	40,8%

# CAMPIONE socio/anagrafica della strada

Romania: 18%

Marocco: 12%

Paesi dell'est

europa: 8-9%

Sud-America: 8-

9%

# Profili di gravità/ area della marginalità

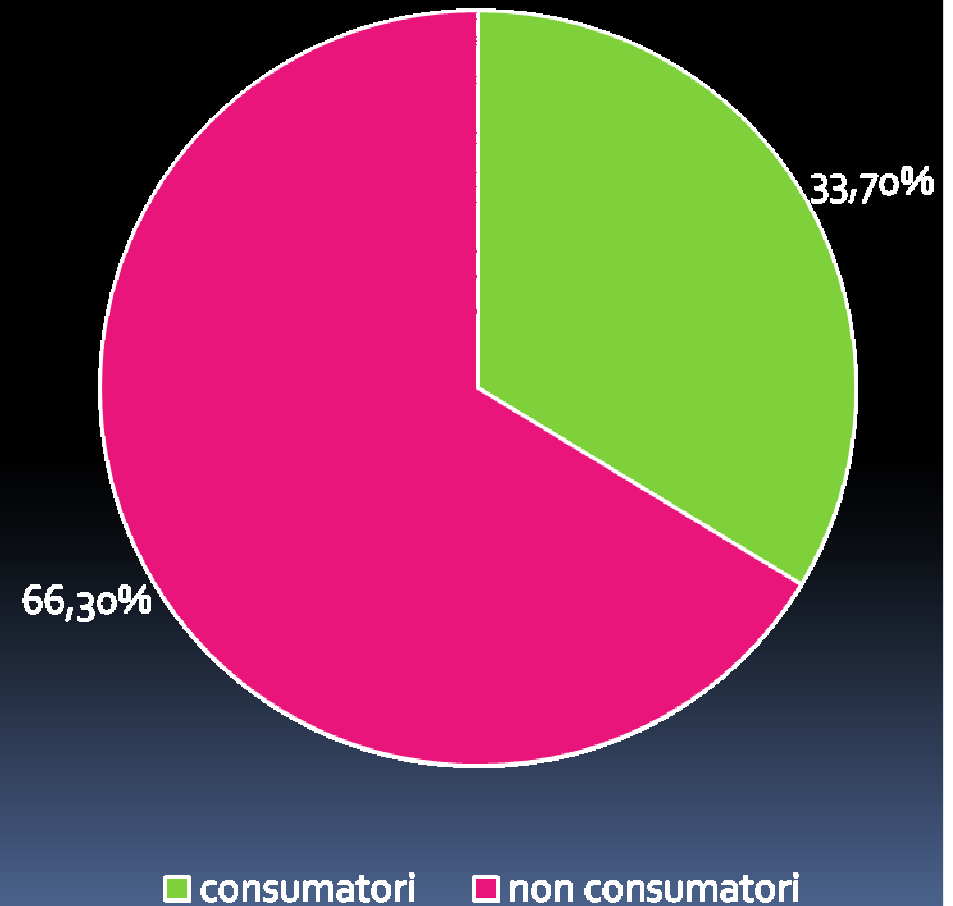
situazione abitativa			stabile	non stabile	istituzioni	strada	Totale
professione	<i>stabile</i>	N	56	4	2	1	63
		%	88,9%	6,3%	3,2%	1,6%	100,0%
	<i>occasionale</i>	N	105	46	36	41	228
		%	46,1%	20,2%	15,8%	18,0%	100,0%
	<i>disoccupato</i>	N	244	187	259	615	1305
		%	18,7%	14,3%	19,8%	47,1%	100,0%
Totale	N	405	237	297	657	1596	
	%	25,4%	14,8%	18,6%	41,2%	100,0%	

# Profili di gravità/Livello di consumi

Prevalenze	N	%
LTP	1992	97,9%
LMP	1814	88,7%

Ultimo mese	N	%
alcol	1634	80,1%
cocaina	360	17,7%
oppiacei	265	13,0%
hashish	386	18,9%
metadone	14	,7%
Subutex/buprenorfin	2	,1%

