

DIPARTIMENTO delle DIPENDENZE
(Direttore Dr. Vincenzo Marino)
Via O. Rossi, 9 21100 Varese - tel. 0332 277359 fax. 0332 277437

**“DOCUMENTO DI PROGRAMMAZIONE
TERRITORIALE DELLE ATTIVITA' PROGETTUALI”
FINANZIATE SUL F.N.P.S. ANNO 2004**

**Sezione: “Interventi per la lotta alla droga”
(D.P.R. 309/90 – L.45/99)**

**”DOCUMENTO DI PROGRAMMAZIONE TERRITORIALE DELLE ATTIVITA’
PROGETTUALI” FINANZIATE SUL F.N.P.S. ANNO 2004 - Sezione: “Interventi per
la lotta alla droga” (D.P.R. 309/90 – L.45/99)..... 5**

Introduzione	5
Premessa	7

1) AREA PREVENZIONE

Analisi dei bisogni e delle linee di tendenza evolutiva dei fenomeni e degli interventi.....	8
a) Sintetica illustrazione dell’evoluzione degli interventi nell’area della prevenzione	8
b) Evoluzione dei bisogni.....	9
Dati ricavabili dalle progettualità già approvate nel quinquennio trascorso.....	13
Indicazioni metodologiche e priorità di intervento	23

2) AREA DEL TRATTAMENTO E DELLA RIDUZIONE DEL DANNO

Analisi dei bisogni e delle linee di tendenza evolutiva dei fenomeni e degli interventi.....	25
a) Sintetica illustrazione dell’evoluzione degli interventi nell’area del Trattamento/Riduzione del danno	25
b) Evoluzione dei bisogni.....	30
Analisi epidemiologica dei dati relativi all’utenza in carico ai Ser.T. del Dipartimento delle Dipendenze.	30
Dati ricavabili dalle progettualità già approvate nel quinquennio trascorso	34
Dati emersi dall’operatività di alcuni Progetti contenuti nel Piano Territoriale Triennale precedente	36
Indicazioni metodologiche e priorità di intervento	36

3) AREA REINSERIMENTO SOCIALE

Analisi dei bisogni e delle linee di tendenza evolutiva dei fenomeni e degli interventi.....	38
a) Sintetica illustrazione dell’evoluzione degli interventi nell’area del reinserimento	38
b) Evoluzione dei bisogni.....	40
Dati ricavabili dalle progettualità già approvate nel quinquennio trascorso	42
Indicazioni metodologiche e priorità di intervento	49

CRITERI TERRITORIALI PER LA PROGETTAZIONE 51

Criteri generali per la progettazione (validi per tutte le tre aree di intervento)	51
Criteri Specifici Per La Progettazione Relativa Alle Singole Aree Di Intervento	52
1) Area della PREVENZIONE	52
2) Area del TRATTAMENTO/RIDUZIONE DEL DANNO.....	53
3) Area del REINSERIMENTO.....	53
Criteri di ripartizione delle risorse economico-finanziarie.....	53

DIPARTIMENTO delle DIPENDENZE

(Direttore Dr. Vincenzo Marino)
Via O. Rossi, 9 21100 Varese - tel. 0332 277359 fax. 0332 277437

“DOCUMENTO DI PROGRAMMAZIONE TERRITORIALE DELLE ATTIVITA' PROGETTUALI” FINANZIATE SUL F.N.P.S. ANNO 2004

Sezione: “Interventi per la lotta alla droga” (D.P.R. 309/90 – L.45/99)

INTRODUZIONE

I provvedimenti regionali attuativi della vigente normativa relativa all'utilizzo delle risorse del F.N.P.S. individuano nel Documento di Programmazione Territoriale delle Attività Progettuali (D.P.T.A.P.) lo strumento idoneo, nelle mani della comunità locale, per leggere, valutare, programmare e guidare il proprio sviluppo progettuale anche nell'ambito degli “interventi per la lotta alla droga”, alla luce degli obiettivi già definiti e del complesso degli interventi già realizzati.

Sul piano organizzativo e procedurale la normativa regionale pone l'accento su alcuni elementi più significativi di cui tener conto nella programmazione degli interventi progettuali “per la lotta alla droga”:

- l'intervento nel campo delle dipendenze, a fronte di una utenza estremamente diversificata per età, struttura di personalità, tipo di sostanza utilizzata, modalità di uso/abuso, ecc., presuppone l'erogazione di prestazioni altrettanto diversificate, di carattere intensivo, estensivo e di lungo assistenza realizzate attraverso modalità che spaziano dalla prevenzione all'intervento diretto e al reinserimento attraverso programmi e interventi che vedano coinvolti in un continuum più soggetti collaboranti;
- esiste la necessità di una regia programmatica e di una adeguata integrazione a livello Dipartimentale delle singole azioni progettuali poste in essere dai diversi soggetti abilitati alla presentazione di progetti da finanziare con le risorse del F.N.P.S. ;
- viene ribadito il ruolo del “Coordinamento Territoriale”, articolazione del Comitato di Dipartimento Dipendenze, individuato quale organismo a carattere consultivo per l'indirizzo e la pianificazione territoriale del complesso degli interventi progettuali con compiti di analisi dei bisogni, individuazione delle priorità generali nonché di armonizzazione delle iniziative e miglioramento dell'efficacia degli interventi in un ottica di integrazione;

- viene confermata l'importanza dell'Osservatorio Territoriale Dipendenze nell'ambito del sistema di sperimentazione regionale a supporto dell'attività di programmazione.

La recente D.G.R. n. VII/19977 del 23 dicembre 2004, avente ad oggetto *“Ripartizione delle risorse del Fondo Nazionale per le Politiche Sociali...(omissis)... anno 2004”* precisa inoltre, distintamente per le aree della prevenzione, della riduzione del danno/trattamento e del reinserimento, gli obiettivi strategici e le priorità generali e gli indirizzi individuati dal competente organo regionale per orientare la programmazione territoriale di settore.

All'interno del contesto normativo evidenziato ed in conformità alle direttive regionali, la presente sezione del D.P.D.A.T. (relativa agli interventi progettuali per la lotta alla droga afferenti al F.N.P.S. – anno 2004 – da finanziare sul territorio della provincia di Varese), sulla scorta:

- dei dati territoriali disponibili nonché di quelli attivamente raccolti dall'Osservatorio del Dipartimento Dipendenze della ASL di Varese;
- dei contributi forniti dal “Coordinamento Territoriale” all'uopo attivato dal Direttore del Dipartimento Dipendenze e dagli ambiti distrettuali dei Comuni associati;

e distintamente per ciascuna delle tre aree d'intervento individuate dalla regione Lombardia (prevenzione, riduzione del danno/trattamento e reinserimento) procede a:

- 1) esaminare i bisogni e le linee di tendenza evolutiva dei fenomeni e delle modalità d'intervento rilevati dall'Osservatorio Dipendenze (in collaborazione con il Coordinamento Territoriale e le diverse componenti del Sistema d'Intervento) sul territorio della provincia di Varese, interpretati nel contesto del più generale scenario Europeo, Nazionale e Regionale;
- 2) analizzare i dati ricavabili dalle progettualità già approvate nelle precedenti annualità integrati, secondo necessità, da dati provenienti dal più generale sistema d'intervento provinciale sulle dipendenze;
- 3) definire obiettivi e criteri di priorità del processo di progettazione in argomento anche alla luce delle indicazioni metodologiche desumibili dall'evoluzione delle acquisizioni della letteratura scientifica di settore;
- 4) individuare le quote di budget da destinare alle diverse aree d'intervento.

PREMESSA

Una buona azione programmatoria deve necessariamente prevedere una raccolta di informazioni che possa poi permettere di progettare le conseguenti azioni sulla base di dati stabilizzati.

Le molteplici attività svolte all'interno del Dipartimento delle Dipendenze hanno consentito di raccogliere negli anni una quantità di dati e informazioni che tuttavia non sempre, anche per le diverse modalità di rilevazione, era stato possibile in passato integrare e rendere fruibile a fini programmatori.

La progressiva implementazione dell'**Osservatorio delle Dipendenze della Provincia di Varese** ha consentito in questa fase di poter disporre di un primo report riassuntivo non soltanto dei dati raccolti dai Servizi territoriali Dipendenze "pubblici" ma anche di quelli in possesso di altri soggetti territoriali operanti in provincia di Varese che risulta disponibile per la programmazione delle attività delle diverse Agenzie territoriali, degli operatori pubblici e privati, dei soggetti con responsabilità di tipo educativo e di pubblica amministrazione e, in generale, anche per la corretta informazione della cittadinanza nel suo insieme.

E' inoltre in fase di avanzata preparazione il "Secondo report annuale delle Dipendenze" relativo all'anno 2004 che, una volta ultimato, sarà tempestivamente diffuso attraverso il sito dell'Azienda Sanitaria Locale di Varese www.asl.varese.it (area Dipartimento Dipendenze – Osservatorio Dipendenze).

Risulta infine ormai ultimato il primo studio sull'analisi delle caratteristiche quanti-qualitative dei Servizi privati accreditati residenziali e semiresidenziali (Comunità Terapeutiche) presenti nella provincia di Varese, prodotto dall'Osservatorio del Dipartimento delle Dipendenze in stretta collaborazione con gli stessi Servizi Privati Territoriali.

Tutti questi dati raccolti sono stati trattati, sistematizzati, interpretati e dotati di senso: cioè trasformati, per quanto possibile, in informazioni obiettive ed affidabili sull'andamento dei fenomeni osservati.

Di seguito vengono riportate, suddivise per ciascuna delle aree d'intervento individuate dalla regione Lombardia (prevenzione, riduzione del danno/trattamento e reinserimento):

- l'analisi dei bisogni e delle linee di tendenza evolutiva dei fenomeni e delle tecniche di intervento,
- l'analisi dei dati ricavabili dalle progettualità già approvate nelle precedenti annualità integrati, secondo necessità, da dati provenienti dal più generale sistema d'intervento provinciale sulle dipendenze;
- gli obiettivi e le priorità di intervento individuate.

1) AREA PREVENZIONE

Analisi dei bisogni e delle linee di tendenza evolutiva dei fenomeni e degli interventi

a) Sintetica illustrazione dell'evoluzione degli interventi nell'area della prevenzione

In termini generali la prevenzione ha come oggetto il miglioramento della salute sia a livello fisico, che psichico, che sociale.

Per molto tempo la classificazione più utilizzata delle aree di intervento preventivo, distingueva fra interventi di:

- *Prevenzione Primaria* (costituita dall'insieme degli interventi da attuare prima che della comparsa della malattia/disturbo, rompendo la rete di relazioni casuali alla base della patologia);
- *Prevenzione Secondaria* (coincidente sostanzialmente con la diagnosi precoce di un processo patologico o di un problema di salute in corso di sviluppo ma che non presenta ancora manifestazioni);
- *Prevenzione Terziaria* (coincidente con la prevenzione della recidiva di una malattia/problematica o la limitazione delle conseguenze o dei sintomi residui di una patologia clinicamente manifesta o di un problema di comportamento).

Attualmente tuttavia è in corso in Europa una revisione dei sistemi di classificazione, in funzione dell'adozione di criteri più pragmatici e funzionali alla definizione di progetti d'intervento, che si basa su una diversa "focalizzazione" dei target degli interventi di prevenzione. Tale classificazione propone una distinzione fra:

- *approcci universali* (ovvero quegli interventi considerati "desiderabili" per l'intera popolazione);
- *approcci selettivi*, rivolti a sottogruppi di popolazione il cui rischio di sviluppare un qualsiasi disturbo risulta significativamente maggiore rispetto alla media,
- *approcci mirati*, applicabili cioè ad individui identificati come portatrici di chiari segni o sintomi prodromici, tali da doverli considerare vulnerabili e ad alto rischio.

Gli approcci Universali: questa "famiglia di politiche" è volta a ridurre l'incidenza di un disturbo ancora in forma latente, agendo sulla popolazione "sana" per prevenire l'insorgenza di nuovi casi clinici. L'esempio tipico – costituito dagli interventi formativi in ambito scolastico – ha messo in luce in Europa la possibilità di tre strategie di azione, differenti per scala di progetto:

- dall'inclusione della prevenzione nella programmazione nazionale,
- alla formazione esclusiva degli insegnanti come veicolatori del messaggio
- fino alla costituzione di "reti di scuole" che promuovano la salute con un programma comune.

L'ambito scolastico costituisce un'area di notevole interesse per gli interventi preventivi in quanto gode di una levata concentrazione di giovani e di educatori. Secondo l'O.E.D.T. "la maggior parte dei programmi di prevenzione della droga deve

avere l'obiettivo di evitare o di ritardare l'assunzione di stupefacenti e la tossicodipendenza, a partire dall'ambito scolastico tradizionale. È necessario distinguere tra programmi di prevenzione specifici al di fuori dei curricula scolastici e attività preventive integrate nei programmi scolastici. La prevenzione nella scuola non dovrebbe focalizzarsi esclusivamente sul problema droga, ma al contrario comprendere anche aspetti di carattere personale e sociale, anche attraverso il coinvolgimento delle famiglie degli alunni."

La prevenzione nelle scuole risulta indicata come priorità politica nella maggior parte dei Paesi europei, ma molti di questi continuano ad utilizzare metodi e strumenti la cui efficacia non risulta dimostrata, senza documentare monitoraggio e valutazione degli effetti degli interventi. A riguardo, l'Osservatorio di Lisbona segnala il fatto che interventi preventivi universali dimostratisi efficaci nell'ottica preventiva sono, ad esempio: l'insegnamento interattivo, gli interventi che pongano l'accento sulle capacità personali (Life Skills) e sociali (Social Skills), mentre sono risultati addirittura controproducenti gli interventi informativi brevi, sporadici o "moralistici". Indicazioni in tal senso giungono anche dalle valutazioni di alcuni interventi informativi svolti negli anni passati in provincia di Varese.

Osservando l'evoluzione europea degli interventi di prevenzione universale al di fuori dell'ambiente scolastico, si nota come tende a raggiungere i giovani in tre modi principali: proponendo attività ludiche, lavorative, creative o di avventura nel tempo libero (Grecia, Spagna, Lettonia, Lussemburgo, Regno Unito), facendo leva sullo sport, per impegnare i giovani in norme, comportamenti ed atteggiamenti che proteggono l'individuo attraverso il gruppo (Germania, Italia e Finlandia), oppure facendo ricorso a tecniche di prima assistenza (Danimarca, Austria, Portogallo, Norvegia).

Gli approcci di tipo Selettivo e Mirato: questi altri due approcci preventivi agiscono invece sui gruppi o sugli individui considerati "a rischio" e si propongono di individuare con un certo anticipo i casi critici, fornendo le ipotesi di trattamenti ad uno stadio precoce o latente dello sviluppo del disturbo. Camper itineranti, progetti nei locali notturni, programmi dedicati a giovani che vivono in aree socialmente svantaggiate sono i servizi di recente creazione ad oggi più diffusi nei Paesi dell'Unione Europea.

b) Evoluzione dei bisogni

L'Osservatorio Europeo e quello Italiano, sulla base di strumenti di rilevazione ormai consolidati e di indicatori condivisi, segnalano alcune dinamiche precise rispetto al consumo di sostanze nella popolazione.

Sulla **cannabis** mancano studi nazionali per tracciare serie storiche, ma una buona fonte sono le diverse indagini nazionali e locali, soprattutto nelle scuole e fra i militari. Il dato di sintesi è:

- il consumo di cannabis, occasionale e ricreativo, risulta nettamente aumentato in tutti i paesi, a partire dagli anni '90, in particolare fra i giovani; anche in Italia, dove risulta la sostanza più consumata e in aumento in qualunque fascia d'età;
- la prevalenza in vita nella popolazione adulta oscilla fra il 5% e il 30% e tocca il picco nella fascia 20-30 anni, soprattutto maschile; in Italia il tasso medio è del 22,4%, ma tocca il 40% della componente maschile nella fascia 25-34 anni, mentre fra le donne è fra i 15 e i 24 anni che si registra il picco più alto;

- il consumo tende però ad essere occasionale o a interrompersi: in Europa su 100 che la provano, solo 20-40 lo hanno fatto anche nell'ultimo anno, e 1-10 nell'ultimo mese; in Italia i maschi 15-24enni passa da un tasso del 40% in vita ad una prevalenza nell'anno del 18% ad una del 12% nell'ultimo mese;
- sono le giovani donne in Italia a far segnare le dinamiche di crescita più forti, la prevalenza nell'anno delle 15-24enni raggiunge il 15,1% nel 2003 contro l'8,7% di 2 anni prima;
- il consumo massiccio sembra riguardare soprattutto la componente maschile ed è stimata in una percentuale della popolazione scolastica compresa fra l'1% e il 10% dipendentemente dai paesi; in Italia il consumo intensivo nella popolazione scolastica (maschile, assai meno in quella femminile) cresce al crescere dell'età e fra i 19enni sono il 30% ad averla provata almeno 5 volte nell'ultimo anno.