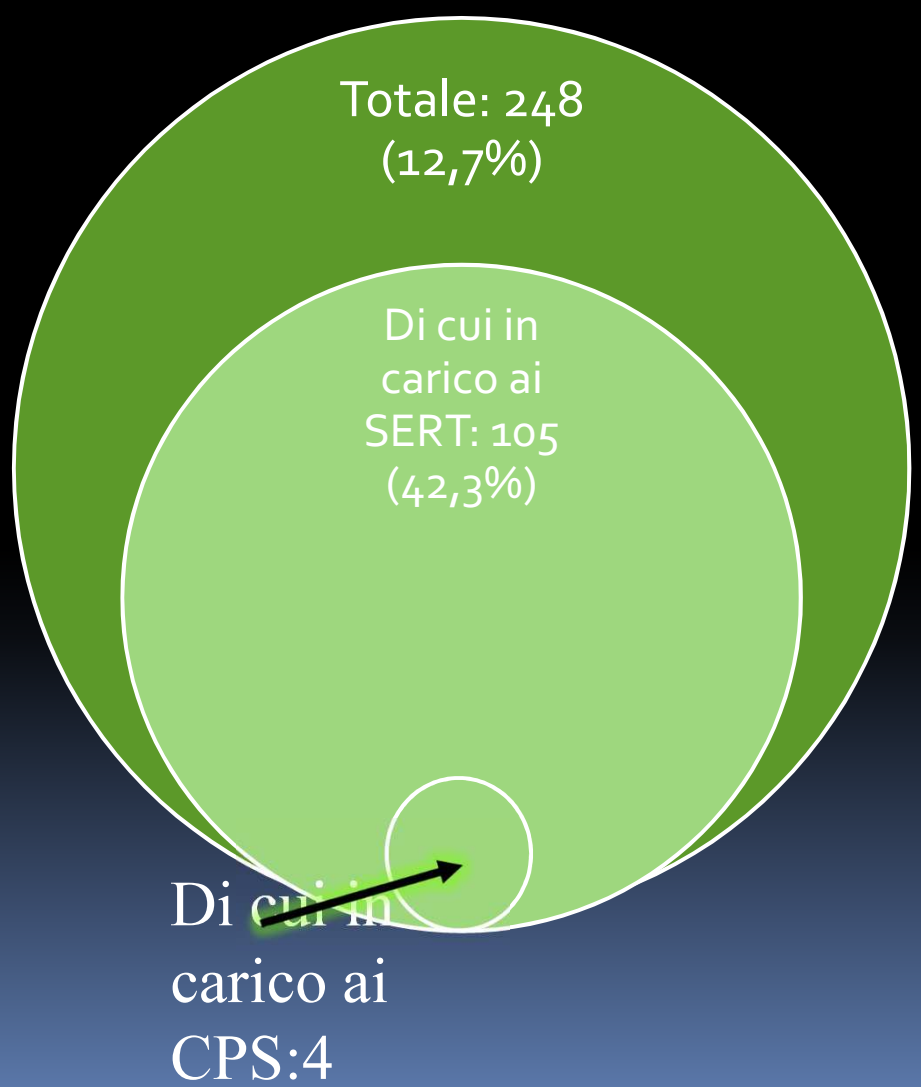
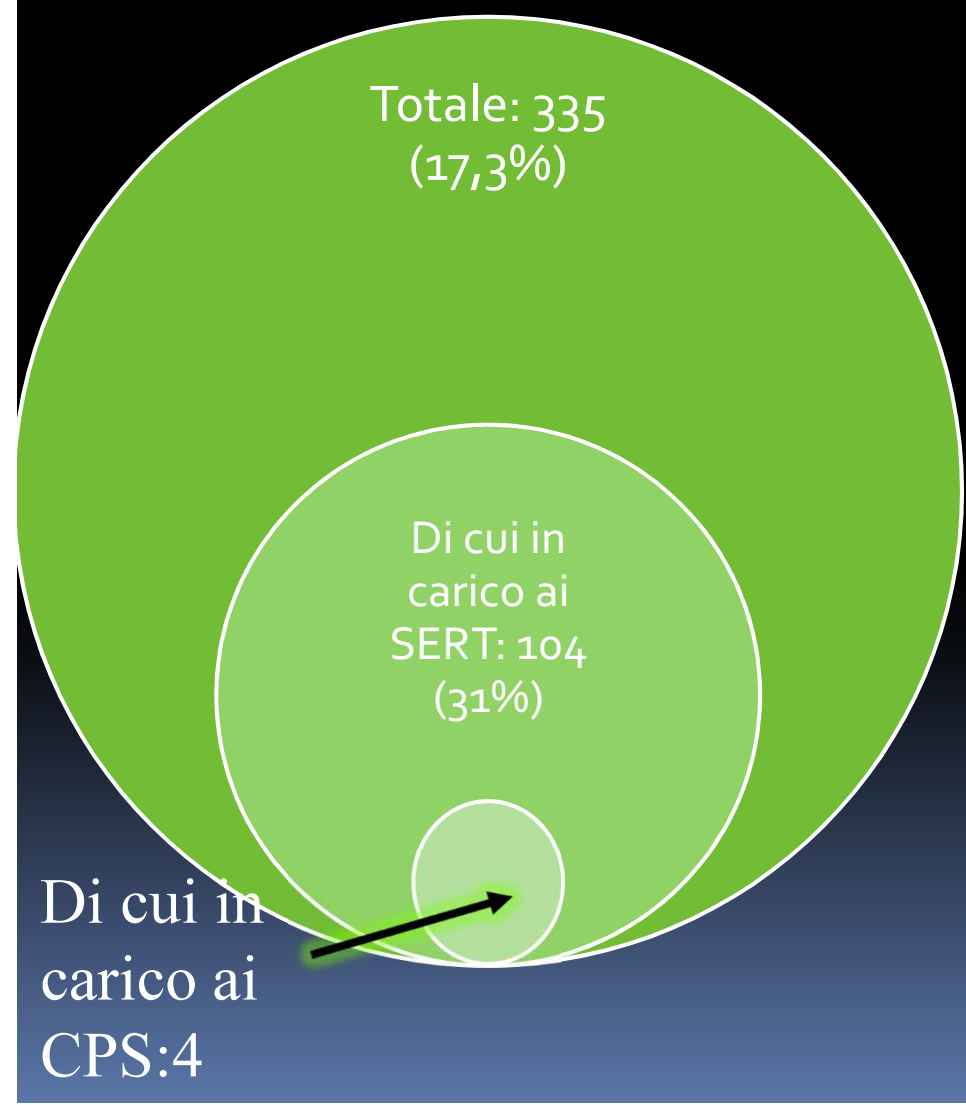
## CONSUMATORI LMP (escluso alcol)