In merito al consumo di **cocaina** le poche indagini nazionali sulla popolazione generale adulta rilevano che:

- è in aumento il consumo nella popolazione di quasi tutti i paesi, lo è certamente la domanda di trattamento nei vari servizi, risulta in crescita secondo alcune indagini nella popolazione scolastica;
- nella popolazione generale il consumo tende però ad interrompersi dopo un periodo di sperimentazione in età giovanile o ad avere carattere occasionale, ricreativo;
- in Europa una quota compresa fra lo 0,5% e il 6% dichiara di averla provata almeno una volta, meno dell'1% di averlo fatto nell'ultimo anno; l'Italia è dopo la Spagna e il Regno Unito paese di forti consumi, la prevalenza in vita ammonta al 4,6%, la dinamica è la più significativa registrata fra le varie sostanze, la fascia di età più interessata è quella fra i 25 e i 34 anni, sia per le donne che per gli uomini;
- valori considerevolmente più elevati si hanno considerando solo i maschi fra i 15 e i 24 anni (prevalenza nell'anno compresa nei diversi paesi fra il 5% e il 13%, nel mese fino a punte del 7%), i residenti delle aree urbane, i frequentatori di discoteche (fra i quali si è registrato una prevalenza in vita compresa fra il 40 e il 60%); in Italia la prevalenza nell'ultimo anno vale 1,6% fra i maschi e lo 0,9% fra le donne, ma vale il doppio per entrambi fino ai 34 anni; la prevalenza nell'ultimo mese vale l'1% circa per le donne nella fascia 15-24 anni e il 2% per gli uomini coetanei, meno nelle altre fasce;
- l'indagine epidemiologica coordinata dall'ASL città di Milano a cavallo fra il 2003 e il 2004 ha permesso di stimare che la cocaina sia esperienza di vita di 120.000 persone (il 14% dei residenti a Milano in età adulta), un consumo dell'anno passato per 35.000 (poco più del 4%), una dipendenza per 15.000 (l'1,4%).

L'indagine comparata ESPAD sulla popolazione scolastica colloca **l'eroina** in come terza sostanza per diffusione in Italia, con valori assai vicini a quelli registrati dall'ecstasy. E sull'eroina le équipes europee hanno messo a punto complessi metodi di stima per valutarne la prevalenza sulla popolazione aperta. In sintesi:

- il consumo di eroina risulta in Italia cresciuto costantemente fino al 1990, è diminuito nei 5-6 anni successivi e da allora è stabile se non leggermente in crescita;
- la prevalenza nazionale sulla popolazione adulta è oggi stimata fra lo 0,9% e lo 0,7%, l'incidenza (nuovi consumatori) nazionale è invece dello 0,8%, la

prevalenza nell'ultimo anno fra i 15-19 enni in Italia è del 2,7% (3,5% nella componente maschile, 2% in quella femminile);

- le disaggregazioni compiute su scala regionale delle stime hanno permesso di rilevare come la Lombardia assieme alla Liguria sia la regione che ha dovuto affrontare di recente una nuova fase epidemica, raggiungendo nel 2001-2002 il dato di picco di 10 consumatori ogni 10.000 residenti.

Le indagini nazionali sul consumo di **ecstasy** e di **anfetamine** compongono un quadro più rassicurante rispetto a quanto emergeva a metà degli anni '90:

- la loro diffusione dopo il 2000 è divenuta generalmente stabile o in diminuzione in tutti i paesi, e in Italia relativamente meno significativa che altrove;
- la prevalenza una tantum sulla popolazione generale adulta si attesterebbe nei paesi europei compresa fra lo 0,5% e il 6%, quello nell'ultimo anno generalmente inferiore, in Italia compresa fra lo 0,1% e lo 0,2%, nelle fasce di età interessate (quelle fra i 15 e i 34 anni): appare evidente che si tratta di sostanze fortemente "situazionali", il cui consumo è circoscritto alla situazione ricreativa e a chi vi partecipa, e come tale ideale per campagne di prevenzione selettiva.

Nell'ambito della provincia di Varese, i dati raccolti dall'**Osservatorio del Dipartimento delle Dipendenze** e quelli derivanti dall'analisi dei percorsi progettuali licenziati dal Piano Territoriale Triennale 1997/1999, 2000/2001 e 2002 evidenziano in particolare un abbassamento dell'età in cui inizia l'utilizzo di sostanze sia lecite (come alcol e tabacco) sia illecite (soprattutto in riferimento alla cocaina, alle nuove sostanze come l'ecstasy o a quelle più consolidate come la cannabis). Inoltre emerge che:

- l'età mediana dei consumatori si è abbassata attorno ai 18-20 anni con una prevalenza dei maschi sulle femmine, il livello culturale della famiglia di origine è sostanzialmente medio;
- la vita relazionale si svolge prevalentemente all'interno di un sistema di gruppi di pari conosciute per lo più nei luoghi classici dell'aggregazione giovanile;
- molti degli intervistati dichiarano un discreto livello di soddisfazione nei termini di una normalità di vita, senza ansia dichiarata di cambiamento o di trasformazione notevole;
- la mancanza di luoghi deputati allo spaccio, in particolar modo in riferimento alle nuove sostanze e una "normalizzazione" dello spaccio e del consumo sempre più localizzati in luoghi e tempi della quotidianità aggregativa e meno connotati dalla trasgressione grave o deviata;
- le sostanze usate più frequentemente sono hashish e marijuana, unitamente ad alcolici e super alcolici e cocaina, sostanze che rientrano in una modalità di divertimento radicato nell'immaginario della cultura giovanile;
- relativamente all'ecstasy l'età media di prima assunzione presenta due picchi: un terzo fra i 15 e i 18 anni e un circa il 40 % fra i 19 e i 25 anni;
- il luogo della prima assunzione è per il 50% circa la discoteca seguita da feste private, piazza e strada.

La situazione del consumo di sostanze tra gli **adolescenti delle Scuole Superiori** della Provincia di Varese che emerge dalla ricerca condotta dal Dipartimento delle

Dipendenze su un campione di oltre 2000 studenti (per la prima volta nel 1999, ripetuta nel 2002 ed in corso per l'anno 2005) sui "Comportamenti e stili di vita degli adolescenti italiani" è la seguente:

- l'87,5% dei ragazzi e il 74,6% delle ragazze delle scuole superiori dichiara di aver sperimentato l'uso di **alcool**, percentuali che superano significativamente il dato italiano medio complessivo; il primo contatto avviene per quasi il 23% del campione prima dei 13 anni, per il 35% a 13 o 14 anni e per il 20,5% a 15 o 16 anni, con i maschi più precoci delle ragazze; nell'ultimo mese il 71,9% dei maschi della Provincia e il 51% delle femmine dichiara di aver assunto bevande alcoliche. E comunque la percentuale dei consumatori aumenta al crescere dell'età.
- Si sottolinea inoltre che almeno una volta nell'ultimo mese oltre il 38% dei ragazzi e il 26,9% delle ragazze dichiara di aver viaggiato su un veicolo condotto da qualcuno che aveva consumato bevande alcoliche prima di mettersi alla guida, in linea con i dati del 1999. Si tratta comunque di percentuali che per i maschi superano il valore nazionale nel 2001 di quasi 10 punti percentuali.
- Affermano di non aver mai provato **marijuana o hashish** il 52,4% dei maschi e il 72,9% delle ragazze, dato che complessivamente decresce dalle classi prime alle classi quinte dall'80,5% al 47,3% e che è abbastanza in linea con altri studi come la recente ricerca condotta dall'Università Vita-Salute dell'Ospedale "San Raffaele" (2002) in 15 scuole superiori del Comune di Milano. Questo significa che ha invece sperimentato l'uso di derivati della canapa il 37,3% del campione, a fronte di un 22,6% a livello nazionale¹.
- Il confronto dei dati 2002 con quelli della medesima ricerca effettuata sul territorio provinciale nel 1999 mostra un aumento della sperimentazione di cannabinoidi tra i maschi, che si accompagna ad un lieve decremento tra le femmine (dal 12,5% al 10,5%). I cannabinoidi vengono sperimentati prevalentemente tra i 13 e i 16 anni (oltre l'83% di coloro che li hanno provati è collocato in questa fascia d'età), prima nel 6% dei casi. Ha usato frequentemente la marijuana (20 volte o più nella vita) il 15% circa del campione, con i che maschi si collocano nettamente sopra la media, con il 21,8%, ed una quota pari a quasi il 17% che l'ha usata 40 volte e oltre; il consumo assiduo di cannabis in Provincia di Varese aumenta al crescere dell'età. E' il 28,5% dei maschi, contro il 29,7% nel 1999 e l'11,9% delle femmine (con una diminuzione di quasi 10 punti percentuali rispetto alla passata rilevazione), ad averne fatto uso nell'ultimo mese, quotidianamente solo nel 5,4% e nell'1% dei casi rispettivamente. Il picco del consumo quotidiano si riscontra tra gli studenti del terzo anno, per poi decrescere leggermente il quarto e il quinto.
- Dichiara di aver provato almeno una volta nella vita la **cocaina** l'8% circa del campione (il 10,9% dei maschi e il 5% delle femmine), quota superiore al dato italiano (3% e 1,8% rispettivamente) e che, in oltre il 60% dei casi, dichiara un consumo ripetuto. La probabilità di contatto diretto cresce all'aumentare dell'età, toccando il 14,5% nelle ultime classi. L'uso negli ultimi trenta giorni coinvolge il 5,3% dei maschi e il 2,2% delle ragazze, quote in diminuzione rispetto al dato del 1999, ma ancora una volta più elevate dei dati nazionali.

¹ Il dato IPSAD italiano riguarda in questo caso tuttavia i giovani fino a 24 anni (non il fino a 19 anni, come il dato della Provincia di Varese), quindi il paragone è da ritenersi solo indicativo.

Il “mercato locale”, letto dal punto di vista dei dati di sequestro delle sostanze (Polizia di Stato), evidenzia inoltre i seguenti “trend”:

- un incremento molto forte della presenza di cocaina nello spaccio divenuta la prima sostanza sequestrata in provincia di Varese;
- una riduzione dei sequestri di eroina;
- una riduzione dei sequestri relativi anche ai cannabinoidi.

Questi dati risultano coerenti con i dati relativi agli utenti presi in carico dai servizi ambulatoriali di cura (Ser.T.) seppur con ordini di grandezza inferiori rispetto alle dinamiche che i sequestri potrebbero implicare. .

Dalle progettualità realizzate dai **Comuni** emergono le seguenti informazioni di tipo qualitativo:

- la necessità di intervenire a supporto della relazione adulto-giovane al fine di affrontare le difficoltà relazionali evidenziate negli interventi di educativa di strada;
- il bisogno di realizzare interventi nei luoghi di aggregazione informale dei giovani: le piazze, i centri commerciali, le stazioni ferroviarie (luoghi in cui vi è una prossimità con le sostanze stupefacenti);
- la percezione di una consistente presenza del consumo e uso di sostanze stupefacenti legali ed illegali nella popolazione giovanile contattata dalle progettualità finanziate;
- una domanda latente di "ascolto/orientamento" proveniente dai giovani e dagli adulti;
- la necessità di intervenire in alcuni quartieri cittadini multiproblematici per rispondere ad un bisogno di accompagnamento educativo flessibile ma permanente anche se specificatamente orientato alla prevenzione specifica.

Dati ricavabili dalle progettualità già approvate nel quinquennio trascorso

Il sistema di contrasto delle dipendenze ha operato negli scorsi anni anche attraverso specifiche attività progettuali garantite negli anni dal Fondo Nazionale Lotta alla Droga le tabelle che seguono quanto realizzato in nell’area della prevenzione dei comportamenti di uso/abuso delle sostanze:

Progetti del Triennio 1997-1998-1999

DENOMINAZIONE ENTE	TITOLO PROGETTO	TARGET PRIMARIO
Gruppo Alice	Prevenire è educare	Studenti / Giovani
Comune di Azzate	Rag-azzate	Giovani di gruppi informali
Provincia di Varese	Osservatorio della condizione giovanile -	Operatori del servizio
Comune di Fagnano Olona	Agenzia Giovani	Giovani di gruppi formali
Comune di Gallarate	Lilliput 2	Studenti / Giovani
Comune di Germignana	Stand - by - me (stammi vicino)	Studenti / Giovani
Centro Allodola	Giovani, territorio e nuove droghe - 2	Giovani di gruppi informali
Comunità Marco Riva	Scuola Incontro	Studenti / Giovani
Associazione L'Albero	Gio.Vi.	Studenti / Giovani
Comune di Besozzo	Giovani oggi, adulti domani, per una migliore qualità della vita	Giovani di gruppi formali
Comune di Vedano Olona	Partners per il cambiamento	Studenti / Giovani
Comune di Sesto Calende	Per la promozione del benessere dei giovani -	Giovani di gruppi informali

Comune di Varese	2000 Strade	Studenti / Giovani
Comune di Viggiù	Giovani "Territori integrati" -	Studenti / Giovani
Comune di Somma Lombardo	Network: il territorio verso i giovani. -	Studenti / Giovani
Fondazione Exodus	Equipaggio	Studenti / Giovani
Fondazione Exodus	Master Educatori	Operatori Grezzi

Progetti del Biennio 2000-2001

DENOMINAZIONE ENTE	TITOLO PROGETTO	TARGET PRIMARIO
Comune di Fagnano Olona	Informativa	promozione della qualità della vita e di stili di vita sani per Giovani di gruppi formali
Comunità M. della Valcuvia	Contr - Addiction?	promozione della qualità della vita e di stili di vita sani per Giovani di gruppi informali
Comune di Varese	Bastet L'officina dell'immigrazione	promozione della qualità della vita e di stili di vita sani per Giovani di gruppi formali
Comune di Gallarate	Street-G 2/45	promozione della qualità della vita e di stili di vita sani per Giovani di gruppi informali
Comune di Somma Lombardo	Prevenire...promuovendo	promozione della qualità della vita e di stili di vita sani per Giovani di gruppi informali
Comune di Buguggiate	Delfino	prevenzione dell'emarginazione e del disadattamento sociale per Giovani Gruppi Informali
Comune di Viggiù	I Giovani, gli Adulti, la Comunità: l'ascolto possibile	promozione della qualità della vita e di stili di vita sani per Giovani di gruppi informali
Comune di Saronno	Centro Aggregazione Genitori	promozione della qualità della vita e di stili di vita sani per popolazione adulta
Associazione Marco Riva	Scuola Incontro 2	promozione della qualità della vita e di stili di vita sani per studenti e giovani
Associazione L'Albero	Giovinvalle	promozione della qualità della vita e di stili di vita sani per studenti e giovani
Comune di Sesto Calende	La Cruna del Lago - Giovani tra Angera, Sesto C. e Vergiate	prevenzione dell'emarginazione e del disadattamento sociale per Genitori
Centro Allodola Onlus	Integrazione	promozione della qualità della vita e di stili di vita sani per Insegnanti
Fondazione Exodus	Fuochi d'artificio	promozione della qualità della vita e di stili di vita sani per Giovani di gruppi informali
Ass. Onlus "Gruppo Alice"	Il Bruco	promozione della qualità della vita e di stili di vita sani per Studenti e giovani

Progetti Anno 2002

DENOMINAZIONE ENTE	TITOLO PROGETTO	TARGET PRIMARIO
Comune di Varese	Il Corallo-La condivisione della qualità e dei valori sul territorio	promozione della qualità della vita e di stili di vita sani per Giovani di gruppi informali
Comune di Viggiù	Confini	promozione della qualità della vita e di stili di vita sani per Giovani di gruppi informali
Comune di Fagnano Olona	Network	promozione della qualità della vita e di stili di vita sani per Giovani di gruppi informali
Associazione L'Albero	Gio.Vi. 3	promozione della qualità della vita e di stili di vita sani per Giovani studenti
Comune di Angera	Genitori insieme	prevenzione dell'emarginazione e del disadattamento sociale per Genitori
Comune di Somma Lombardo	Giovani protagonisti	promozione della qualità della vita e di stili di vita sani per Giovani di gruppi informali
Comune di Buguggiate	Delfino Formagiovani	promozione della qualità della vita e di stili di vita sani per Giovani Studenti
Comunità Montana della Valcuvia	Non Solo Consumo	prevenzione dell'emarginazione e del disadattamento sociale per Giovani di gruppi formali
Coop. Soc. Il Progetto	Remember Davide-Progetto d'intervento negli Istituiti Professionali di Gallarate e Sesto Calende	promozione della qualità della vita e di stili di vita sani per insegnanti
Fondazione Exodus	Bulli & Pupe	promozione della qualità della vita e di stili di vita sani per Giovani di gruppi formali
Associazione Marco Riva	Scuola Incontro 3	promozione della qualità della vita e di stili di vita sani per Giovani studenti
Comune di Vedano Olona	Partners per il cambiamento - III fase	promozione della qualità della vita e di stili di vita sani per Giovani di gruppi formali
Centro Allodola	Chiamale, se vuoi, emozioni	promozione della qualità della vita e di stili di vita sani per Giovani di gruppi formali

		di vita sani per Giovani studenti
Provincia di Varese	Indagine sui comportamenti di addiction tra gli studenti delle scuole superiori della provincia di Varese	prevenzione dell'emarginazione e del disadattamento sociale per giovani
Comune di Gavirate	Altro consumo	prevenzione dell'emarginazione e del disadattamento sociale per Giovani di gruppi informali
Gruppo Alice	La Farfalla	promozione della qualità della vita e di stili di vita sani per Giovani

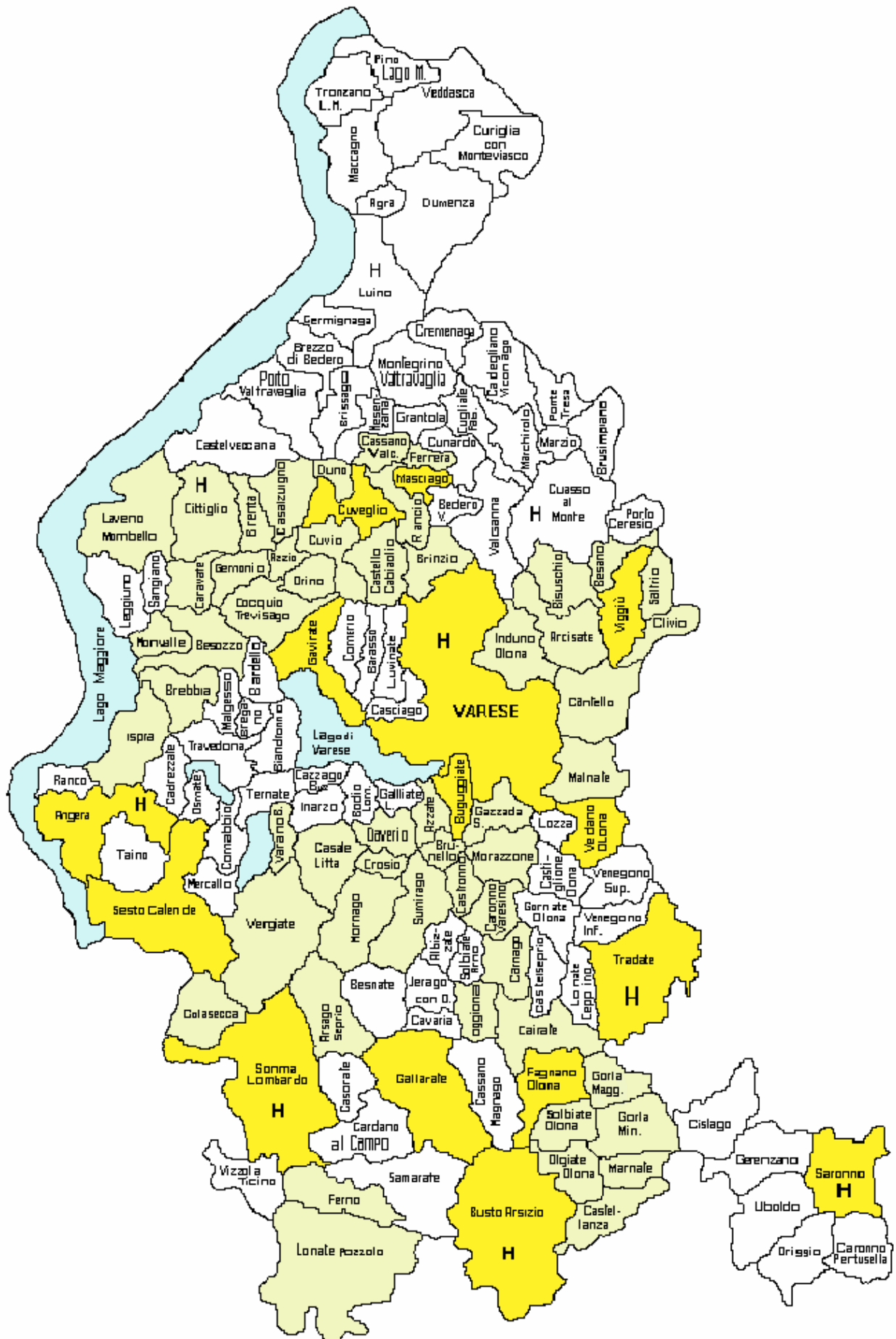
Progetti anno 2003

TITOLO PROGETTO	DENOMINAZIONE ENTE	CAMPO D'INTERVENTO	TARGET PRIMARIO
Provincia di Varese	Indagine sui comportamenti di addiction tra gli studenti della provincia di Varese. Estensione ai frequentanti i corsi di formazione professionale	prevenzione	studenti/giovani
Comune di Busto Arsizio	Prevenire la dipendenza: interventi e percorsi possibili nella scuola	prevenzione	insegnanti
Comune di Varese	Il Corallo 2	prevenzione	giovani di gruppi informali
Comune di Buguggiate	Delfino "IncontroGiovani"	prevenzione	giovani di gruppi informali
Comunità Montana della Valcuvia	Contr-addiction 2	prevenzione	giovani di gruppi formali
Comune di Fagnano Olona	Lecito	prevenzione	giovani di gruppi formali
Comune di Gallarate	Street_G3	prevenzione	giovani di gruppi informali
Comune di Viggiù	Oltre - Confini	prevenzione	giovani di gruppi informali
Comune di Saronno	Comunicare per comprendere	prevenzione	studenti/giovani
Comune di Veduggio	Partners per il cambiamento - IV fase	prevenzione	giovani di gruppi informali
Comune di Luino	Sono fuori dal tunnel	prevenzione	giovani di gruppi informali
Comune di Sesto Calende	Giovani e adulti: due target privilegiati per le prevenzioni del disagio e la promozione della qualità della vita	prevenzione	giovani di gruppi informali
Comune di Somma Lombardo	Fuori pista	prevenzione	giovani di gruppi informali
Cooperativa Lotta Contro l'Emarginazione	Sotto Spirito	prevenzione	giovani di gruppi informali
Consorzio Provinciale Sol.Co. Varese	28%!...28 Giovani studenti per altri 100 e più giovani studenti	prevenzione	studenti/giovani
Comunità Marco Riva	In vita	prevenzione	studenti/giovani
Gruppo Alice	Il Faro	prevenzione	giovani lavoratori
Associazione L'Albero	Gio.Vi.4	prevenzione	studenti/giovani
Fondazione Exodus	Bulli & Pupe 2	prevenzione	giovani di gruppi formali
Associazione Buzzi Macchi Centro Allodola	Chiamale, se vuoi, emozioni 2	prevenzione	studenti/giovani

Come risulta evidente dall'esame delle tabelle precedenti sia enti privati che pubblici hanno realizzato e stanno realizzando progetti di valenza preventiva. In particolar modo 121 Comuni, attraverso il finanziamento di 15 Progetti a valere sul F.N.L.D., sono stati coinvolti nella realizzazione di interventi di Prevenzione finalizzati a sviluppare il benessere giovanile ed a ridurre i fattori di rischio legati all'abuso/dipendenza da sostanze. Sono stati avviati momenti informativi e formativi con le scuole, contatti con i ragazzi direttamente in strada, incontri con le famiglie, sviluppati spazi di ascolto per gli adolescenti problematici. Si è inoltre registrata una complessiva tendenza all'aumento della partecipazione delle realtà locali alla progettazione.

Per semplificare la lettura dello sviluppo dinamico delle progettazioni relative all'area prevenzione realizzate in provincia di Varese sono state approntate alcune mappe che mostrano i territori coinvolti dalle passate progettazioni. In giallo intenso viene evidenziato il comune capofila e/o il comune di residenza dell'ente del privato sociale capofila; in un colore più tenue i comuni coinvolti nell'azione progettuale.

Mappatura Progetti Area Prevenzione anno 2002



Sostanzialmente i Progetti realizzati nel quinquennio considerato (triennio 1997-1998-1999 e biennio 2000-2002) da Enti Locali e Associazioni del privato sociale hanno privilegiato, fra i campi di intervento individuati dalla regione, la promozione della qualità della vita e di stili di vita sani e la prevenzione dell'emarginazione e del disadattamento sociale. La progettualità 2003 ha invece privilegiato i seguenti "Gruppi target": Giovani che frequentano le discoteche, Studenti ed Insegnati, Giovani di gruppi formali ed informali, Operatori Grezzi.

Il quadro locale, ricostruito anche attraverso le relazioni di valutazione dei progetti finanziati ex L.45/99, evidenzia i seguenti tratti caratteristici:

- un netto dinamismo dell'universo giovanile: differenze di pochi anni possono definire abitudini e stili di vita molto diversi. Cambia anche la mappa dei luoghi di svago: viene mantenuto l'abituale riferimento alla discoteca (come momento di divertimento e consumo) ma vengono sempre più spesso aggiunta la frequentazione di eventi come concerti, feste, festival, sagre, ecc., ora intese come occasioni di consumi. Anche la casa è spesso un ambito di consumo.
- cresce il consumo di **cannabinoidi**, ormai connotato come routinario e non connesso a situazioni "speciali" in cui la componente maschile resta quella più problematica per l'uso intensivo.
- Si nota come l'età di sperimentazione si stia progressivamente spostando ad età più giovani, come ai ragazzi alle medie inferiori;
- è forte il consumo di **alcol**, rispetto al quale è bassa la percezione del rischio ed è forte la sua valenza trasversale (va bene per tutti, e per ogni occasione) e i giovani varesini risultano già allineati al modello nordeuropeo, quello che prevede l'orientamento alla birra e ai superalcolici più che al vino, e al consumo fuori pasto (serale o fine settimanale), con evidenti conseguenze anche rispetto ai problemi di guida;
- sembra essere utilizzato **l'etilometro**, utilizzato come strumento di prevenzione (e non normativo o di sanzione) e collocato nei luoghi strategici;
- è particolarmente significativo il consumo di **cocaina** fra gli adolescenti, unico target per cui si disponga di rilevazioni (anche se non in crescita rispetto alla precedente rilevazione) significatività che troverebbe conferma anche nei sequestri di sostanza effettuati dalle FF.OO (come evidenziato dai dati forniti dalla Prefettura);
- anche gli adulti dichiarano un forte bisogno di affrontare questi temi (in primo luogo genitori e insegnanti manifestano il desiderio di acquisire conoscenze e strumenti per poter gestire i comportamenti di consumo più comuni: alcol e cannabis).

Questi dati sono supportati anche dalla ricerca suddetta condotta tra gli studenti delle scuole superiori della Provincia di Varese:

In sostanza, per quanto riguarda i dati relativi al consumo di **cannabinoidi**, si è notato come la sperimentazione abbia coinvolto il 47,6% dei ragazzi (contro il 44,8% del 1999) e il 27% circa delle ragazze (contro il 36,6% del 1999) e come il contatto diretto cresce con l'età. L'accesso diffuso alle sostanze cannabinoidi non ha eguali tra le altre sostanze. Il consumo di cocaina è in lieve calo, come quello di ecstasy, che restano tuttavia superiori alla media nazionale

Il campione degli intervistati mostra alcune tendenze relative al consumo di **tabacco** che possono essere paragonate con quelle italiane ed europee: l'iniziazione

avviene a 13-14 anni in circa un terzo del campione, come nel resto d'Italia, ma meno precocemente che negli altri paesi europei, dove è quasi il 60% a provare le sigarette prima dei 15 anni. Uso quotidiano ed eventuale dipendenza si sviluppano più in là con l'età.

Cambia il **modo di bere**: la birra diventa la bevanda più popolare tra i giovani e cresce l'abitudine all'alcool fuori pasto, che vede coinvolto ben il 36% dei 20-24enni, all'aperitivo in particolare. Quest'ultima pratica riguarda il 20% circa dei minorenni. Sempre in Provincia di Varese è capitato nell'ultimo mese a oltre il 32% dei rispondenti di aver viaggiato su veicoli condotti da persone che avevano consumato alcool, dato piuttosto preoccupante visto che a livello italiano ed europeo l'età più coinvolta negli incidenti stradali alcolcorrelati è proprio quella dei minori di 30 anni.

Per la **cocaina** emerge un aumento nell'uso a livello europeo, che però parrebbe non avere ancora un riscontro significativo in Italia, né in Provincia di Varese, anche se il dato europeo è più recente di quelli nazionale e locale, che potrebbero quindi non aver ancora avuto modo di rilevare le nuove tendenze. In Provincia di Varese i dati segnalano un consumo tra gli studenti delle scuole superiori che, seppur in generale lieve declino rispetto al 1999, è ancora significativamente superiore alla media italiana.

In generale i **maschi** consumano sostanze più delle **femmine** e all'aumentare dell'età crescono le percentuali di contatto per tutte le sostanze con un picco, in Italia, intorno ai 18 anni.

Al fine di consentire una analisi più approfondita dei dati e dei risultati, si ritiene opportuno illustrare in questa parte del documento alcuni dati provenienti dall'attività svolta da due Progetti, relativi all'area del Trattamento e della Riduzione del danno (ma idealmente contigui ai progetti preventivi precedentemente illustrati): *"Discobus"* e *"Con-t@tto spazio adolescenti"*.

Analizzando questi progetti sono emerse alcune riflessioni che indicano l'andamento e informano circa le abitudini al consumo di sostanze psicotrope da parte dei giovani:

- Il consumo di alcol e di droghe leggere è altamente diffuso nelle quotidianità dell'aggregazione;
- Il consumo di cocaina è più rilevante di quello di ecstasy;
- Più del 50% degli adolescenti e dei giovani dichiara di fare uso di sostanze illegali, circa il 20% dichiara di avere provato almeno una volta la cocaina e circa il 18% dichiara di fare un uso abituale di droghe leggere.

Gli operatori del Progetto "Discobus" hanno rilevato come la presenza di sostanze stupefacenti all'interno di situazioni di aggregazione sia assolutamente considerata come "normale" e comunque percepita senza eccezionalità dai giovani. Inoltre i consumatori e i non consumatori frequentano gli stessi ambienti e le medesime occasioni di divertimento. La trasgressione legata all'uso di sostanze stupefacenti pare essere normalizzata all'interno di contesti ad alta valenza socializzante tra i gruppi di pari. Viene inoltre evidenziato come la co-presenza di consumatori abituali di sostanze psicotrope e non consumatori non rappresenti, di fatto, un elemento ostativo all'appartenenza di gruppo.

Indicazioni metodologiche e priorità di intervento

Il riesame della base dati offerta dalle diverse raccolte informative presidiate dall'Osservatorio Dipendenze suggerisce alcune indicazioni di sintesi:

1. si riscontra un *mutamento sociale* delle mappe dei luoghi adibiti al divertimento e al consumo degli adolescenti: sui gruppi informali potrebbe essere quindi meglio focalizzare il target piuttosto che i singoli luoghi come focus di prevenzione;
2. l'età in cui avviare interventi di prevenzione si sta abbassando: indagini condotte in diversi contesti territoriali (Milano, Modena, Bologna, Varese) indicano come i ragazzi possano già aver avuto un primo contatto con le sostanze verso i 14-16 anni e come a scuola sia difficile che i ragazzi ne parlino con gli insegnanti (non spontaneamente identificati come interlocutori su questo argomento);
3. la creazione di ascolto, dialogo e di intervento informativo e formativo (secondo le indicazioni dell'O.E.D.T. di cui sopra) con gli adolescenti a scuola dovrebbero trovare forme di continuità per non deludere le aspettative create e non creare dissonanze informative o normative (genitori e insegnanti sono i primi alleati in questo senso);
4. fra gli adulti sono i genitori a formulare le richieste di aiuto più precise e a manifestare i maggiori benefici degli interventi
5. è verosimilmente proficuo un coordinamento dei progetti per area o l'istituzione di forme di scambio che consentano anche in itinere condivisione di informazioni e apprendimento reciproco, anche in merito al confronto di metodologie ed alla valutazione dei risultati;
6. gli interventi a scuola hanno obiettivi perseguibili, con risultati già certificati dalle esperienze passate (miglioramento dei livelli informativi, di consapevolezza dei rischi e delle scelte, di abilità a cercare informazioni ed elaborare esperienze, di risoluzione dei conflitti) e altri più ambiziosi, di più lungo periodo, sui quali i progetti passati non hanno dati esiti sempre significativi (autostima, capacità di dire di no, percezione del rischio, comunicazione con adulti); in particolare le modifiche comportamentali sui consumi di sostanze risultano per lo più fuori portata dei progetti;
7. alcol, cannabis e cocaina appaiono le sostanze più significative, quelle sulle quali concentrare gli interventi, facendone emergere la diffusione e la pericolosità.

Il Coordinamento Territoriale, considerati gli elementi quali-quantitativi precedentemente descritti e le caratteristiche dei Progetti "in fieri", ha individuato le seguenti **priorità nell'area della prevenzione**:

- sul piano metodologico: interventi ispirati alle indicazioni metodologiche citate in premessa (insegnamento interattivo, interventi su "Life Skills" e "Social Skills", empowerment, valorizzazione preventiva del protagonismo giovanile, interventi nei luoghi del divertimento, ecc. evitando interventi informativi brevi, sporadici o moralistici, potenzialmente controproducenti);

- interventi riferiti esplicitamente e direttamente alla prevenzione dei comportamenti di uso, abuso e dipendenza di sostanze stupefacenti legali ed illegali e dei comportamenti di addiction;
- interventi indirizzati ai gruppi giovanili (situati in contesti di riferimento già consolidati come le scuole (medie inferiori e superiori), o in contesti meno strutturati come nel mondo del lavoro e nei contesti del divertimento o non presenti nel mondo scolastico o lavorativo e refrattari al contatto con gli adulti e con le istituzioni, con particolare riguardo a quegli interventi diretti ai contesti territoriali e sociali maggiormente a rischio di diffusione di comportamenti di sperimentazione, uso e abuso di sostanze stupefacenti) o ad educatori (docenti e genitori) in stretto rapporto con essi;
- In accordo con le direttive regionali orientate ad una progressiva integrazione degli interventi nonché del ruolo degli ambiti distrettuali dei comuni associati, in modo particolare nell'area della prevenzione (ambito in cui la competenza dell'Ente Comune risulta centrale), verrà data priorità ai progetti che documentino, in sede di presentazione progetto, la formalizzazione della partnership con gli "Uffici di Piano" distrettuali " e con i servizi Pubblici ASL (Ser.T.) afferenti al Dipartimento.