# Profili di gravità/contatto con i servizi

## COCAINA

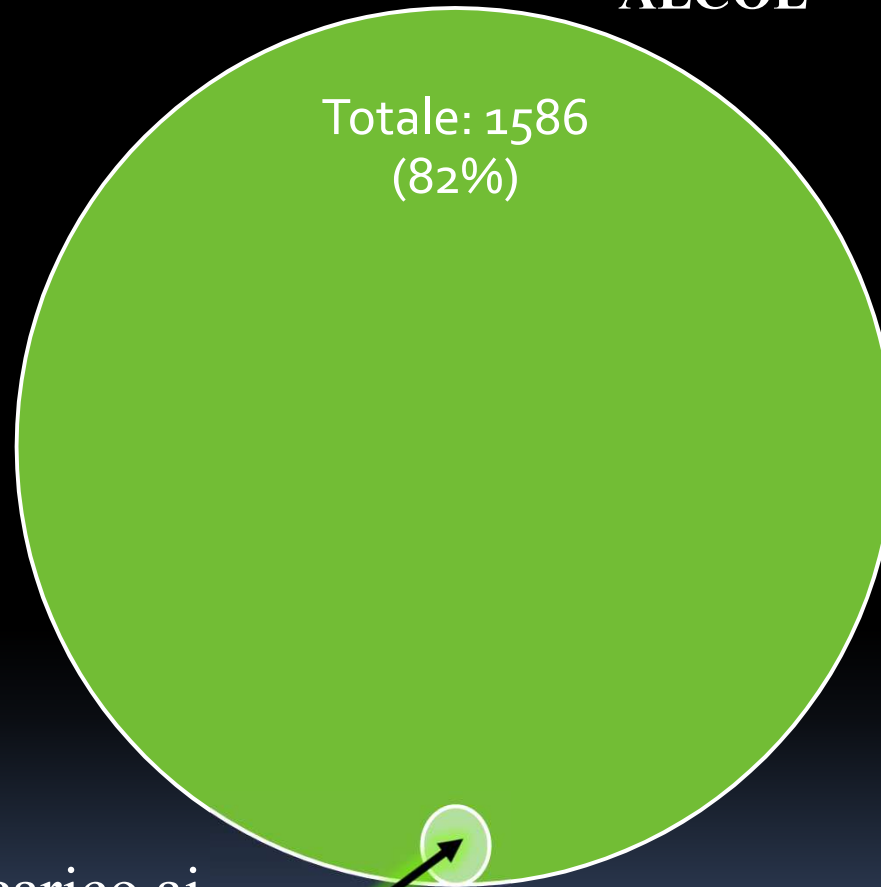
## OPPIACEI





# Profili di gravità/contatto con i servizi

## ALCOL



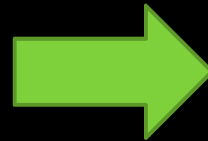
Sono esclusi gli utenti ASL VA perché non esistono i servizi separati di alcologia e gli utenti anche per l'alcol accedono al Ser.T.

Di cui in carico ai  
Servizi di alcologia:  
8 (0,2%)

# Profili di gravità/modalità di consumo di sostanze stupefacenti

Cocaina	N	%
fumata	44	13,0
iniettata	167	49,4
inalata	127	37,6
Totale	338	100,0

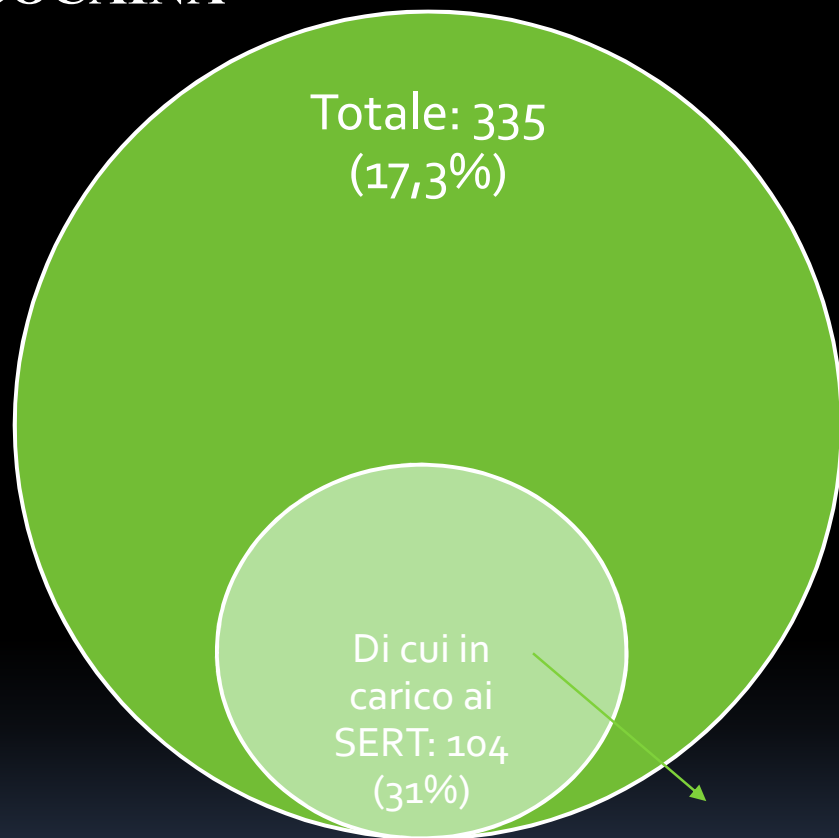
Opiacei	N	%
ingerita	1	,4
fumata	23	9,3
iniettata	203	81,9
inalata	21	8,5
Totale	248	100,0



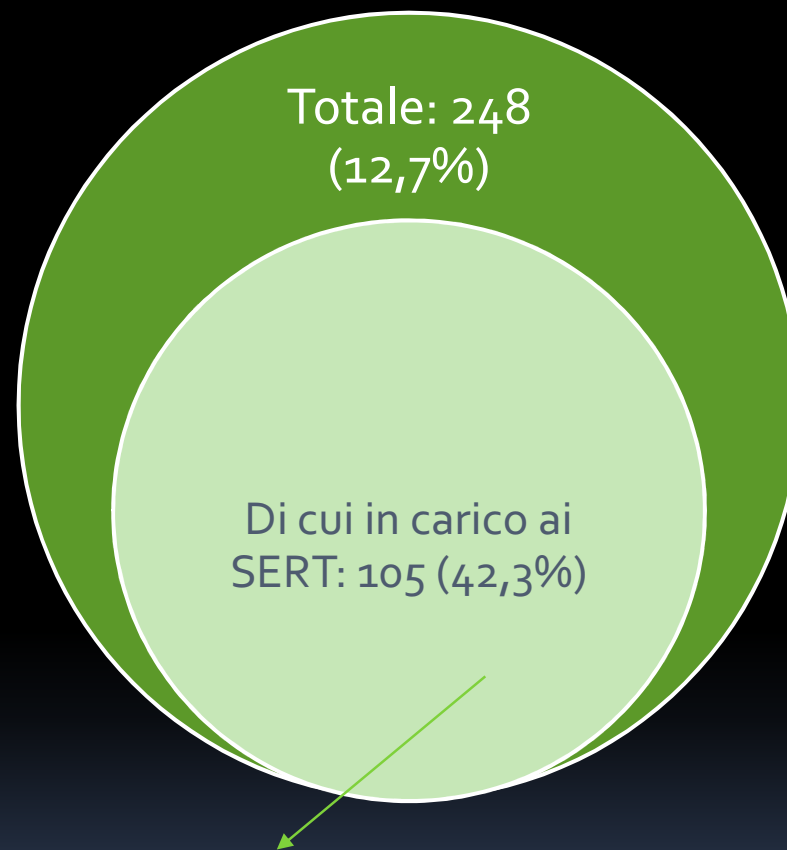
**LA VIA PRIORITARIA  
E' ANCORA  
ENDOVENOSA ANCHE  
NEL CASO DELLA  
COCAINA , MENTRE  
PER GLI OPPIACEI  
NON SI REGISTRANO  
GROSSI NUMERI  
SULLA MODALITA'  
FUMATA**