2) AREA DEL TRATTAMENTO E DELLA RIDUZIONE DEL DANNO

Analisi dei bisogni e delle linee di tendenza evolutiva dei fenomeni e degli interventi

a) Sintetica illustrazione dell'evoluzione degli interventi nell'area del Trattamento/Riduzione del danno

In Italia come nel resto dell'Unione Europea la terapia sostitutiva è oggi la tipologia di trattamento più utilizzata nella dipendenza da oppiacei, con oltre 400mila utenti ed un aumento complessivo delle persone che hanno ricevuto questo tipo di trattamento, pari al 34% negli ultimi 5 anni. In linea generale il trattamento farmacologici prevede l'utilizzo sia di sostanze antagoniste degli oppioidi (come il naltrexone), sia terapie con sostanze agoniste complete (metadone) o parziali (buprenorfina). Tra queste ultime prevalgono le terapie che prevedono l'utilizzo di metadone, mentre la co-prescrizione medica di eroina è limitata a forme sperimentali solo in alcuni Paesi. La seconda tipologia di trattamento per frequenza è quella tradizionalmente attuata attraverso ricoveri presso strutture residenziali. Essa prevede l'applicazione prevalente di tecniche psicosociali ed educative per conseguire una condizione drug-free a lungo termine dagli stupefacenti anche se per controllare il "craving" vengono in alcuni casi utilizzate terapie farmacologiche

La letteratura scientifica documenta inoltre un incremento degli interventi di "riduzione del danno", volti a salvaguardare la salute dei soggetti dipendenti (diffusione di patologie infettive, riduzione del fenomeno dell'overdose), limitare le conseguenze sociali correlate all'uso di sostanze (criminalità, mercato clandestino) e mitigare le forme di disturbo alla quiete pubblica. La loro crescita è tale da ascriverli negli ultimi anni a parte integrante di molte strategie nazionali in materia di droga ed una priorità politica in gran parte dei paesi europei. Le iniziative che hanno conosciuto una maggiore diffusione sono i programmi di scambio di siringhe (diffusi ovunque ed in misura minore in Svezia e Grecia), le iniziative di prima assistenza ed i servizi a bassa soglia, l'informativa circa le modalità di autosomministrazione (educazione al "consumo sicuro"), i corsi di primo soccorso in caso di overdose e la distribuzione di fiale di naloxone e altri kit salvavita, la predisposizione di locali destinati al consumo di sostanze (assai poco diffusi) e le campagne di vaccinazioni contro l'epatite. Infine, la tipologia di intervento meno diffusa è la somministrazione controllata di eroina, limitata a forme sperimentali solo in Spagna, Germania Regno Unito ed alcune regioni spagnole.

Per quanto riguarda gli interventi di Riduzione del Danno la Regione Lombardia dispone di un compiuto «*corpus*» normativo che ha accompagnato in questi anni l'intero sistema dei servizi (pubblici e privati) e con essi il cambiamento del fenomeno, proponendo un insieme di metodologie di lavoro sempre più mirate ai bisogni del territorio in una logica di integrazione delle risorse disponibili.

Inoltre l'«aggancio» di quei soggetti che, per motivi diversi, non si rivolgono al sistema dei servizi trova riscontro in interventi progettuali ormai stabili: sul versante della riduzione del danno le 10 Unità Mobili regionali contattano circa 20.000 utenti per anno, mentre diverse "équipes nuove droghe" operano nel mondo della notte e nell'area degli eventi e dei luoghi di divertimento.

Il sistema di intervento risulta oggi più in grado di avvicinare le persone in tutte le fasi del loro disagio attraverso relazioni di integrazione e collaborazione tra servizi specialistici e reti di sostegno professionali e non, fornendo in primo luogo delle possibilità di sviluppo alla persona a partire dalle proprie capacità e dalle risorse presenti.

Sembra inoltre sufficientemente acquisito quanto segue:

- la tutela della salute psico-fisica di ogni singolo individuo è un vantaggio per tutta la società.
- è importante, lungo tutto il percorso di cura della persona con problemi di uso/abuso/dipendenza di sostanze, favorire il coinvolgimento di familiari, amici e altre persone che hanno con lei legami e/o relazioni affettive o professionali significative.
- deve essere prestata attenzione particolare all'intervento rivolto ai minori, siano essi abusatori di sostanze o conviventi con persone coinvolte in questo tipo di problematica e alle donne in stato di gravidanza.
- gli stati di dipendenza (uso o abuso) sono patologie particolarmente complesse per quanto riguarda la diagnosi, la prognosi e il trattamento da affrontare a livello multidisciplinare, cercando di cogliere e risolvere anche quelle problematiche di tipo sociale ed educativo che possono impedire un reale processo riabilitativo.

Gli obiettivi degli interventi in questa area possono essere così riassunti:

- eliminazione/riduzione dei comportamenti di abuso/dipendenze;
- tutela della salute globalmente intesa;
- contenimento dei fenomeni di esclusione sociale, con particolare attenzione alle funzioni di pronta accoglienza e bassa soglia;
- creazione e sviluppo di strategie per il contatto e la presa in carico dei giovani assuntori e alle nuove modalità di contatto e di consumo;
- promozione di interventi flessibili e modulari per la promozione di un sistema di intervento in grado di offrire a tutte le persone con comportamenti di dipendenza tutte le prestazioni di cura e riabilitazione riconosciute valide, con particolare attenzione all'area dell'accoglienza e del trattamento specialistico.

In questa area risulta inoltre sempre più importante porre attenzione alla "persona" e non alla sostanza utilizzata: nella storia personale dei soggetti con dipendenza patologica infatti la tipologia di sostanza utilizzata può modificarsi, vi può essere la co-presenza di più sostanze di abuso, così come è possibile assistere, laddove vi è stato un controllo del sintomo, ad un "viraggio" dello stesso verso nuove forme di dipendenza. A ciò va aggiunto che ad un comportamento di uso o abuso di sostanze stupefacenti si possono associare comportamenti di dipendenza compulsiva, estremamente dannosi, non sempre legati all'assunzione di una sostanza (Gioco d'Azzardo Patologico, Disturbi del Comportamento Alimentare, Farmacodipendenza, Internet Addiction Disorder, ecc.)

Nell'ambito territoriale della provincia di Varese si è assistito ad un ampliamento quantitativo e ad una differenziazione delle offerte terapeutiche garantire dai Ser.T. (ampliate a nuove forme di dipendenza da droghe legali quale quella da nicotina o "immateriali" quali il Gambling).

A fronte di una trasformazione della fenomenologia delle dipendenze che vede emergere una domanda di aiuto sempre più differenziata (ad esempio del

poliassuntore, del cocainomane, dell'alcolista, di chi necessita anche di diagnosi psichiatrica) è in atto una analoga differenziazione delle offerte specialistiche non solo dei servizi pubblici ma anche di quelli privati accreditati

Per quanto attiene alle tipologie di Servizi Residenziali e Semiresidenziali Privati Accreditati, il nuovo processo regionale di accreditamento perfezionato dalla recente D.G.R. 12621/2004 ha consentito infatti una notevole differenziazione dell'offerta anche attraverso "moduli specialistici" evidenziati nella tabella seguente:

ENTE GESTORE	STRUTTURA	SERVIZIO	N. POSTI ACCREDITATI	MODULO DI ACCOGLIENZA O DI TRATTAMENTO SPECIALISTICO	N. POSTI ACCREDITATI	TOTALE POSTI ACCREDITATI
ASSOCIAZIONE CASCINA VERDE SPES - ONLUS Via OLGETTINA 80 20132 MILANO MI Tel.: 02/2137312	COMUNITA' CASCINA VERDE SPES Via CAVOUR 10 21022 AZZATE VA Tel.: 0332/459702	Servizio TERAPEUTICO Riabilitativo Residenziale	13	Modulo di trattamento specialistico per pazienti in COMORBILITÀ PSICHIATRICA Residenziale	5	18
ASSOCIAZIONE COMUNITA' EMMANUEL Via DON BOSCO 16 73100 LECCE LE Tel.: 0832351340	EMMANUEL - COMUNITÀ PSICOERGOTERAPICA Via CANTU 1 21012 CASSANO MAGNAGO VA Tel.: 0331/200300	Servizio TERAPEUTICO Riabilitativo Residenziale	20	Modulo di trattamento specialistico per ALCOL e POLIDIPENDENTI	10	30
CENTRO GULLIVER SOCIETA' COOPERATIVA SOCIALE A.R.L. Via ALBANI 91 21100 VARESE VA Tel.: 0332/831305	APPRODO Via ALBANI 91 21100 VARESE VA Tel.: 0332/831305	Servizi per PAZIENTI IN COMORBILITÀ psichiatrica - residenziali	15	-	-	15
	MOLINETTO - FRAZ. BREGAZZANA 24 21100 VARESE VA Tel.: 0332/212648	Servizio TERAPEUTICO Riabilitativo Residenziale	30	-	-	30
	IL SENTIERO Via MOLINETTO - FRAZ. BREGAZZANA 24 21100 VARESE VA Tel.: 0332/831305	Servizio TERAPEUTICO Riabilitativo Residenziale	18	Modulo di trattamento specialistico per ALCOL e POLIDIPENDENTI	8	26
	PADRE BECCARO Via ALBANI 91 21100 VARESE VA Tel.: 0332/831305	Servizio TERAPEUTICO Riabilitativo Semiresidenziale	20	Modulo di trattamento specialistico per pazienti in COMORBILITÀ PSICHIATRICA semiresidenziale	10	30

ENTE GESTORE	STRUTTURA	SERVIZIO	N. POSTI ACCREDITATI	MODULO DI ACCOGLIENZA O DI TRATTAMENTO SPECIALISTICO	N. POSTI ACCREDITATI	TOTALE POSTI ACCREDITATI
CENTRO GULLIVER SOCIETA' COOPERATIVA SOCIALE A.R.L. Via ALBANI 91 21100 VARESE VA Tel.: 0332/831305	SHALOM Via ALBANI 91 21100 VARESE VA Tel.: 0332/831305	Servizio TERAPEUTIC O Riabilitativo Residenziale	25	-	-	25
COMUNITA' MARCO RIVA Via VESUVIO 24 21052 BUSTO ARSIZIO VA Tel.: 0331/685162	COMUNITA' PSICOERGOTERAPICA Via VESUVIO 24 21052 BUSTO ARSIZIO VA Tel.: 0331/685162	Servizio TERAPEUTIC O Riabilitativo Residenziale	12	-	-	12
FONDAZIONE EXODUS Viale MAROTTA 18/20 20134 MILANO MI Tel.: 02/210151	COMUNITA' ERGOTERAPICA STAZIONE - FRAZ. VILLA DOSIA, 67 21020 CASALE LITTA VA	Servizio PEDAGOGIC O Riabilitativo Residenziale	16	Modulo di accoglienza residenziale - Modulo di trattamento specialistico per COPPIE, SOGGETTI CON FIGLI, NUCLEI FAMILIARI	2 + 2	20
SOCIETA' COOPERATIVA A.R.L. IL PROGETTO Via G. PIOLA 5 21053 CASTELLANZA VA Tel.: 0331/504770	CENTRO DI PRIMA ACCOGLIENZA Via G.PIOLA 5/7 21053 CASTELLANZA VA Tel.: 0331/504770	Servizio PEDAGOGIC O Riabilitativo Residenziale	8	-	-	8

L'analisi dei dati del primo flusso informativo relativo ai Servizi Residenziali e Semiresidenziali Accreditati attivato dal Dipartimento delle Dipendenze dell'ASL con la forte collaborazione dei Servizi interessati ha evidenziato i seguenti aspetti significativi (vedi tabella seguente):

- il turn over dei soggetti in carico alle strutture residenziali, particolarmente evidente nei primi 6 mesi di trattamento, suggerisce l'opportunità di un approfondimento clinico-diagnostico sia nella fase valutativa che precede l'invio, che nella fase iniziale di accoglienza e di contratto terapeutico, nonché di una maggiore integrazione fra SerT e Servizi Residenziali Accreditati finalizzata a migliorare ulteriormente l'efficacia degli interventi residenziali;
- il basso tasso di inserimento lavorativo degli ospiti dimessi suggerisce la necessità di un consolidamento anche di questa fase finale del programma terapeutico evidenziata in modo specifico come priorità d'intervento dai Servizi residenziali accreditati).

b) Evoluzione dei bisogni

Il nostro paese registra da 6 anni una crescita costante della domanda di trattamento, cioè del numero di utenti che affluiscono alla rete dei Ser.T.: è un incremento non solo nominale ma reale, cioè tale anche se parametrato all'andamento della popolazione residente (oggi è utente di un Ser.T. lo 0,6% della popolazione). Questa crescita recente è tuttavia avvenuta a tassi decrescenti e viene attribuita più alla ripresa di terapie di utenti già in carico che a nuovi accessi: nel paese i casi incidenti risultano infatti in calo progressivo e oggi pari al 21% del totale. In progressivo calo è anche il numero di invii presso le comunità terapeutiche, pari al 12% dell'utenza in carico ai Ser.T. Il profilo dell'utenza è stabile nel rapporto fra i sessi – una femmina ogni 7 maschi – mentre avanza l'età media – 34 anni per i casi prevalenti, 30 per gli incidenti – e soprattutto cambiano le sostanze d'abuso: se l'eroina assorbe ancora i $\frac{3}{4}$ della domande di trattamento è tuttavia la cocaina, e in seconda istanza la cannabis, a far registrare oggi i maggiori incrementi, sia come sostanza primaria che secondaria.

Fra le dinamiche più significative che tale popolazione di utenti registra, si evidenzia la diminuzione per tutte le sostanze del consumo per via iniettiva, la minor incidenza di sieropositività fra i nuovi utenti (5,1% contro il 21,5% registrato dagli utenti già in carico) ed una maggior incidenza invece fra le donne tossicodipendenti, vecchi e nuovi utenti.

Analisi epidemiologica dei dati relativi all'utenza in carico ai Ser.T. del Dipartimento delle Dipendenze.

A fronte di una popolazione residente al 31.12.2002 di 837.497 unità e di una popolazione nella fascia di età 15-44 anni di 348.925 unità, le persone tossicodipendenti seguite dal Dipartimento delle Dipendenze nell'anno 2003 sono 3.223; di questi circa l'80% sono maschi.

La distribuzione dell'utenza per fasce di età si concentra in modo omogeneo nelle classi di età centrali (25-29 circa il 22% e 30-34 circa il 24%) con un'incidenza leggermente inferiore per le due immediatamente attigue (20-24 circa il 15% e 35-39 circa il 19%); decisamente poco rappresentate sono tuttora quelle estreme (da

considerare molto bassa la fascia di età inferiore a i 15 anni e comincia ad essere indicativa la frequenza nella fascia di età 15-19 anni con circa il 4%).

Collegato a queste informazioni è il dato relativo alla sostanza di abuso primario delle persone che nell'anno 2003 hanno richiesto una presa in carico:

- nel 66% dei casi si è trattato di persone che consumavano principalmente eroina,
- nel 18% dei casi cannabinoidi (in gran parte trattasi di segnalazioni ex articolo 121 del DPR 309/90),
- nell'9.6 % cocaina
- solamente nel 3% dei casi si è trattato di persone che consumavano prevalentemente Ecstasy.

Le persone che afferiscono ai Ser.T. per uso di ecstasy sono principalmente giovani segnalati dalle Autorità Giudiziarie, dato che fa riflettere su come questa tipologia di consumatori sia difficile da incontrare con i metodi tradizionali.

Una valutazione simile riguarda i consumatori di cannabinoidi: la presenza dei canapai svizzeri ha spinto molti giovani (e non solo) a rifornirsi direttamente oltre confine; il conseguente incremento quali-quantitativo dei controlli ha portato ad una conseguente crescita dei fermati e delle segnalazioni. Ancora una volta si constata come vi sia un alto numero di sommerso difficile da raggiungere.

Da segnalare, inoltre, che una frequenza molto alta soprattutto nel caso degli eroinomani e dei cocainomani presenta un policonsumo che oltre alla sostanza primaria porta ad un utilizzo anche di altre sostanze.

Per quanto riguarda i dati riferiti alla scolarità l'13% non ha terminato l'obbligo scolastico e la maggior parte degli utenti dei Ser.T. del Dipartimento delle Dipendenze della A.S.L. della Provincia di Varese è in possesso del titolo di licenza media (57%). Mediamente le donne sono in possesso di un titolo di studio più elevato degli uomini. Più della metà degli utenti in carico è celibe/nubile, con una più alta percentuale di maschi, mentre gli utenti coniugati e/o conviventi sono rappresentati maggiormente dalle femmine. Il 42% del campione ha una occupazione stabile, mentre il 27% è disoccupato.

Per quanto riguarda l'alcoldipendenza gli utenti in carico sono stati 908, con una percentuale di maschi intorno al 75%. La distribuzione dell'utenza per fasce di età situa il 70% circa degli alcolisti nella classe superiore ai 39 anni.

Come precedentemente accennato, i dati epidemiologici riportati evidenziano come i servizi territoriali non siano riferimento terapeutico per i giovani consumatori di sostanze stupefacenti.

Le informazioni riguardanti l'area della prevenzione e riportate nel Piano Territoriale Triennale mostrano come vi sia un uso diffuso di sostanze stupefacenti legali ed illegali nella popolazione giovanile (14-24 anni) che non afferisce al sistema dei servizi tradizionali.

Analisi degli elementi quali-quantitativi emersi dall'operatività presso le Case Circondariali di Varese e Busto Arsizio.

Il rilevante numero di tossicodipendenti che transitano, con elevato *turn-over*, nelle carceri, pone all'Amministrazione Penitenziaria e alle strutture pubbliche preposte per

legge alla loro cura e riabilitazione, problematiche quanto mai complesse, sia per le caratteristiche di tali soggetti (derivanti dalla associazione della dipendenza da sostanze stupefacenti e psicotrope o da alcol con attività criminali in alcuni casi reiterate) sia per gli abituali comportamenti degli stessi altamente a rischio per infezione da HIV. Inoltre le condizioni psicofisiche, talora compromesse, rendono i tossicodipendenti detenuti particolarmente bisognosi di un intervento sia terapeutico-riabilitativo che sociale.

In considerazione di tali problematiche, già da molti anni il Dipartimento delle Dipendenze della A.S.L. della Provincia di Varese opera all'interno delle carceri esistenti sul proprio territorio (Varese e Busto Arsizio) con lo scopo di realizzare dei percorsi terapeutici e riabilitativi finalizzati, oltre che alla diagnosi e alla cura della dipendenza, anche e soprattutto al reinserimento nell'ambiente sociale del soggetto tossicodipendente. L'obiettivo, in questo caso, è quello di trasformare l'esperienza detentiva da fattore moltiplicatore del disagio (anche a causa dell'inevitabile commistione con le varie frange di criminalità) ad occasione di recupero tramite l'offerta di opportunità terapeutico-riabilitative. Facilitare il reinserimento sociale dei soggetti tossicodipendenti detenuti, è possibile attraverso un'opera di sensibilizzazione, che li prepari a proseguire l'iter terapeutico iniziato durante il periodo di detenzione, sul territorio, ove, parallelamente, dovrebbero essere attivate le forze sociali disponibili a fornire il necessario supporto affinché tutto ciò sia possibile (costruzione e attivazione della rete territoriale).

Per perseguire questi obiettivi è necessaria una stretta collaborazione operativa tra il Ser.T. e gli altri Servizi della A.S.L., l'Amministrazione Penitenziaria, gli Enti Locali, gli Enti Ausiliari, le Cooperative Sociali, il Volontariato, ecc. (questo elemento risulta essere di grande utilità per stimolare riflessioni possibili anche nell'area del Reinserimento sociale e lavorativo).

Il raccordo e la collaborazione fra i sopracitati servizi ed enti pare utile e necessario anche per favorire percorsi alternativi alla carcerazione per quei detenuti che ne fanno richiesta.

Da più di dieci anni il Ser.T. di Busto Arsizio e quello di Varese garantiscono presso le rispettive Case Circondariali una pluralità di offerte che sono andate progressivamente strutturandosi con il trascorrere degli anni e che avevano le finalità sopra esposte.

Le tipologie di intervento effettuate dai Ser.T. risultano essere: *interventi prevalentemente di tipo psico-sociale e/o riabilitativo* (colloqui individuali psicosociali, di sostegno e informativo, gruppi psico-educazionali e informativi, gruppi medici di educazione alla salute) ed *interventi di tipo sanitario* (visite mediche e colloqui, somministrazione terapia sostitutiva a scalare per i detenuti già in trattamento in trattamento).

Dall'analisi degli interventi, delle risorse esistenti e dei bisogni di assistenza dei detenuti si evince la necessità di definire con le Direzioni delle Casa Circondariali di Busto Arsizio e di Varese procedure, protocolli, processi diagnostici e terapeutici che siano condivisi e concordati tra il Dipartimento delle Dipendenze e il carcere.

In particolare è stato concordato con la Direzione Carceraria di Varese una modalità di presa in carico sanitaria da parte dei medici del Ser.T. anche in collaborazione con i medici del servizio penitenziario di tutti i detenuti che entrano in Istituto presentando problematiche correlate con l'uso/abuso di sostanze stupefacenti. Infatti il punto 3.2.4

All. A del Decreto 21 aprile 2000 "Approvazione del progetto obiettivo per la tutela della salute in ambito penitenziario", individua come obiettivi assistenziali da garantire primariamente:

- presa in carico dei detenuti da parte del Ser.T. competente sull'Istituto Penitenziario, al fine di evitare inutili sindromi astinenziali ed ulteriori momenti di sofferenza al tossicodipendente, assicurando la necessaria continuità assistenziale;
- la implementazione di specifiche attività di prevenzione, informazione ed educazione mirate alla riduzione del rischio di patologie correlate all'uso di droghe;
- la richiesta ed effettuazione delle indagini chimico-cliniche e sierologiche ritenute importanti ai fini diagnostici e/o screening (prelievi ematici, dosaggi urinari), previo consenso dei detenuti, quando richiesto dalla legge;
- la effettuazione di ogni eventuale intervento specialistico necessario per l'approfondimento diagnostico;
- la predisposizione di programmi terapeutici personalizzati, predisposti a partire da una adeguata diagnosi multidisciplinare dei bisogni del detenuto, in particolare per quanto riguarda i trattamenti farmacologici (metadone ecc.), anche a mantenimento;
- la disponibilità di trattamenti farmacologici sostitutivi tendo conto del principio della continuità terapeutica (in particolare per le persone che entrano in carcere essendo già in trattamento), concordati e condivisi con il tossicodipendente detenuto;
- la attuazione di trattamenti farmacologici con antagonisti, quando indicati, in particolare nella fase di avviamento e preparazione all'assistenza post-detentiva.

Le tipologie di intervento psico-socio-riabilitativo che il Ser.T. effettua nei confronti dei tossicodipendenti ristretti in Istituto possono riguardare:

- colloqui di segretariato e presa in carico sociale;
- colloqui psicologici di sostegno, motivazionali e di valutazione/diagnosi finalizzati all'individuazione del programma terapeutico;
- gruppi psico-socio-sanitari;
- contatti con le associazioni di volontariato, con gli avvocati, con i famigliari e incontri periodici con il C.S.S.A. al fine dell'individuazione di un programma terapeutico personalizzato per il soggetto.

Per gli operatori delle équipes carcere del Dipartimento una delle difficoltà più evidenti è rappresentata dal raccordo con le strutture residenziali presenti sul territorio e potenzialmente disponibili ad accogliere soggetti in alternativa alla detenzione. E' inoltre in atto un attento lavoro di rete rivolto a permettere un lavoro sinergico del sistema dei servizi evitando sovrapposizioni nell'intervento terapeutico. Appare inoltre opportuno lo sviluppo di azioni progettuali integrate tra le "équipes carcere" e il Privato Sociale nella salvaguardia della specificità e titolarità definiti dal mandato istituzionale. Per quanto riguarda le necessità di raccordo tra la fase trattamentale e quella di reinserimento (integrazione fra la struttura di cura ed il tessuto familiare e Sociale) evidenziata come un'area carente dal "privato sociale" sia in termini generali che, in modo specifico, per i tossicodipendenti ex detenuti si rimanda al paragrafo del Re-inserimento Lavorativo.

Dati ricavabili dalle progettualità già approvate nel quinquennio trascorso

Le tabelle che seguono illustrano la progettualità sviluppata nel dal 1997 ad oggi in questa area. Da notare come gli interventi finalizzati alla riduzione del danno e dei rischi siano tutte state attuate mediante interventi di Unità Mobile ed educativa di strada mentre quelli nell'area del "Trattamento della tossicodipendenza e della patologie correlate e dell'alcoldipendenza e farmacodipendenza" si siano caratterizzate prevalentemente come interventi volti allo sviluppo di strategie innovative per i nuovi consumi e le nuove sostanze, allo studio del fenomeno emergente della co-morbilità psichiatrica e alla realizzazione di interventi residenziali e semi-residenziali integrativi rispetto ai programmi delle Comunità Terapeutiche presenti sul territorio della provincia di Varese.

Progetti triennio 1997-98-99

DENOMINAZIONE ENTE	TITOLO PROGETTO	TARGET PRIMARIO
Coop. Il Progetto	Senza Soglia	Tossicodipendenti
COLCE	Disco - Bus: un'equipe mobile stupefacente	Studenti/Giovani
ASL	Facilitazione dell'accesso ai servizi di aiuto -	Tossicodipendenti
AISEL	Centro di animazione - Per la riduzione del danno	Tossicodipendenti
COLCE	Zona Franca - Tra strada e servizio -	Tossicodipendenti
Centro Gulliver	Progetto Mafalda	Studenti/Giovani
Cascina Verde	Proseguimento ed integrazione progetto (c.p.t.s.)	Tossicodipendenti in trattamento metadonico
Fondazione Exodus	Castellazzo	Tossicodipendenti
AISEL	Tossicodipendenza e disturbi psichici -	Tossicodipendenti
ASL	Contatto	Studenti/Giovani

Progetti biennio 2000-2001

DENOMINAZIONE ENTE	TITOLO PROGETTO	TARGET PRIMARIO
Centro Gulliver Soc.Coop.Sociale	Mafalda 2	Tossicodipendenti
ASL di Varese	www.con-tatto.it	Studenti/Giovani
Cooperativa Lotta Contro l'Emigrazione	Discobus Village. Un'équipe mobile stupefacente	Operatori Grezzi – Giovani consumatori
ASL di Varese	Sperimentazione di protocolli per la presa in carico e il trattamento di comportamenti di addiction	Tossicodipendenti
Fondazione Exodus	Trait d'Union	Tossicodipendenti
Associazione Cascina Verde Spes	Impianto di un nuovo modello di comunità terapeutica per utenti duali affetti da abuso/dipendenza da sostanze e disturbo di personalità	Tossicodipendenti
A.I.S.E.L. onlus	Doppia diagnosi e genitorialità: valutazione, strategie terapeutiche, trattamenti integrati per madri e padri tossicodipendenti	Tossicodipendenti con figli minori
ASL di Varese	Programma di assistenza integrata fra carcere e territorio per detenuti alcol-tossicodipendenti	Tossicodipendenti e tox in carcere
Il Progetto coop. sociale a r.l.	Day by Day	Tossicodipendenti
Associazione Marco Riva	Domani	Tossicodipendenti in carcere
Associazione Comunità Emmanuel	Progetto integrato Nexus 1	Tossicodipendenti

Progetti anno 2002

DENOMINAZIONE ENTE	TITOLO PROGETTO	TARGET PRIMARIO
ASL di Varese	Unità Mobile:dalla strada ai servizi	Tossicodipendenti
A.I.S.E.L. onlus	Abuso di sostanze e genitorialità - Strategie terapeutiche per madri e padri con problemi di	Tossicodipendenti con figli minori

	dipendenza da alcol e da altre sostanze lecite e illecite	
Cooperativa Lotta Contro L'Emarginazione	Zona Franca 2	Tossicodipendenti - Tossicodipendenti non afferenti alla rete dei servizi
ASL di Varese	Con-tatto Spazio Adolescenti-Interventi di consolidamento dell'esperienza e conclusione della fase sperimentale	Studenti/Giovani con problemi psicologiche
Centro Gulliver	Mafalda 3	Tossicodipendenti
Cascina Verde Spes Onlus	Percorsi formativi M.C.Q. rispetto ad alcuni temi significativi e comuni sia al Dipartimento Dipendenze sia alla C.T. di Cascina Verde di Azzate	Tossicodipendenti con doppia diagnosi
Il Progetto coop. sociale a r.l.	Entro la sera	Tossicodipendenti
ASL di Varese	Progetto sperimentale di trattamento per tossicodipendenti in trattamento sostitutivo a medio-lungo termine	Tossicodipendenti in trattamento metadonico
Associazione L'Albero	Nefer-Progetto di sostegno ed accompagnamento educativo a gruppi informali di giovani consumatori di sostanze	Giovani di gruppi informali
Associazione Comunità Emmanuel	Progetto "Domus"	Tossicodipendenti
Associazione Marco Riva	Domani 2-Gruppi di apprendimento reciproco	Tossicodipendenti in carcere
Fondazione Exodus	Nuove risposte	Tossicodipendenti in CT

Progetti anno 2003

ASL	Con-t@tto Spazio Adolescenti - prevenzione e trattamento nuovi consumi fra gli adolescenti e i giovani	trattamento	Tossicodipendenti
Il Progetto Coop.sociale r.l.	Dopo il lavoro	trattamento	Tossicodipendenti
Centro Gulliver Soc.Coop.Sociale	Mafalda 4	trattamento	tossicodipendenti che escono dal carcere con problemi lavorativi
Associazione "Marco Riva"	Domani 3	trattamento	tossicodipendenti in carcere
Associazione Cascina Verse Spes Onlus	Impianto di un programma di monitoraggio e valutazione del trattamento residenziale delle comunità di cascina verde per tossicodipendenti con doppia diagnosi	trattamento	operatori dei servizi
A.I.S.E.L.	Progetto Cornelia. Cura del sintomo e recupero della genitorialità in madri e padri polibusatori	trattamento	tossicodipendenti con figli minorenni
Fondazione Exodus	Trait d'Union 2	trattamento	Tossicodipendenti
Associazione Comunità Emmanuel	Nexus - 1 bis	trattamento	Tossicodipendenti
Associazione L'Albero	Nefer 2. Percorsi di sostegno ed accompagnamento educativo a giovani consumatori di sostanze (RID. DEL DANNO)	riduzione del danno	tossicodipendenti che escono dal carcere con problemi lavorativi
Cooperativa Lotta Contro l'Emarginazione	Discobus Revolution (RIDUZIONE DEL DANNO)	riduzione del danno	giovani che frequentano discoteche
Cooperativa Lotta Contro l'Emarginazione	Drop in zona franca (RIDUZIONE DEL DANNO)	riduzione del danno	Tossicodipendenti
ASL	Unità Mobile e riqualificazione dell'aggancio (RIDUZIONE DEL DANNO)	riduzione del danno	Tossicodipendenti

Dati emersi dall'operatività di alcuni Progetti contenuti nel Piano Territoriale Triennale precedente

Il **Progetto Unità Mobile dell'A.S.L. della Provincia di Varese** è stato avviato nel 1996 con un apposito finanziamento della Regione Lombardia come sperimentazione di interventi di riduzione del danno con la metodologia dell'educativa di strada, rivolti a persone tossicodipendenti attive in contatto o no con i servizi territoriali competenti.

I dati di attività dell'**Unità Mobile** mostrano che circa il 60% degli utenti contattati sono persone non in contatto con i servizi socio-sanitari pubblici o del privato-sociale o che a seguito di percorsi terapeutici falliti sono tornati a fare vita di strada, in tali situazioni di privazione e bisogno la possibilità di comportamenti a rischio per la propria salute aumenta sensibilmente.

L'analisi dei dati dimostra che la tipologia di utenti prevalente è quella dei tossicodipendenti di sesso maschile. La quasi totalità dei soggetti che si avvicinano all'Unità Mobile sono poliassuntori. La sostanza di uso primario è l'eroina per via endovenosa (dati in aumento rispetto alla flessione rilevata nei primi anni), frequentemente accompagnata da abuso alcolico. Le altre sostanze di abuso sono la cocaina (soprattutto nei soggetti che assumono la terapia metadonica), la MDMA e gli psicofarmaci, con forme e modalità di assunzione diverse (policonsumi, oppure per via endovenosa e/o inalatoria). La fascia di età che rappresenta il più alto numero di utenti si colloca tra i 26 e i 35 anni; la meno rappresentativa è quella sotto i 25 anni. Si evidenziano, per una significativa tipologia di utenza, forme di dipendenza cronicizzata con una connessione diretta nell'aggravamento delle problematiche socio-sanitarie (relazionali, abitative, di prima sussistenza, legali, etc.) e di alta conflittualità con il contesto territoriale (stazioni ferroviarie, forze dell'ordine, altre fasce di marginalità sociale, ecc.).

Una riflessione di tipo qualitativo effettuata dagli operatori delle équipes dell'Unità Mobile evidenzia il tentativo dei tossicodipendenti agganciati di adottare uno stile di consumo più compatibile con una vita socialmente accettabile.

L'aumento dei "contatti" dell'Unità Mobile e la presenza significativa di soggetti non in carico al sistema dei servizi indica l'esistenza di un "sommerso" di persone tossicodipendenti bisognose di strategie di aggancio in luoghi non istituzionali.

Altri progetti si sono sviluppati recentemente ed altri si stanno esaurendo; tra questi si ricorda la **progettualità riferita al Carcere di Varese e di Busto Arsizio** (v. oltre).

Indicazioni metodologiche e priorità di intervento

Il Coordinamento Territoriale, considerati gli elementi quali-quantitativi precedentemente descritti e le caratteristiche dei Progetti "in fieri", ha individuato i seguenti **obiettivi** su cui orientare, nella fattispecie, la progettazione degli interventi progettuali:

- strutturazione di idonee procedure di diagnosi e presa in carico di tossicodipendenti con particolare riferimento alle sottopopolazioni che presentano problematiche psicopatologiche, o polidipendenze;

- aumento delle progettualità riferite al trattamento di soggetti con comportamenti di abuso/dipendenza emergenti.
- sviluppo della progettualità che si propongano di raccordare la fase finale del trattamento con quella del reinserimento con particolare riferimento ai tossicodipendenti ex detenuti e in regime di “ misure alternative alla detenzione “;
- sviluppo dell'integrazione “a rete” del sistema d'intervento sulle dipendenze.