# Profili di gravità/contatto con i servizi

## COCAINA



## OPPIACEI



Dei 156 utenti che consumano solo cocaina ben 131 non risultano in carico ai Ser.T. = la maggior parte di chi consuma solo cocaina non arriva al Ser.t. , i 25 sono soprattutto ex eroinomani

# Frequenza al servizio

- Frequenza = periodo di trattamento/numero di contatti

		DROPIN MI	UDS MI	DROPIN VA	UDS VA	ALTRO VA	UDS MB
una volta sola	N	253	686	34	19	92	50
	%	28,7%	91,8%	34,3%	23,8%	92,0%	32,7%
meno di una volta al mese	N	57	11	2	19	2	20
	%	6,5%	1,5%	2,0%	23,8%	2,0%	13,1%
da 1 a 3 volte al mese	N	192	27	17	27	6	59
	%	21,8%	3,6%	17,2%	33,8%	6,0%	38,6%
1 volta a settimana	N	182	19	17	5	0	23
	%	20,7%	2,5%	17,2%	6,3%	,0%	15,0%
più volte a settimana	N	197	4	29	10	0	1
	%	22,4%	,5%	29,3%	12,5%	,0%	,7%

## **Il pensiero statico di intervento rispetto ad un consumo che evolve con le dinamiche sociali ..... QUALE RUOLO DEL CONSUMATORE ??????**

- Il pensiero sull'alcool e le droghe nel sistema dei servizi attuale rischia di rimanere piuttosto statico perché incentrato sulla sostanza vista principalmente come generatrice di patologia e tossicodipendenza a fronte di bisogni e domande molto diversificate, la cocaina ed alcool emblematici in questo senso*
- In mancanza di una evoluzione strategica e di una conseguente strategia di azione, il sistema di intervento preventivo, rdd e rdr, terapeutico e riabilitativo, assieme al corpus legislativo, rischiano di diventare anacronistici*
- Il fenomeno droga sta rapidamente cambiando perché il mondo si evolve rapidamente ed il mondo dell'alterazione del sé e dell'addiction ne è componente strutturale ( rimessa in discussione dei presupposti).*

# Quali gli elementi della riscrittura ....

- E' possibile pensare AL LAVORO SUI CONSUMI (dalla prevenzione, alla rdd, alla presa in carico e cura )come diversità di proposte sia nel modello organizzativo che nel tipo di rapporto con i consumatori ??? Dalla prossimità, presa in carico precoce, specializzazione dei servizi, aumento delle professionalità di cura, sommerso dei fenomeni senza fare i conti prioritariamente con una analisi dei fenomeni e delle domande e della capacità dei consumatori di saper gestire le varie fasi del consumo ?
- Quale è il nuovo ruolo relazionale e socio sanitario del nostro sistema di intervento e il ruolo sociale rispetto agli stili di vita di abuso e consumo possibile ?

# Oltre il giardino ....del mandato

- **sul piano del sociale** di un nuovo concetto di diritto di "cittadinanza", nel confronto aspro con il concetto di "compatibilità" dei consumi anche nella necessità di riscrivere un nuovo concetto di salute pubblica, dei gruppi, dei territori con un inasprimento delle sanzioni per migliorare obbligandolo l'aggancio delle persone ?  
**Nuova responsabilità sociale**
- **Sul piano sanitario** per la necessità di scrivere un diverso concetto di cura, con un diverso concetto di salute, presa in carico precoce e trattamento ( obiettivi di cura e di fase di cura, prese in carico brevi e ripetute, approcci di professionalità integrate ad approcci pedagogico educativi di lunga durata ?)
- La **stessa Comunità terapeutica** va riscritta tra mandati scritti sulla marginalità sociale ( non responder ) ed interrogati dal consumo "pseudo compatibile".

## Nuovi scenari tra bisogni e risposte

- Abuso di alcool a fronte di un sistema di trattamento molto rigido
- Le cocaine come scenario di un nuovo riferimento di bisogni e domande ( strumenti di diagnosi, sert e comunità per programmi necessariamente diversi)
- Dove abbiamo costruito risposte integrate e diverse siamo a più del 50% delle nuove utenze per cocaina..... sert e centri diurni, programmi brevi , obiettivi di fase diversificati
- Necessità di una standardizzazione dei programmi a fronte di sempre maggiori necessità di individualizzazione
- La necessità di intendere la prevenzione, l'aggancio, la cura ed il trattamento come un percorso non lineare ma frastagliato (chi la regia ? ) solo il medico o l'utente ?



# Cosa c'è la fuori ?

A fronte di un aumento di competenze evidente (sia nel pubblico che nel privato sociale accreditato ...) e percorsi condivisi e spesso integrati ..... come si stanno evolvendo le domande del sommerso ???

- La strada la marginalità e i rischi sommersi
- Il consumo giovanile e gli stili di vita che ci interrogano
- Il cambiamento delle offerte residenziali con una progettazione congiunta ?????
- La cronicità come rischio tra ambulatorio e comunità di "vita" .....

# E il sistema di intervento ..... sociale - sanitario ?

A fronte di una certa rigidità delle offerte trattamentali :

- nei tempi (almeno 6/12/18/30 mesi), (20 giorni, w.e.,)
- negli approcci standard comunitari (educativo o psicoterapeutico o farmacologico.... O pedagogico),
- nelle professionalità coinvolte ( operatore di comunità, maestro del lavoro, educatore, psicologo ...o psichiatra, infermiere )
- nelle impostazioni ( solo sistemico, solo cognitivo - comportamentale, solo gruppi .... )
- tra standard di accreditamento diversi ( 20 sistemi regionali diversi ) ed individualizzazione della cura

**come supportare strutturalmente la compatibilità di vita di moltissimi consumi ??? ( tra cronicità e compatibilità)**

# La comunità terapeutica ed i Sert nel 2013

- ✿ Ha ancora senso parlare di Comunità terapeutica e Sert intendendo in maniera esplicita una sola tipologia di servizi e con un unico corpo di concetti e metodologie ?
- ✿ Oppure le differenze creatasi su vari possibili parametri interpretativi sono talmente tante da sottintendere offerte ormai totalmente diverse tra loro ? Valore della differenziazione ... matching tra domande ed offerte
- ✿ Quali i parametri di possibile nuova classificazione dell'offerta terapeutica delle strutture residenziali ( tipologia di utenze, modello di accoglienza, obiettivi di cura .....)?
- ✿ Superamento delle ideologie fondative come elemento caratterizzante (tempi e moduli ) verso l'obiettivo di cura ?