Di seguito vengono riportate le **attività individuate come prioritarie nell'area del Trattamento e della Riduzione del danno:**

- attività finalizzate all'approfondimento clinico-diagnostico sia nella fase valutativa che precede l'invio, che nella fase iniziale di accoglienza e di contratto terapeutico, nonché ad una maggiore integrazione fra SerT e Servizi Residenziali Accreditati allo scopo di migliorare ulteriormente l'efficacia degli interventi residenziali
- sperimentazione di protocolli operativi per il trattamento di soggetti multiproblematici in carico ai Servizi:
 - che presentano una comorbidità di tipo psichiatrico
 - con molteplici comportamenti di addiction (policonsumatori)
 - tossicodipendenti senza fissa dimora e/o stranieri
 - di sesso femminile, con particolare attenzione al sostegno delle competenze genitoriali e della maternità;
- sviluppo di attività di trattamento/riduzione del danno nelle carceri e intensificazione del lavoro di rete tra il sistema dei servizi e le équipes-carcere, in particolare per quanto riguarda i percorsi alternativi alla detenzione ed il raccordo con le attività di reinserimento;
- sviluppo di progettualità che si propongano di raccordare la fase finale del trattamento con quella del reinserimento con particolare riferimento ai tossicodipendenti ex detenuti e in regime di “ misure alternative alla detenzione “;
- sperimentazione di interventi finalizzati all'aggancio relazionale, al contenimento dei fattori di rischio ed alla presa in carico di giovani consumatori e di adulti per loro significativi nell'area dei comportamenti di abuso/dipendenza emergenti o comunque attualmente poco intercettati dal sistema dei Servizi;
- sviluppo di interventi di educativa di strada, realizzati anche attraverso Unità Mobili e finalizzati ad attività di ascolto, aggancio relazionale, contenimento dei rischi, counseling psico-sociale e sanitario e orientamento alla fruizione del sistema dei servizi
- sviluppo di interventi di “bassa soglia” in grado di fornire risposta a bisogni primari e di porre in essere interventi riabilitativi aspecifici;
- sviluppo della rete territoriale, ambulatoriale e residenziale, per il trattamento dei Disturbi da uso di sostanze ed in particolare dell'alcoldipendenza;

3) AREA REINSERIMENTO SOCIALE

Analisi dei bisogni e delle linee di tendenza evolutiva dei fenomeni e degli interventi

a) Sintetica illustrazione dell'evoluzione degli interventi nell'area del reinserimento

Il sistema integrato di interventi e servizi sociali si realizza mediante politiche e prestazioni coordinate, nei diversi settori della vita sociale. Tra gli interventi che costituiscono i livelli essenziali delle prestazioni sociali erogabili si indicano gli interventi di reinserimento delle persone con problematica di dipendenza (tossicodipendenti e alcolodipendenti), come un insieme di prestazioni integrate di tipo socio-educativo. Rientrano in questa area gli interventi connessi alla vita quotidiana volti a promuovere il cambiamento delle condizioni reali di vita dei singoli e dei gruppi, contribuendo, altresì ad incidere sulla percezione sociale del fenomeno.

Interventi di promozione della formazione professionale, della formazione/lavoro, di inserimenti lavorativi, di progetti di vivibilità quotidiana, prestazioni assistenziali con destinatari sia i soggetti che le loro famiglie finalizzate ad agevolare o rendere, in alcuni casi possibili, il percorso di recupero stesso, attività educative e di sostegno a livello territoriale, interventi finalizzati alle fasce più deboli e marginalizzate, ecc.

Realizzare, in questo senso, una rete territoriale in grado di favorire l'integrazione sociale e mantenere lo stato di salute raggiunto dalla persona, attraverso momenti di sensibilizzazione, informazioni e confronto tra enti e istituzioni diversi, rappresenta un comune obiettivo, volto al miglioramento dei servizi resi ai cittadini in termini di efficacia ed efficienza.

Le direttive regionali segnalano l'importanza della realizzazione di una rete territoriale in grado di favorire l'integrazione sociale e mantenere lo stato di salute della persona, tenuto conto in particolare dell'esistenza di situazioni complesse e multiproblematiche, sia propedeutiche all'inserimento lavorativo e di collocamento al lavoro che in materia abitativa. Viene inoltre indicata quale priorità l'obiettivo di favorire l'integrazione socio lavorativa delle persone con problematiche di dipendenza attraverso la collaborazione con i Centri per l'impiego in una logica di lavoro in rete.

Per quanto riguarda l'area del Reinserimento Sociale, la programmazione dipartimentale degli interventi condotti negli anni passati era stata attuata partendo dalla rilevazione di una serie di bisogni ed aree problematiche riferite al reinserimento socio-lavorativo di persone con problemi di dipendenza.

Attraverso questo lavoro di aggiornamento del Piano si andranno ad integrare i dati quali-quantitativi precedentemente rilevati e la corrispettiva analisi dei bisogni emersi, con nuovi dati riferiti alle caratteristiche dell'utenza in carico al Dipartimento delle Dipendenze nell'anno 2003 ed una lettura dei bisogni emergenti in questo settore specifico di intervento, anche grazie ai dati emersi dai percorsi progettuali L.45 conclusi o ancora in atto nell'area sopra citata.

La programmazione dipartimentale, in linea con quella regionale, ha posto l'accento su alcuni aspetti significativi:

- *l'attenzione alla persona* e ai suoi comportamenti più che al consumo/abuso di sostanze;
- lo sviluppo di interventi di inserimento lavorativo *integrati* al processo di cura e di integrazione sociale dei soggetti con problematiche di dipendenza,
- lo sviluppo e *l'implementazione di una rete territoriale* stabile e diversificata fra i diversi soggetti istituzionali coinvolti nell'attuazione di interventi socio-lavorativi in favore di persone con problematiche di dipendenza.

Lo spostamento di attenzione dal consumo/abuso alla persona ha fatto sì che si potessero pensare e programmare interventi personalizzati finalizzati all'individuazione delle risorse, delle abilità e delle capacità residue presenti in ogni soggetto, delle sue potenzialità oltre che delle sue difficoltà e limiti oggettivi. L'obiettivo principe è stato quello di promuovere quindi nella persona dipendente da sostanze legali ed illegali percorsi volti a recuperare e promuovere, per quanto possibile, maggiore autonomia sociale, lavorativa ed abitativa, nonché di recuperare diversi livelli di capacità relazionale. Come si vedrà successivamente, il Dipartimento ha investito a partire dal 2000 una quota significativa del Fondo ex L.45 assegnato a questa area sul Progetto "P.O.I.S. - Progetto Orientamento e Inserimento Sociale" e sul Progetto "P.O.I.L. – Progetto Orientamento e Inserimento Lavorativo" che prevede attività di Orientamento e Mediazione al lavoro per soggetti che esprimono un bisogno socio-lavorativo.

Altro elemento significativo che ha orientato le precedenti programmazioni è stato quello di pensare all'inserimento lavorativo non solo come conclusione di un processo riabilitativo individuale, ma anche come intervento attuabile durante lo svolgimento del percorso terapeutico stesso e quindi non necessariamente correlato ad una situazione di drug-free stabilizzata. Questo ha permesso di porre l'accento sulla valenza terapeutica dell'esperienza lavorativa anche durante la fase trattamentale, ovviamente per quelle persone che, dopo una fase valutativa, orientativa e motivazionale condotta precedentemente, mostravano una compatibilità con l'attività lavorativa.

Non ultimo, l'attenzione in questi anni è stata rivolta anche allo sviluppo ed all'implementazione di una rete territoriale stabile e diversificata fra i diversi attori istituzionali coinvolti negli interventi socio-riabilitativi: si è cercato quindi di costruire, ampliare e stabilizzare i rapporti con le istituzioni pubbliche (altri servizi aziendali territoriali, gli enti locali, la Provincia), le organizzazioni del privato sociale (consorzi e cooperative sociali di tipo B consorziate e non), il mondo del profit (aziende, associazioni di categoria, sindacato), le agenzie interinali, il mondo del volontariato e dell'associazionismo. Interventi mirati quindi non soltanto sul target "tossicodipendenti/alcolodipendenti", ma anche sulle diverse risorse territoriali istituzionali e non, coinvolte nella fase del reinserimento attraverso interventi di sensibilizzazione ed informazione riguardanti il tema "dipendenza e lavoro". Attenzione particolare è stata posta non solo al mondo della cooperazione sociale (luogo da anni privilegiato per la sperimentazione di percorsi di inserimento lavorativo con l'utilizzo di strumenti differenziati), ma anche al mondo del profit al fine di sviluppare rapporti di collaborazione stabilizzati e finalizzati a creare nuove opportunità lavorative per le persone in fase di reinserimento sociale.

b) Evoluzione dei bisogni

Dall'analisi dei dati dell'**utenza tossicodipendente** seguita dalle sette Sedi Ser.T. nell'anno 2003 emerge che su 3223 utenti in carico (di cui l'85% maschi ed il 15% femmine), il 42% circa delle persone risultano essere occupate, il 28% circa disoccupate e quasi il 3% risulta essere sottoccupate; il 9% dell'utenza dichiara di lavorare saltuariamente, mentre il 6% si trova in una condizione non professionale (casalinga/o, studente/ssa, pensionato/a) (vedi Tabella 1).

I dati relativi all'occupazione presentano inoltre alcune variazioni territoriali, conseguenza spesso determinata da fattori socio-economici locali.

Tabella 1 – Situazione occupazionale utenti tossicodipendenti anno 2003.

PROFESSIONE	TOTALI			PERCENTUALI		
	M	F	T	M	F	T
Occupato	1204	169	1373	43,62	36,50	42,60
Disoccupato	788	100	888	28,55	21,60	27,55
Sottoccupato	108	38	146	3,91	8,21	4,53
In cerca 1° occupaz.	41	18	59	1,49	3,89	1,83
Casalinga/o	4	29	33	0,14	6,26	1,02
Studente/ssa	115	23	138	4,17	4,97	4,28
Occupato saltuario	260	50	310	9,42	10,80	9,62
Pensionato	47	12	59	1,70	2,59	1,83
Altro/Non rilevato	193	24	217	6,99	5,18	6,73
TOTALI	2760	463	3223	100,00	100,00	100,00

Si rileva inoltre che solo lo 0,5% dell'utenza tossicodipendente non ha nessun titolo di studio; il 12% è in possesso della Licenza Elementare non terminando quindi la scuola dell'obbligo, mentre il 57% circa è in possesso del titolo di Licenza Media Inferiore. Solo il 16% dell'utenza è invece in possesso di un diploma; come per gli anni passati, mediamente la popolazione femminile è in possesso di un titolo di studio più elevato degli uomini (vedi Tabella 2).

Tabella 2 – Titolo di studio utenti tossicodipendenti anno 2003.

TITOLO DI STUDIO	TOTALI			PERCENTUALI		
	M	F	T	M	F	T
Nessuno	15	4	19	0,54	0,86	0,59
Licenza Elementare	350	38	388	12,68	8,21	12,04
Licenza Media	1608	243	1851	58,26	52,48	57,43
Diploma	442	103	545	16,01	22,25	16,91
Tit. Parauniv.	45	24	69	1,63	5,18	2,14
Laurea	33	15	48	1,20	3,24	1,49
Non ril./Scon.	267	36	303	9,67	7,78	9,40
TOTALI	2760	463	3223	100,00	100,00	100,00

L'utenza complessiva di **persone alcoldipendenti** in carico al Dipartimento nell'anno 2003 è pari a 908. I dati sullo stato disoccupazionale sopra esposti confermano che esiste un bisogno legato all'occupazione lavorativa dell'utenza dei Ser.T. di cui i Servizi sono stati chiamati a farsi carico. Inoltre, i dati sulla scolarizzazione evidenziano la necessità di favorire anche occasioni formative al fine di promuovere una maggiore qualificazione professionale della persona che sia congruente non solo alle caratteristiche ed attitudini lavorative della stessa, ma anche rispondente alle caratteristiche e alle richieste del mercato del lavoro.

Incrociando una serie di variabili socio-anagrafiche dell'utenza tossicodipendente, si rileva che una parte significativa delle persone che sono disoccupate e che fanno richiesta di aiuto ai servizi al fine di trovare un'occupazione lavorativa si caratterizza per una serie di aspetti critici e problematici tali da rappresentare una fascia debole e marginale². Tali soggetti, infatti, presentano spesso uno stato di cronicizzazione della dipendenza, di recidiva o abbandono del programma terapeutico, appartengono a classi di età più elevate (spesso oltre i 39 anni) ed hanno un basso livello di scolarizzazione (licenza elementare); le esperienze lavorative pregresse si caratterizzano per lavori saltuari e appartenenti alla fascia del 'sommerso', con un quasi inesistente livello di professionalizzazione. Una parte significativa delle richieste di intervento per la ricerca di una collocazione lavorativa quindi provengono da quella fascia di utenti definiti a "*bassa soglia*" e che si trovano in uno stato di marginalità sociale.

Ad aggravare e complicare una situazione già critica si evidenziano in alcuni soggetti problemi sanitari (sieropositività), psichici (comorbidità psichiatrica) oppure problemi giudiziari complessi. In tale utenza, caratterizzata anche da una bassa autonomia lavorativa, l'inserimento lavorativo mediante borsa lavoro o tirocinio lavorativo potrebbe risultare opportuno e congruo alle caratteristiche e abilità della persona, ma risulta invece spesso ostacolato dalle problematiche economiche compresenti che pongono reali problemi di sussistenza. La bassa retribuzione economica prevista da tali strumenti occupazionali spesso non è in grado di sopperire ai bisogni individuali; da qui deriva frequentemente una diminuzione della motivazione per il percorso riabilitativo proposto o addirittura l'interruzione dello stesso.

L'insieme di queste caratteristiche problematiche fa sì che neanche gli operatori dei servizi possano riuscire ad individuare elementi significativi tali da permettere una valutazione della reale tenuta lavorativa della persona; i Servizi sono quindi tutt'ora impegnati nella riflessione su nuovi e possibili percorsi di sperimentazione di inserimento protetti per questa fascia debole di utenza più problematica.

Il 44% circa degli utenti tossicodipendenti in carico ai servizi è in trattamento sostitutivo (metadone a breve, medio, lungo termine; buprenorfina); all'interno di questa percentuale una fascia significativa di persone porta agli operatori una richiesta di inserimento lavorativo. Spesso le caratteristiche di personalità di questi soggetti, la situazione fisica e psicologica non compromessa unitamente all'utilizzo di una terapia sostitutiva mostrano il più delle volte una compatibilità con l'attività lavorativa; lo strumento dell'inserimento lavorativo diviene in questi casi una vera e propria esperienza occupazionale che prevede l'assunzione a salario di ingresso a tempo determinato o a lungo termine.

² Per un'analisi più dettagliata si rimanda al paragrafo successivo che prende in esame i dati riferiti al progetto dipartimentale "P.O.I.S. Progetto Orientamento Inserimento Sociale " (anni 2000-2003).

In questi ultimi anni, grazie al lavoro condotto sia dal Tavolo ex L.45 del Reinserimento Lavorativo che dalle attività del Progetto dipartimentale “P.O.I.S. – Progetto Orientamento Inserimento Sociale” e P.O.I.L., è stato condotto nel mondo della cooperazione sociale di tipo B del territorio provinciale un’opera di sensibilizzazione, di socializzazione e di condivisione degli effetti dei trattamenti farmacologici sostitutivi e degli obiettivi terapeutici legati ad essi. Questo lavoro ha permesso di operare un cambiamento di tipo culturale in quelle unità d’offerta lavorative del territorio che avevano individuato erroneamente nel trattamento sostitutivo un ostacolo alla possibilità di svolgere adeguatamente ed efficacemente la mansione lavorativa da parte di quella fascia d’utenza inseribile in cooperativa sociale che mostrava, al di là dell’utilizzo del farmaco sostitutivo, *una media o alta autonomia lavorativa*.

Gli operatori dei Ser.T. spesso si devono anche confrontare con una *ridotta disponibilità finanziaria da parte degli enti locali* per l'erogazione di borse lavoro e di tirocini lavorativi; senza il contributo economico del comune diventa impossibile attivare percorsi di inserimento lavorativo con questi due strumenti.

Inoltre, gli operatori si stanno anche confrontando con i N.I.L./S.I.L. comunali che si occupano espressamente di inserimento lavorativo di soggetti appartenenti alle categorie svantaggiate e che ripongono quale interlocutori privilegiati nell'erogazione dei contributi economici per l'attivazione delle borse lavoro e dei tirocini lavorativi. Con alcuni di questi sono in atto nuove ed efficaci modalità di collaborazione anche attraverso la definizione e la stipula di Protocolli d'Intesa per facilitare e promuovere azioni in questa area di intervento.

Dati ricavabili dalle progettualità già approvate nel quinquennio trascorso

Dati rilevati dall’operatività del Progetto “P.O.I.S. 1” del Dipartimento delle Dipendenze (anni 2000 - I° semestre 2003).

Il Progetto triennale “P.O.I.S.”, attivato a partire da luglio 2000 con un finanziamento ex L.45, si è dato come obiettivo prioritario in questi anni di attività la costruzione di una rete sociale stabile e diversificata all’interno della quale realizzare percorsi di Inserimento Lavorativo utilizzando principalmente lo strumento dell’*Orientamento* e della *Mediazione al lavoro*. Tali metodologie sono state individuate dall’équipe di progetto come elettive ed in grado di garantire da una parte l’interfaccia fra i bisogni lavorativi dei tossicodipendenti in carico ai Presidi Ser.T. e le unità d’offerta lavorative territoriali; dall’altra garantire il necessario accompagnamento all’inserimento dell’utente soprattutto nella fase iniziale del percorso e nel corso delle periodiche verifiche per monitorarne l’andamento.

Il Progetto ha previsto inoltre azioni sperimentali rivolte all’Inserimento Sociale in particolare nell’area del ‘tempo libero’, attraverso la costituzione di una banca dati dinamica delle risorse aggregative territoriali e la possibilità di pensare a percorsi di accompagnamento individualizzati per la fruizione di tali risorse.

In linea con gli assunti di base della programmazione dipartimentale inizialmente esposti, il Progetto considera l’Inserimento Lavorativo un intervento realizzabile in qualsiasi fase del programma terapeutico, quindi non necessariamente proponibile alla fine del percorso trattamentale ed in una situazione di *drug-free* stabilizzato. L’esperienza lavorativa viene considerata nella sua valenza terapeutica: il lavoro diviene veicolo di normalità, facilitatore di rapporti sociali, strumento che permette

l'acquisizione dell'identità di lavoratore e quindi la definizione dell'identità personale del soggetto, contributo necessario all'avanzamento terapeutico. L'attenzione viene posta inoltre sulla persona non tanto sul comportamento di abuso di sostanze: compito dell'attività di Orientamento risulta essere quello di lavorare su risorse, potenzialità ed abilità della persona attraverso un bilancio di competenze, professionale e personale che passa attraverso un processo di auto ed etero-valutazione.

E' risultato opportuno, tenuto conto delle peculiari caratteristiche dell'utenza dei Presidi Ser.T., prevedere percorsi di accompagnamento e monitoraggio individualizzati (garantiti dall'operatore della mediazione) al fine di prevenire il possibile *burn-out* della persona, e favorire una sensibilizzazione delle unità d'offerta lavorative territoriali in tema di tossicodipendenza e lavoro.

Altro elemento programmatico che ha caratterizzato le attività progettuali ha riguardato lo sviluppo e l'*implementazione di una rete territoriale* stabile e diversificata fra i diversi soggetti istituzionali coinvolti nell'attuazione di interventi socio-lavorativi in favore di persone con problematiche di dipendenza. Le unità d'offerta lavorative prioritarie sono state inizialmente le cooperative sociali di tipo B; azioni particolari sono state rivolte anche al mondo delle aziende profit, utilizzando come facilitatori i vari rappresentanti del mondo imprenditoriale (associazioni di categoria) e del sindacato (attività con il Gruppo Guida).

Quattro sono state quindi le principali attività:

1. **Ricerca intervento:** ha previsto la mappatura delle risorse lavorative territoriali (aziende, cooperative sociali, centro servizi lavoro, S.I.L., organizzazioni sindacali, associazioni di categoria,...), la rilevazione e l'analisi dei loro bisogni e la costituzione della relativa banca dati.
 - E' stato poi individuato un referente per ogni agenzia lavorativa territoriale che ha preso parte al lavoro del Gruppo Guida. Parallelamente si è proceduto alla rilevazione dei bisogni lavorativi degli utenti dei 7 Presidi Ser.T. individuati;
 - E' stata promossa poi una attività di 'forma-azione' al Gruppo Guida: ai membri del gruppo sono stati restituiti i dati emersi dall'analisi dei bisogni precedentemente condotta e sono state attuate attività di informazione e sensibilizzazione rispetto al tema 'dipendenza e lavoro'. Obiettivo principale delle attività del gruppo è stato la costruzione di ipotesi operative al fine di trovare insieme soluzioni possibili ai rispettivi problemi e bisogni emersi, utilizzando la metodologia della *programmazione partecipata*.
2. **Attività di Orientamento all'utenza:** attuata dagli operatori della mediazione e finalizzata alla conoscenza della motivazione al lavoro della persona, le sue precedenti esperienze lavorative ed eventuali fallimenti, le relative aspettative, la conoscenza delle risorse e dei limiti del soggetto attraverso lo strumento del colloquio;
 - l'individuazione dell'azienda-cooperativa che abbia compatibilità con le risorse della persona, attraverso la conoscenza non solo della struttura organizzativa, ma anche del "clima" lavorativo ed emotivo che la caratterizza;
 - la presentazione e l'accompagnamento della persona sul luogo di lavoro;
 - verifiche periodiche attraverso colloqui con il referente aziendale o della cooperativa, con il Tutor qualora sia presente, con la persona collocata e con i Servizi che hanno proposto il caso.

3. **Attivazione di Inserimenti lavorativi**, supportati dalla Mediazione al lavoro, attraverso strumenti diversificati quali tirocini lavorativi, borse-lavoro, inserimenti in cooperativa con salario d'ingresso.
4. Per quanto concerne la parte del Progetto preposta all'Inserimento Sociale e in particolare modo all'area del tempo libero, è stata condotta una **mappatura** delle risorse ricreative e socializzanti del territorio provinciale con relativa banca dati.

Di seguito vengono riportati i dati quali-quantitativi (prevalentemente socio-anagrafici) rilevati nel corso del lavoro di Orientamento con l'utenza tossicodipendente da Gennaio 2001 a giugno 2003 e che permettono di tracciare un *profilo dell'utente* che ha usufruito delle attività progettuali.

Risultati conseguiti

Gli operatori della mediazione hanno visto 171 persone, di cui 129 maschi e 42 femmine. L'utente è quindi prevalentemente maschio (75,44%), italiano (97%), con un'età media di 36 anni, celibe nel 60% dei casi e residente nel proprio nucleo familiare di origine nel 53%; il titolo di studio prevalente è quello della Licenza Media Inferiore nel 52% dei casi. Rispetto allo stato occupazionale, l'utente tipo è chiaramente disoccupato, ed ha svolto come ultima occupazione lavori precari e occasionali nel 73% dei casi; ha lavorato con qualifica di operaio generico nel 44% dei casi e di operaio qualificato nel 26% dei casi. Il 44% ha precedenti giudiziari e il 33% è stato in carcere per reati connessi all'uso di sostanze. Il 63% dei segnalati aveva un trattamento farmacologico sostitutivo in corso; il 66% e aveva già svolto trattamenti riabilitativi. Il 9% ha una diagnosi psichiatrica certificata.

Dei 171 soggetti presi in carico, il 95% ha attuato un percorso di Orientamento; di essi, il 45% è stato inserito nel mondo del lavoro, nella quasi totalità in cooperative sociali di tipo B (Grafico1); sono stati utilizzati tutti **gli strumenti** a disposizione degli operatori, beneficiando non solo di contributi economici provenienti dai canali istituzionali (tirocini e borse lavoro), ma anche di postazioni messe a disposizione dalle cooperative sociali grazie a finanziamenti L.45 (Grafico 2). Questo ha permesso di facilitare in modo considerevole l'attivazione dell'inserimento in cooperativa, accorciando significativamente i tempi di attuazione.

Grafico 1 – Luoghi dell'inserimento lavorativo dell'utenza

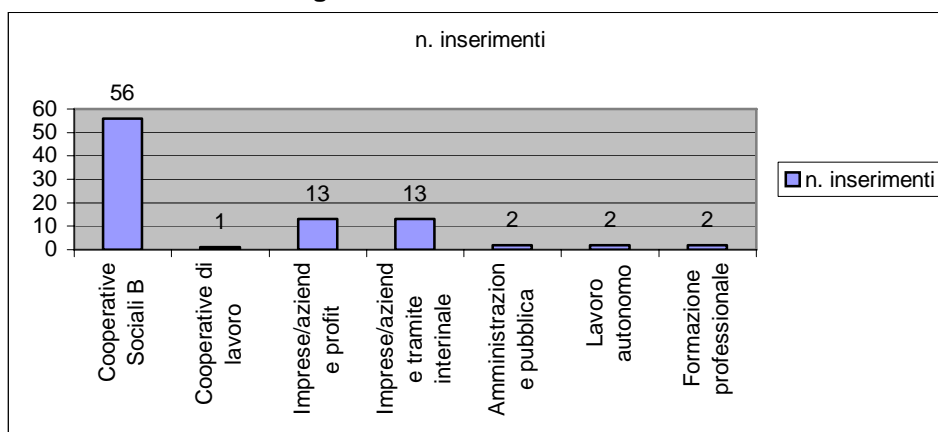
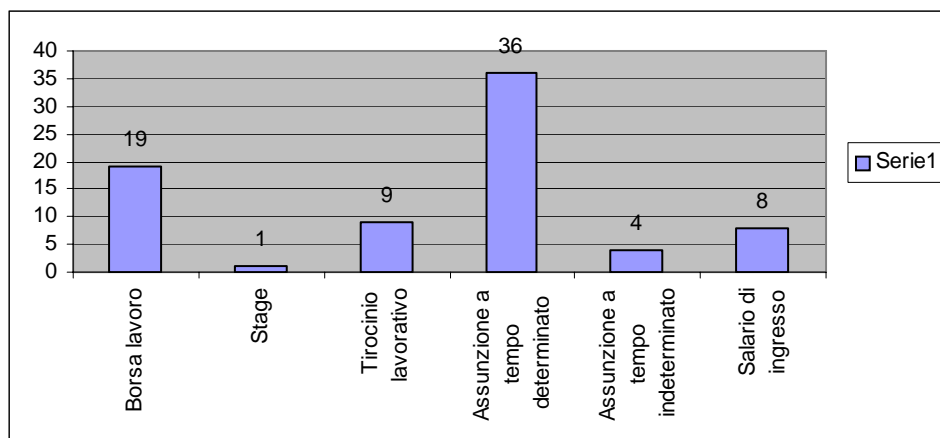


Grafico 2 – Strumenti utilizzati nell’inserimento lavorativo

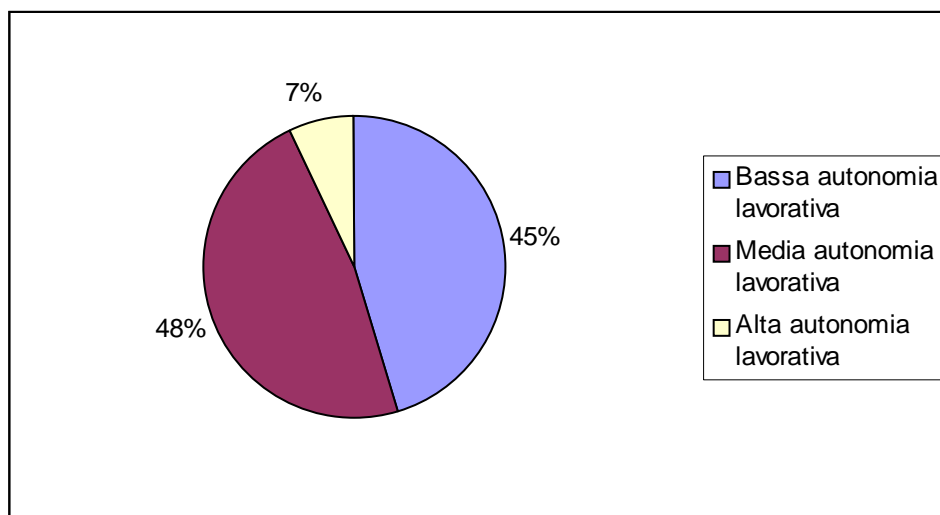


Rispetto all’esito della fase di Orientamento, il percorso valutativo ha permesso di suddividere l’utenza in tre macro-categorie per definire il **profilo lavorativo** della persona che tenesse conto sia dell’esito del bilancio personale, professionale e di competenze, che della motivazione al lavoro, delle precedenti esperienze lavorative ed eventuali fallimenti, delle relative aspettative, delle risorse e dei limiti individuali. Gli utenti si caratterizzano quindi per:

- alta autonomia lavorativa
- media autonomia lavorativa
- bassa autonomia lavorativa

Come si può vedere dal Grafico 3, una parte significativa dell’utenza presentava una bassa autonomia lavorativa (45%), unitamente ad una serie di altre problematiche più legate alle condizioni psico-fisiche o giudiziarie che andavano a compromettere maggiormente la situazione.

Grafico 3 – Profilo lavorativo dell’utenza

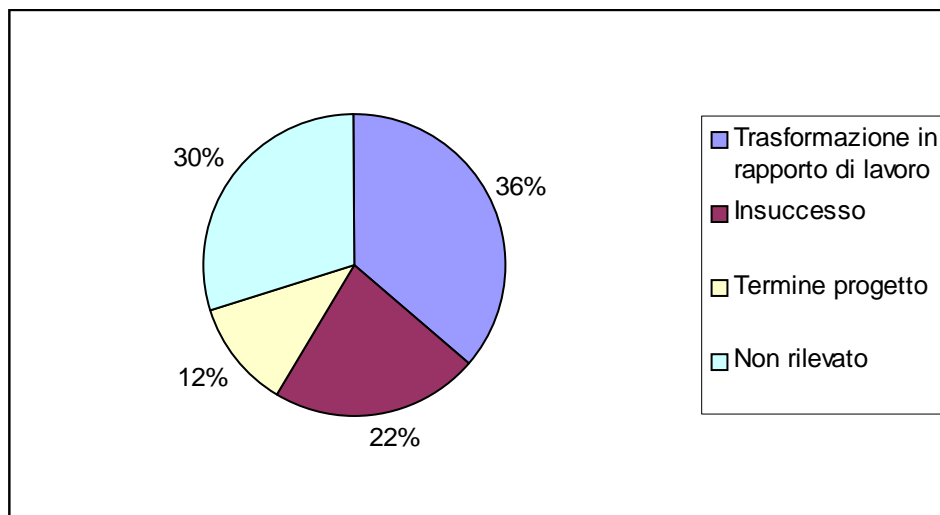


Facendo un incrocio fra profilo lavorativo e strumento utilizzato, è possibile rilevare un uso prevalente del tirocinio lavorativo e della borsa lavoro con quelle persone che presentavano a fine percorso orientativo una bassa autonomia lavorativa; in alcuni

casi il tirocinio lavorativo è stato utilizzato come strumento propedeutico dell'Orientamento, in grado quindi di fornire una serie di informazioni più qualitative sulla tenuta effettiva della persona direttamente all'interno del contesto lavorativo (informazioni difficilmente rilevabili senza una sperimentazione diretta sul campo). Le persone che presentavano una media autonomia lavorativa sono state inserite sempre all'interno della cooperazione sociale ma prevalentemente con lo strumento del salario di ingresso (in alcuni casi è stato previsto un breve periodo osservativo con la borsa lavoro che è stata tramutata poi in salario di ingresso). Le persone che mostravano una maggiore autonomia lavorativa invece erano in grado di fruire delle risorse profit, e nella quasi totalità, dopo essersi rivolte ad agenzie interinali, hanno trovato autonomamente una occupazione (oppure sono state assunte direttamente da cooperative sociali B che richiedevano persone già formate e con esperienza in un settore specifico di produzione).

Rispetto invece all'**esito dell'inserimento lavorativo**, è stato possibile continuare a monitorare il percorso lavorativo della persona nel 70% circa dei casi; il rimanente 30% si è sganciato dal servizio e quindi ha concluso il progetto individualizzato. Ragionando sui progetti monitorati nel tempo, è stato possibile rilevare questi differenti percorsi (Grafico 4): nel 36% dei casi, la persona è stata assunta dall'unità d'offerta lavorativa attraverso un rapporto di lavoro continuativo; il 12% ha portato a termine il percorso individualizzato in cooperativa; per il rimanente 22% l'esperienza di inserimento lavorativo si è conclusa a causa di un insuccesso motivato prevalentemente da una ricaduta nello stato di dipendenza che ha agito sia sulla prestanza lavorativa che sul grado di motivazione al lavoro.

Grafico 4 – Esito dell'inserimento lavorativo



Possiamo concludere sottolineando che gli obiettivi individuati nel progetto personalizzato sono stati raggiunti nella quasi totalità per circa il 78% dei soggetti seguiti.

Viene così confermata la validità delle metodologie sperimentate in questi tre anni di attività, tanto che si cercherà sia di stabilizzare nel tempo gli interventi degli operatori della mediazione che di trasmettere saperi e competenze acquisiti nel tempo agli operatori dei Ser.T..

L'analisi dei dati fin qui esposti suggerisce che la fascia d'utenza che, pur non costituendo la maggioranza, presenta maggiore problematicità è quella individuabile all'interno di uno stato di marginalità ed esclusione sociale cronicizzate, caratterizzata inoltre da bassa scolarizzazione, basso profilo professionale, bassa autonomia sia lavorativa che personale ed età elevata. A fianco di queste caratteristiche si inserisce un uso saltuario di sostanze che compromette ulteriormente sia le abilità che la motivazione individuale con un peggioramento dello stato di inadeguatezza complessiva.

Da diverso tempo gli operatori della mediazione congiuntamente con quelli dei Ser.T. si stanno interrogando in merito agli interventi adeguati proponibili e sostenibili per rispondere almeno parzialmente ai bisogni, a volte primari, espressi da questa tipologia d'utenza. Particolare attenzione nell'ambito della programmazione dipartimentale, anche attraverso il confronto con il Privato sociale, verrà dedicata anche all'area della "bassa soglia".

Rispetto invece al lavoro di *implementazione della rete territoriale*, il Progetto ha lavorato in questi anni al fine di stabilizzare i rapporti di collaborazione non solo con il privato sociale (cooperative B e Consorzi) ma anche con il mondo del profit (associazioni di categoria e sindacati operanti nel territorio provinciale). Dopo due anni di attività, i membri del Tavolo del 'Gruppo Guida' hanno aderito al Progetto dipartimentale "*Sensibilizzazione alle problematiche della dipendenza nei luoghi di lavoro*" (progetto reso operativo grazie all'ultimo finanziamento F.N.L.D. - anno 2002) che avrà come principale obiettivo quello di favorire l'attivazione di percorsi di Inserimento Lavorativo presso alcune aziende profit del territorio attraverso due macro-azioni principali:

- la sensibilizzazione del mondo imprenditoriale con l'attivazione di percorsi formativi rivolti a datori di lavoro e/o quadri dirigenziali e intermedi al fine di promuovere atteggiamenti più consapevoli nei confronti delle droghe legali ed illegali;
- la sperimentazione di 5 percorsi di inserimento lavorativo di soggetti in carico al Dipartimento delle Dipendenze attraverso lo strumento del tirocinio lavorativo in aziende profit.