# I termini di una criticità dell'aggiornamento nelle dipendenze

- Alcuni dei termini usati oggi nelle dipendenze sono quanto meno critici se riportati alle attuali situazioni dei fenomeni e dei servizi di trattamento..... **salvare, risolvere, doppia diagnosi.....**
- Lo stesso termine di **"ritenzione" in trattamento, guarigione o tempo standard della cura è quanto meno parziale** rispetto a:
- Differenziazioni **dei servizi e trattamenti** (almeno 15 possibili tipologie diverse di comunità) di accreditamento e finalità diversificate del lavoro terapeutico ambulatoriale
- **Tempi e tipologie di programma diversificati** ( 1 mese, 3 mesi, 18 mesi, 36 mesi, ad persona ) solo 10 regioni applicano Atto d'int.
- **Approccio di sistema per moduli di trattamento. bisogni e tempi diversificati di cura**

Distanza inconciliabile ? Tra servizi diversi e bisogni in evoluzione

## Criteria per la descrizione dei diversi profili di consumatori

**Caratteristiche neurobiologiche** (grado di vulnerabilità, temperamenti o tratti patologici, connessioni psichiatriche)

**Comportamenti di assunzione:** Saltuario, a spaccarsi, costante, da week end, dipendenza compatibile .....

**Caratteristiche sociali:** consumo individuale, coppia, gruppo

**Tipo di cocaina utilizzato** (cocaina, crack)

**Policonsumi tipo:** Alcol, Eroina, Ecstasy, Cannabis ..gioco

**Contesto abituale di assunzione:** Strada, Party, Lavoro

**Finalità di assunzione:** "divertimento", > performance,

Stabilizzatore dell'umore

**Vie di di assunzione:** Inalatoria, Respiratoria, Iniettiva

# CAMPIONE/contesti della normalità

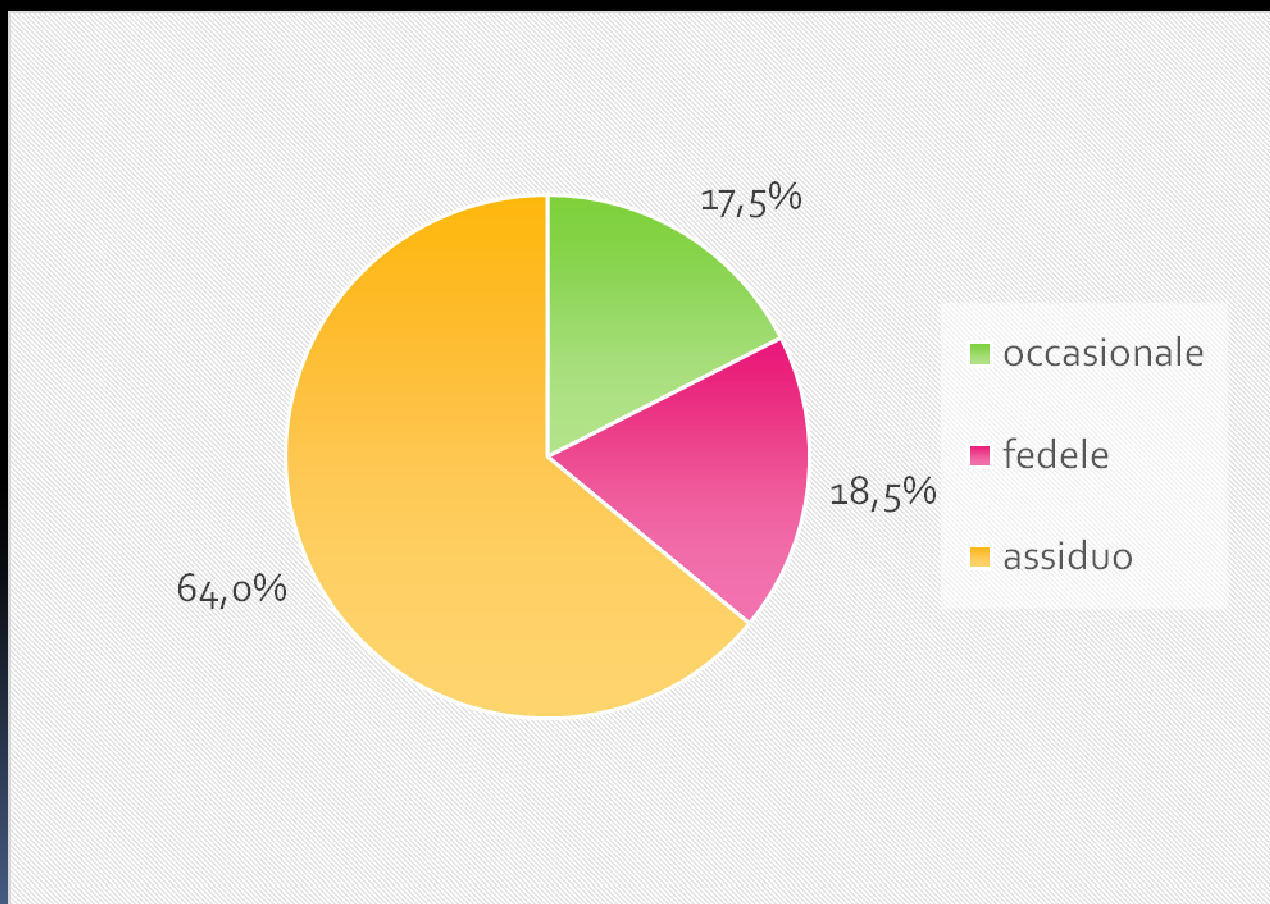
		Totale		Umg CO	Umg MB	Umg Mi	Umg Mi1	Umg Mi2	Umg SO	Um g VA
concerto	N	831	EQUIP E	118	222	196	32	0	110	153
	%	3,3%		3,3%	3,0%	4,5%	,9%	,0%	<b>9,7%</b>	7,2%
discoteca	N	9524		1708	1697	1611	1240	2786	32	450
	%	37,3%		<b>48,1%</b>	<b>23,1%</b>	<b>37,2%</b>	<b>33,9%</b>	<b>82,1%</b>	2,8%	<b>21,1%</b>
evento	N	5729		400	958	1496	1019	284	465	110
	%	22,4%		11,3%	13,0%	<b>34,6%</b>	<b>27,9%</b>	8,4%	<b>41,1%</b>	<b>52,0%</b>
pub	N	8338		1326	4345	767	1039	179	524	158
	%	32,7%		<b>37,3%</b>	<b>59,2%</b>	17,7%	<b>28,4%</b>	5,3%	<b>46,3%</b>	7,4%
rave	N	511		0	119	0	0	143	0	249
	%	2,0%		,0%	1,6%	,0%	,0%	4,2%	,0%	11,7%

# CAMPIONE/socioanagrafica

		N	%
sesso	maschio	16819	71,0%
	femmina	6861	29,0%
classi di età	14-17	1451	6,1%
	18-24	12236	51,7%
	25-34	8274	35,0%
	sopra 35	1698	7,2%
professione	Studente/ssa	12191	52,8%
	Lavoratore/trice	8130	35,2%
	Studente/ssa e lavoratore/trice	1573	6,8%
	Disoccupato/a	1216	5,3%

# PROFILI DI RISCHIO/prossimità al divertimento

**Negli ultimi 30 giorni, quante volte hai frequentato luoghi del divertimento (pub, disco, rave, concerti)?**



**Occasionale:** fino a 2-3 volte al mese

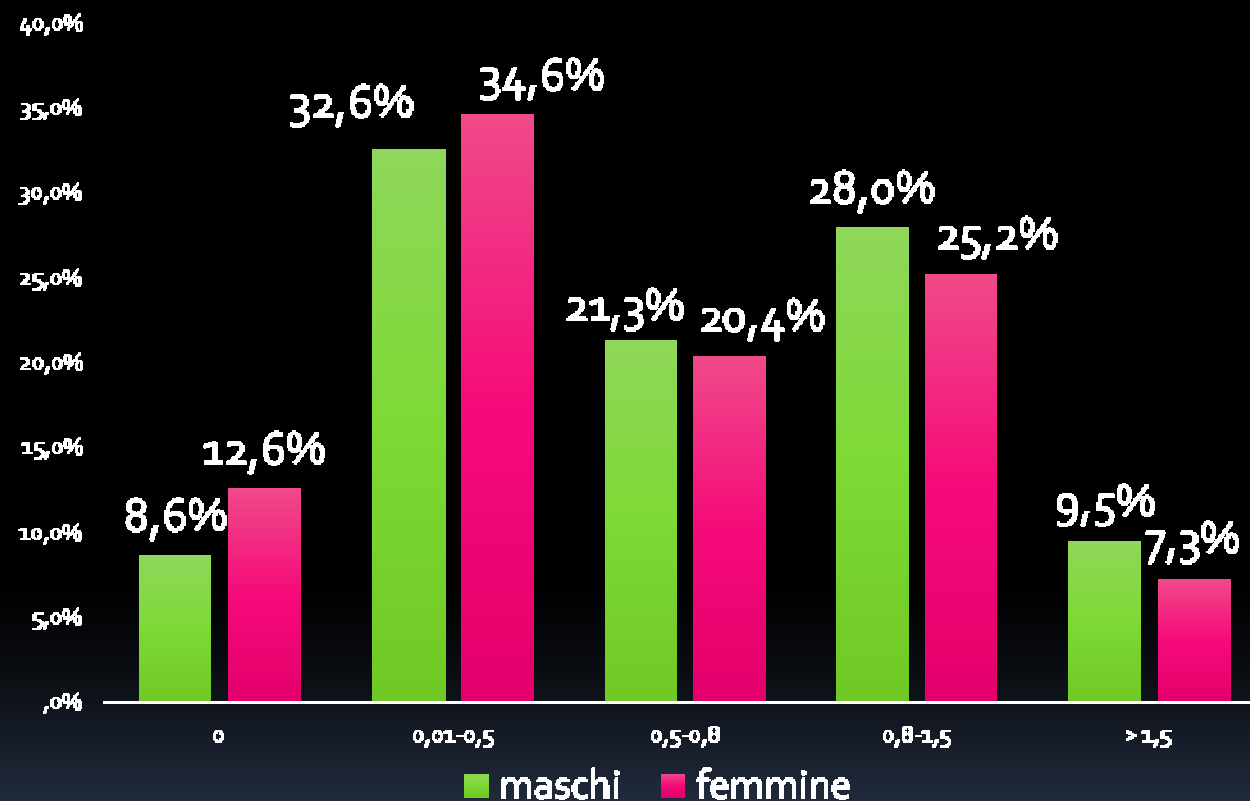
**Fedele:** 1 volta a settimana

**Assiduo:** da 2/3 volte a 4 o più volte a settimana



# ALCOL/classi di alcolemia

Classi di alcolemia	N	%
0	1614	9,6
0,01-0,5	5547	33,1
0,5-0,8	3538	21,1
0,8-1,5	4579	27,3
> 1,5	1503	9,0
Totale	16781	100,0