Il Progetto è partito ufficialmente a fine 2003 ed è nella fase di avvio; il gruppo di lavoro sta occupando della programmazione degli interventi di sensibilizzazione e informazione rispetto al tema "dipendenza e lavoro" da attuarsi in azienda. In seconda battuta procederà alla selezione di persone da inserire in azienda tenendo conto che le caratteristiche soggettive dovranno risultare compatibili con quelle delle postazioni lavorative individuate (in questa fase fondamentale sarà il percorso orientativo per garantire un adeguato matching).

Osservazioni e riflessioni nate nel corso dei lavori del "Tavolo Territoriale del Reinserimento Lavorativo" – precedente finanziamento L.45 (Esercizio 2003) e analisi dei risultati

Nel corso di questi anni i membri partecipanti al Tavolo sopra citato hanno lavorato in modo sinergico al fine di progettare interventi sul territorio che rispondessero il più possibile ai bisogni espressi sia dagli operatori del sistema dei servizi che dall'utenza in fase di reinserimento socio-lavorativo. Partendo quindi da un'accurata un'analisi dei bisogni si è arrivato a tracciare un profilo di utenza afferente alle cooperative sociali di

tipo B e loro consorzi congruente con quello tracciato dai dati provenienti dall'Osservatorio delle dipendenze.

Si evidenzia infatti una parte di utenza inserita che si caratterizza per una *elevata problematicità*: persone nella fascia di età tra i 30 e i 40 anni, con un basso livello di scolarizzazione, appartenenti a famiglie d'origine perlopiù problematiche, con una storia significativa legata al consumo di sostanze e spesso con un trattamento farmacologico in atto, con problemi di salute connessi allo stato di sieropositività; con una motivazione lavorativa ed in genere al cambiamento esistente ma non sufficientemente espressa, con difficoltà di tipo economico e di isolamento sociale e con problematiche anche di tipo penale.

Da qui è nata da una parte l'esigenza di individuare strumenti appropriati per l'inserimento lavorativo di un'utenza problematica (ad esempio la sperimentazione del tirocinio terapeutico) e parallelamente anche la necessità di acquisire strumenti finalizzati ad un aumento delle competenze degli operatori professionali del settore in grado di garantire una adeguata gestione dell'inserimento lavorativo di queste persone con elevato grado di problematicità.

Un altro elemento importante emerso è uno stato di *saturazione delle postazioni lavorative in cooperativa* che non facilita l'attivazione di nuovi percorsi lavorativi. Per poter fronteggiare tale situazione il Tavolo di comune accordo ha ragionato sul modo di promuovere, attraverso percorsi di accompagnamento individualizzato, la transizione dell'utenza a termine percorso dalla cooperativa sociale al mondo delle aziende profit, con sviluppo di attività progettuali miranti alla implementazione delle collaborazioni fra sistema dei servizi, cooperative sociali di tipo B e aziende.

Considerati gli elementi quali-quantitativi sopra descritti ed integrati con altri forniti dall'Osservatorio delle dipendenze, è possibile evidenziare alcuni **fenomeni** rilevabili a livello provinciale che possono essere così descritti:

- la presenza di una quota significativa di soggetti dipendenti da oppiacei che presentano una cronicizzazione del sintomo tossicomane con necessità di una presa in carico terapeutica a lungo termine e che porta una richiesta di inserimento lavorativo;
- una quota significativa di soggetti che presentano una bassa scolarità;
- la presenza di una quota significativa di soggetti disoccupati o sottoccupati;
- il cambiamento delle caratteristiche del fenomeno della dipendenza riferito alle modalità di uso della sostanza e della sostanza di abuso primaria: l'aumento dell'assunzione di cocaina e di quelle forme di dipendenza da sostanze compatibili con una vita sociale "normale" anche sul versante lavorativo;
- la necessità di rimodulare l'intervento terapeutico in riferimento al cambiamento del "fenomeno dipendenza" nel nostro territorio. Il "percorso di intervento terapeutico classico" che prevede un trattamento ambulatoriale (presso il Ser.T.) o residenziale (presso la Comunità terapeutica) seguito da una fase di reinserimento in Cooperativa sociale si sta diversificando in percorsi residenziali brevi o nella sperimentazione di interventi risocializzanti e riabilitativi anche nella prima fase di presa in carico;
- nell'intervento di inserimento lavorativo si assiste ad una flessione delle postazioni disponibili nelle cooperative sociali per inserire soggetti tossicodipendenti o alcolodipendenti (anche a causa di una difficoltà da parte dei Comuni di segnalare persone tossicodipendenti per le postazioni disponibili con le convenzioni L.381);

- una ridotta disponibilità finanziaria da parte degli enti locali per l'erogazione di borse lavoro e di tirocini lavorativi.
- Questi fenomeni fanno nascere alcuni **problemi** nell'area del reinserimento sociale e lavorativo:
- una cronicizzazione dell'esclusione dal mondo del lavoro di una parte dei soggetti in carico ai Ser.T. che si traduce in esclusione sociale, in contiguità con ambienti criminosi, in lavoro sommerso;
- una difficoltà oggettiva per una quota di soggetti in trattamento al Ser.T a reperire un'occupazione per diverse ragioni: presenza di patologie correlate alla dipendenza, scolarità/professionalità bassa, difficoltà a orientarsi e a proporsi nel mondo del lavoro per mancanza di informazioni e per scarsa conoscenza e valorizzazione delle proprie capacità.;
- il basso livello di istruzione e la mancanza di una professionalità specifica sono elementi che, uniti ad altri, favoriscono il lavoro nero, l'occupazione saltuaria, l'illegalità. Nello stesso momento le esperienze lavorative precarie o di illegalità rinforzano gli elementi di disagio iniziale; si produce così un circolo vizioso che si autoalimenta anche quando la persona sceglie di intraprendere autenticamente un percorso di cambiamento;
- la quasi saturazione delle postazioni lavorative delle cooperative sociali presenti sul territorio provinciale;
- la carenza di postazioni lavorative aventi caratteristiche diverse che permettano la declinazione di progetti lavorativi individualizzati: la cooperativa sociale per quei soggetti a bassa e media autonomia lavorativa che necessitano di un ambiente protetto nel quale sperimentarsi e riqualificarsi; le aziende profit per coloro che possono accedere al mercato del lavoro ordinario (alta autonomia lavorativa);
- la presenza di "passaggi critici" e delicati per la persona dipendente: l'uscita dal carcere, la dimissione dalla Comunità Terapeutica, la transizione dalle cooperative sociali al mondo del lavoro profit.

Obiettivi, indicazioni metodologiche e priorità di intervento

Il Coordinamento Territoriale, considerati gli elementi quali-quantitativi precedentemente descritti e le caratteristiche dei Progetti "in fieri", ha individuato il quale **obiettivo** la stabilizzazione ed il consolidamento di idonee procedure per aumentare gli inserimenti lavorativi riferiti a gruppi di utenza caratterizzati da una bassa autonomia lavorativa e problematiche di marginalità ed esclusione sociale e, conseguentemente individuato come prioritarie le seguenti attività:

- attività di inserimento lavorativo, rivolte alle seguenti categorie di utenti con comportamenti di abuso/dipendenza:
 - detenuti o ex detenuti in fase di reinserimento sociale,
 - soggetti in misure alternative alla detenzione o di reinserimento "comunitario";
 - soggetti multiproblematici o con particolare problematicità clinica e/o sociale,
- percorsi di reinserimento "lunghi", che prevedano fasi di orientamento e formazione specifica, coerenti con le attitudini individuali, e che consentano l'osservazione delle persone nella situazione lavorativa;

- attività finalizzate ad aumentare la consapevolezza delle proprie capacità, potenzialità e risorse preliminari e che prevedano l'utilizzo di tutti gli strumenti resi disponibili da un efficace percorso di orientamento e mediazione al lavoro con particolare attenzione alla congruenza tra obiettivi, percorsi proposti, strumenti e situazione di elevata problematicità dei soggetti;
- sviluppo di progettualità che consentano di implementare la rete di collaborazioni tra il Sistema dei Servizi, le Cooperative Sociali e le aziende profit;
- attività che prevedano una adeguata integrazione delle azioni progettuali con risorse e competenze già presenti anche in una prospettiva di razionalizzazione economica.

CRITERI TERRITORIALI PER LA PROGETTAZIONE

I presenti criteri territoriali per la progettazione, **integrativi e non sostitutivi delle direttive regionali impartite con D.G.R. 19977/2004**, disciplinano le modalità di ammissione, valutazione e finanziamento dei progetti presentati, dagli enti abilitati, per il finanziamento con le risorse del Fondo Nazionale per le Politiche Sociali anno 2004 - Interventi per la lotta alla droga.

CRITERI GENERALI PER LA PROGETTAZIONE (validi per tutte le tre aree di intervento)

I progetti devono essere redatti sull'apposita " Scheda regionale per la presentazione dei progetti" allegato B alla D.G.R. n VII/4768 del 24 maggio 2001, compilata in ogni sua parte e fatta pervenire entro la data di scadenza al protocollo generale dell' ASL di Varese.

Le eventuali collaborazioni al progetto (punto 20 della predetta "Scheda regionale per la presentazione dei progetti") da parte di soggetti diversi dall'Ente che presenta la richiesta di contributo devono essere comprovate da documentazione scritta rilasciata dal legale rappresentante o dal responsabile della struttura collaborante allegate alla "scheda regionale per la presentazione dei progetti".

I contributi verranno concessi nella misura massima del 70% del costo del progetto (importo indicato all'item 54 della "Scheda regionale per la presentazione dei progetti") ritenuto ammissibile in sede di valutazione e verranno erogati in due tranches (la prima, pari al 80%, del contributo a seguito dell'assenso al progetto, la seconda pari al 20% alla realizzazione degli interventi previsti).

I Progetti, pena la non ammissione al finanziamento, devono prevedere la valutazione del grado di raggiungimento degli obiettivi di cambiamento dettagliati nell'item 51 della "scheda regionale per la presentazione dei progetti". I dati relativi agli esiti della valutazione devono essere messi a disposizione dell'Osservatorio Territoriale Dipendenze;

Non saranno considerati ammissibili Progetti presentati da Enti e soggetti che non abbiano partecipato almeno al 75% degli incontri dedicati alla concertazione della progettazione ("Tavoli d'area" relativi alle aree della Prevenzione, Trattamento/Riduzione del Danno, Reinserimento Sociale). I partecipanti dovranno autocertificare nei modi di legge il possesso della delega da parte del legale rappresentante dell'Ente a rappresentare l'Ente medesimo sui tavoli di concertazione. La stessa persona non può rappresentare più enti sullo stesso tavolo di concertazione.

Il soggetto che presenta il progetto assume anche l'obbligo di partecipare, dopo l'eventuale finanziamento, ai "Tavoli d'Area" allo scopo di favorire la messa in rete delle attività progettuali, nonché un adeguato confronto di metodologie e risultati.

I Progetti dovranno mettere a disposizione dell'Osservatorio Territoriale Dipendenze le informazioni quali-quantitative inerenti:

- le attività progettuali svolte,

- le caratteristiche e i bisogni del target oggetto dell'intervento rilevati durante l'attività progettuale.

Ove i progetti presentati in una o più aree (Prevenzione, Trattamento/Riduzione del Danno, Reinserimento sociale) e settori di intervento (Pubblico, Privato) non esauriscano il budget previsto per l'area, la quota di budget d'area residua verrà destinata dalla Direzione del Dipartimento Dipendenze ad iniziative realizzate dai Servizi ASL nella medesima area (Prevenzione, Trattamento/Riduzione del Danno, Reinserimento sociale) e finalizzate a fornire risposta a bisogni rimasti inevasi.

Per la selezione e valutazione dei progetti verranno utilizzati i criteri, sottocriteri ed indicatori individuati dalla Regione Lombardia con D.G.R. n.VII/4768 del 24 maggio 2001/2001 (tabella 2).

Il punteggio massimo attribuibile dagli "esperti valutatori esterni" (tecnici designati su proposta del Coordinamento Territoriale) a ciascun Progetto, sulla base del grado di congruenza delle proposte progettuali con le priorità definite dalla programmazione regionale e da quella territoriale (così come declinata nella presente Sezione del DPTAP, relativa agli "Interventi per la lotta alla droga"), è pari al 50% di quello massimo complessivo attribuibile.

Gli elementi relativi alla valutazione di legittimità e di metodo sono oggetto di istruttoria procedimentale adottata dal Referente Progetti. La prima conterrà tutti gli elementi desunti dalla normativa vigente da cui non può prescindere alcun ente soggetto di contribuzione; la seconda andrà a leggere lo scarso, sufficiente o buon grado di soddisfazione dei predetti criteri. Il punteggio massimo attribuibile dal Referente Progetti (individuato per l'ASL di Varese nel Rag. Giancarlo Di Spirito) a ciascun progetto, sulla base dei predetti criteri, è anch'esso pari al 50% di quello massimo complessivo attribuibile.

Il predetto referente regionale si avvarrà, secondo necessità, del supporto tecnico e della consulenza delle strutture Aziendali dell'ASL della provincia di Varese.

CRITERI SPECIFICI PER LA PROGETTAZIONE RELATIVA ALLE SINGOLE AREE DI INTERVENTO

1) Area della PREVENZIONE

Settore Pubblico

in relazione all'utilizzo della quota di budget destinato all'area dei progetti di prevenzione presentati da Enti Pubblici:

- premesso che un importante obiettivo della "programmazione di area" è che i Progetti di Prevenzione proposti dai Comuni risultino il più possibile diffusi sul territorio provinciale e allo scopo di garantire la più ampia dislocazione distrettuale possibile dei Progetti medesimi (a scapito della concentrazione di più Progetti su di un unico ambito distrettuale), nel caso in cui in un ambito distrettuale vengano proposti più Progetti verrà ammesso al finanziamento il

Progetto proposto da quei Comuni singoli o aggregati che abbiano un bacino di popolazione superiore;

- tenuto conto della limitatezza delle risorse e della possibilità di integrazione del finanziamento con risorse interne ed esterne dell'Ente proponente, per meglio garantire il rispetto del criterio precedente, non verranno ammessi al finanziamento Progetti presentati da Enti Pubblici per i quali il contributo richiesto risulti superiore a 1/12 del budget assegnato all'area prevenzione sulla quota di finanziamento destinata a progetti di prevenzione presentati da Enti Pubblici.

2) Area del TRATTAMENTO/RIDUZIONE DEL DANNO

Verranno ammessi al finanziamento esclusivamente progetti che prevedano fra i fruitori degli interventi persone con comportamenti di abuso/dipendenza.

3) Area del REINSERIMENTO

Progetti di reinserimento lavorativo

Verranno considerati ammissibili al finanziamento:

- progetti che non prevedano solo interventi di formazione in aula;
- progetti che prevedano programmi individualizzati di reinserimento elaborati in stretta collaborazione con i Ser. T.;
- progetti che prevedano inserimenti lavorativi in applicazione corretta del CCNL per le assunzioni;
- progetti che prevedano una corrispondenza fra target, obiettivi e strumenti;
- progetti che non siano finalizzati all'esclusivo potenziamento della struttura dell'Ente gestore proponente senza il conseguente aumento della ricettività (numero degli inserimenti);
- progetti nei quali il costo dell'inserimento lavorativo non superi l'ammontare di Euro 1.620 mensili comprensivo del salario. Tale quota va calcolata sul full-time e ridotta proporzionalmente all'orario di lavoro;
- progetti nei quali il costo di un tirocinio lavorativo non superi l'ammontare di Euro 560 escluso il contributo alla persona;
- progetti nei quali il costo di una borsa lavoro non superi l'ammontare di Euro 504 escluso il contributo alla persona.

CRITERI DI RIPARTIZIONE DELLE RISORSE ECONOMICO-FINANZIARIE

La quota di F.N.P.S. - anno 2004 - destinata dalla A.S.L. della provincia di Varese agli interventi di lotta alla droga per l'esercizio finanziario 2004, in conformità alle direttive regionali ed alle indicazioni programmatiche emerse nell'ambito del Coordinamento Territoriale, viene ripartita come segue:

1. il 30% del budget disponibile viene destinato all'Osservatorio Territoriale delle Dipendenze ed alla attuazione di altri progetti di intervento collegati alle sperimentazioni regionali;
2. il restante 70%, destinato a progetti e interventi singoli e/o programmi di rete definiti in ordine alle priorità stabilite a livello regionale così come integrate a livello territoriale (di cui il 5% per azioni di valutazione e verifica all'interno dei progetti ed il 2% per azioni di formazione rivolta alle equipe integrate operanti nell'area dei progetti) viene suddiviso con le modalità di seguito specificate:
 - il predetto 2% dell'importo verrà utilizzato dalla direzione del Dipartimento Dipendenze per la realizzazione di azioni di formazione coordinate rivolte alle equipe integrate operanti nell'area dei progetti;
 - dell'importo residuo: Il 50% viene destinato a progetti presentati da Enti Pubblici ed il 50% a progetti presentati da soggetti del "privato-sociale"; l'attività di valutazione e verifica all'interno dei progetti verrà effettuata singolarmente da ciascun Ente titolare di progetto (che dovrà rendicontare l'utilizzo del predetto 5% dell'importo di cui al punto 2) e monitorata dal Dipartimento Dipendenze.

Le risorse risultano poi ulteriormente suddivise all'interno delle macro-aree di intervento come segue:

Della quota destinata a progetti del "settore" Pubblico:

- all'area della Prevenzione viene attribuito il 50%,
- all'area della Riduzione del Danno/Trattamento viene attribuito il 45%,
- all'area del Reinserimento sociale il 5%.

Della quota destinata al settore Privato:

- all'area della Prevenzione viene attribuito il 14%,
- all'area della Riduzione del Danno/Trattamento viene attribuito il 51%,
- all'area del Reinserimento sociale il 35%.