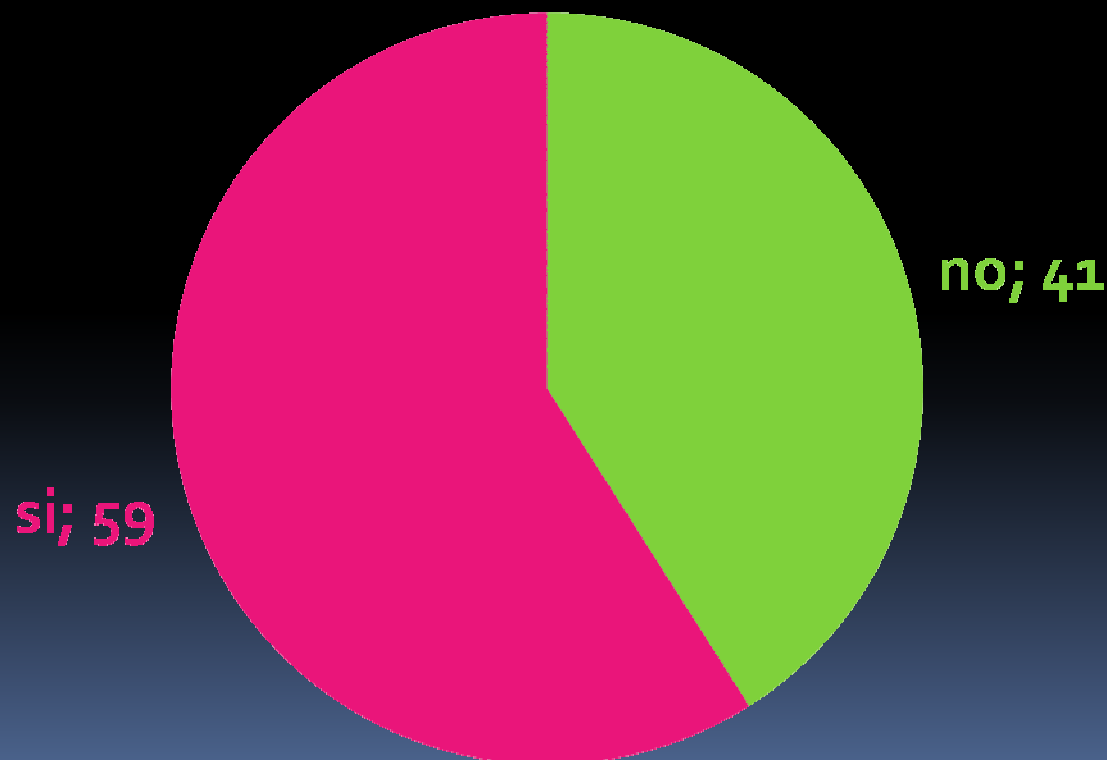
Nell'ASL Milano Due e a Sondrio è più facile incontrare soggetti con alcolemia nella classe più alta (uno su cinque a Sondrio).

# Alcol/binge drinking

**Nell'ultimo mese, quante volte hai bevuto più di 4 bevande alcoliche (5 se sei un maschio) in un'unica occasione?**

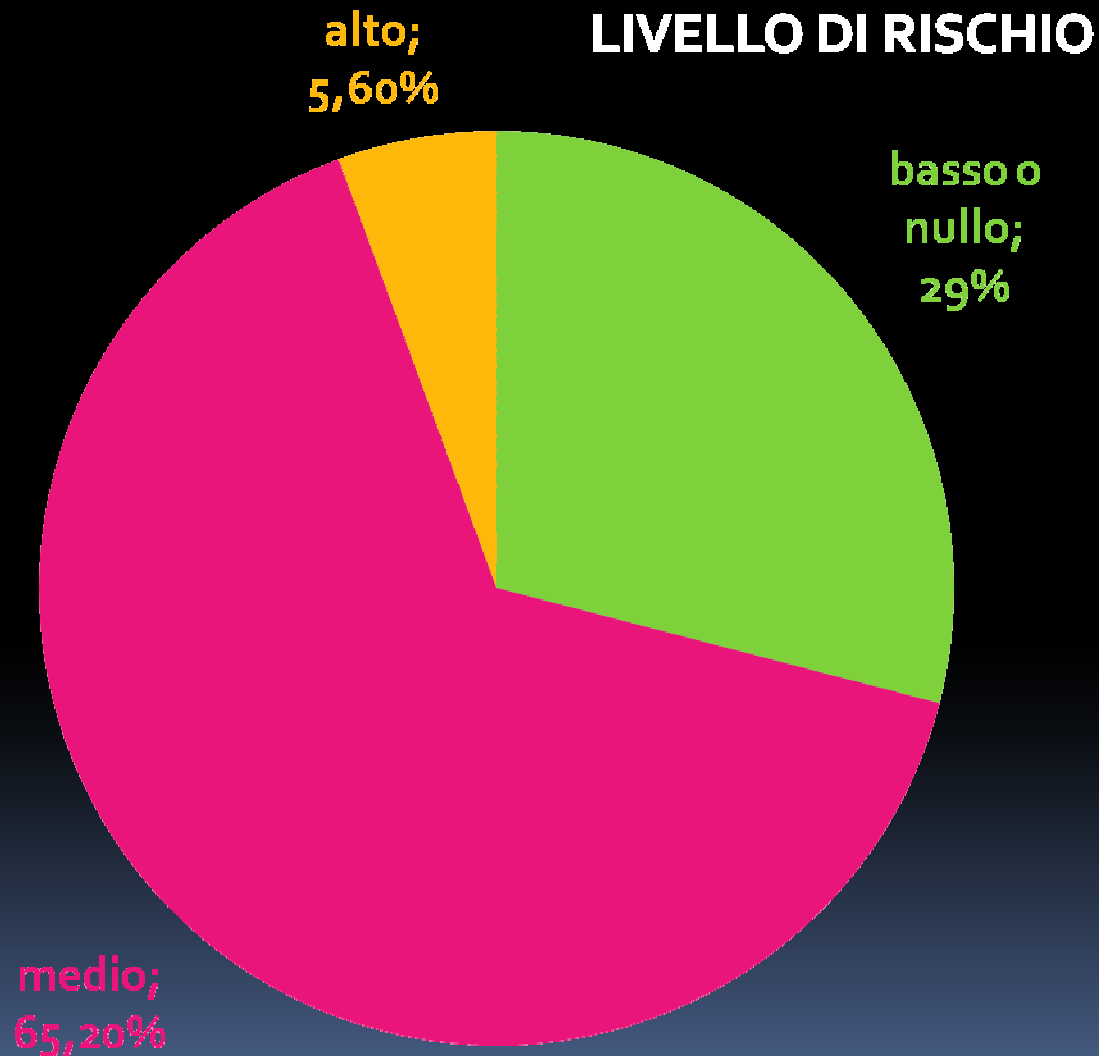
Scala Likert: da «mai» a «4 volte o più alla settimana».

## BINGE DRINKING



	N	%
UmgCO	1838	53,60%
UmgMB	4416	61,80%
UmgMi	2425	57,70%
UmgMi1	1583	51,80%
UmgMi2	2064	63,00%
UmgSO	897	79,30%
UmgVA	1104	57,30%

# Alcol/variabile «rischio alcol»



**Basso o nullo:** valore di alcolemia inferiore a 1,5 g/l e mai episodi di binge drinking nell'ultimo mese

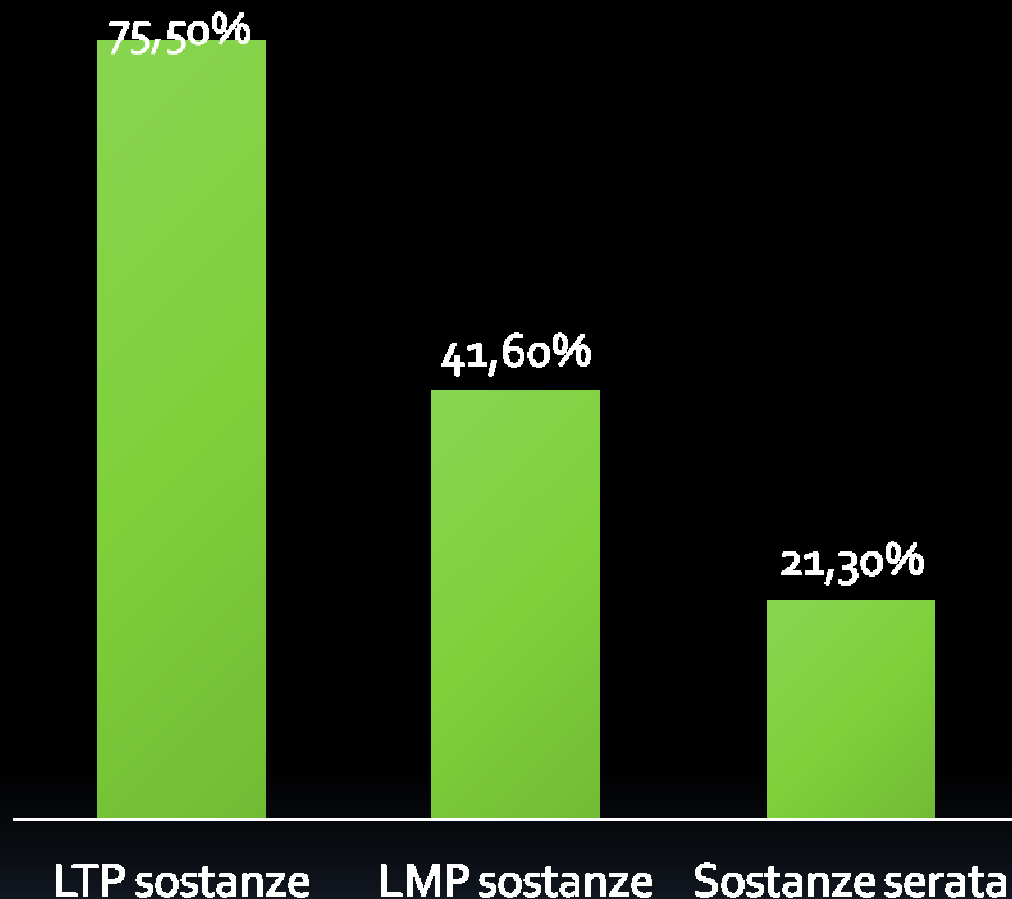
**Medio:** o valore di alcolemia superiore a 1,5 g/l o episodi di binge drinking

**Alto:** valore di alcolemia superiore a 1,5 g/l e episodi di binge drinking

A Sondrio il 20% circa ha un livello di rischio alto.

# Sostanze/prevalenze

		Frequenza	%
LTP sostanze	no	6048	24,5%
	si	18636	75,5%
LMP sostanze	no	14423	58,4%
	si	10261	41,6%
sostanze serata	no	19425	78,7%
	si	5259	21,3%



LTP: Prevalenza di consumo riferita a tutta la vita

LMP: Prevalenza di consumo riferita a ultimi 30 gg

# PRESTAZIONI

PRESTAZIONE	N	%	PRESTAZIONE	N	%
alcol test	16304	66,1%	generi palliativi	891	3,6%
preservativo	11268	45,6%	alcol test2	68	2,8%
materiali informativi sanitari su sostanze e alcol	6468	26,2%	8	8	0,1%
colloquio rischi alcol	6415	26,0%	kit inalatori	64	2,6%
colloquio rischi MTS	5483	22,2%	partecipazione a gruppi tematici	167	0,7%
materiali informativi MTS	4983	20,2%	consulenze e prestazioni infermieristiche	13	0,1%
materiali informativi legali	4931	20,0%	narcotest	3	0,0%
orientamento ai servizi	4132	16,7%	guidatore designato	0	0,0%
colloquio rischi sostanze	3064	12,4%			
etilometro monouso	1836	7,4%			

## Perché diventa importante un approccio di responsabilità e aumento di competenze

- Nuovi approcci di lettura ..... gestione del possibile consumo compatibile ... ricaduta
- Nuovi modelli di lavoro prima ...durante .... Dopo progettazione di fase individualizzata
- Diverso ruolo degli utenti e dei consumatori
  - nella prevenzione ( Life skills, peer education,)
  - nella rdd e rdr,
  - nell'approccio dei servizi ambulatoriali e residenziali ( presa in carico/relazionale precoce, counseling/tutiring e mentoring, ascolto, responsabilità, nella definizione della cura sui tempi, modelli, strumenti, responsabilità e risultati) rtdcaduta ...riuso ...controllo dei consumi
  - Nel post nella ripresa di contatto e della ripresa in carico, nell'accompagnamento pensiamo alle misure alternative.
- Ridefinizione del senso dei consumi e dei contatti legge

