

*Recensione a cura del Centro documentazione
dell'U.O.C. dipendenze patologiche Ausl Rimini*

Martedì 10 Novembre 2009

Ridurre lo stigma e le barriere di accesso ai servizi: il radicamento nel sociale; la prossimità, le regole di accesso

Relatori:

Jean Pierre Demange, Parigi;

Leopoldo Grosso, Torino;

Michele Sanza, Cesena;

Facoltà di Scienze della Formazione

Centro Studi e Alta Formazione, ciclo di seminari di facoltà per l'anno accademico
2009/2010

Università di Bologna, CESAF – Centro Studi Alta Formazione, Ceis Formazione – Centro
Studi Donald J. Ottenberg.

Introduzione di Umberto Nizzoli

Cosa possono fare i servizi per le dipendenze per facilitare l'accesso? Cosa può fare la rete socio-sanitaria per fare fronte alle forme di disagio che si presentano?

Se da un lato i servizi e gli operatori che vi lavorano tendono a invecchiare, dall'altro la società tende a presentare sempre nuove forme di disagio.

Di qui la necessità di saper fornire altre e nuove risposte: la mutazione sociale che avviene dovrebbe divenire fonte di stimolo per cambiamenti nei servizi.

Uno dei problemi più urgenti ed evidenti da affrontare è la diffidenza nei confronti dei servizi per le dipendenze. Esiste uno scarto fra chi dichiara sofferenza e quella che si presenta ed è trattata dai servizi.

Questa diffidenza è alimentata principalmente dal timore dello stigma, cioè dal timore che l'accesso ad un servizio costituisca fonte di identificazione e conseguente discriminazione.

Per questo è necessario che i servizi sviluppino politiche di alleanza, declinate

- nell'ambiente familiare;
- negli ambienti di lavoro;
- negli ambienti di formazione;
- nell'ambiente sociale.

Occorre dare competenza alle comunità locali, in una logica di apertura dei servizi come artefici e protagonisti delle reti sociali.

Nella negoziazione dei poteri e nella loro necessaria ridefinizione, ciò produrrà inevitabilmente, e già ha prodotto, un conflitto fra i primari dei servizi e le reti sociali. Per diffondere principi di prossimità, i servizi prossimi alla sofferenza (di prossimità) devono per contro avere potere nel determinare le politiche dei servizi.

Jean Pierre Demange

Nel trattare il tema delle dipendenze, occorre innanzi tutto focalizzare il significato che assume attualmente il termine. In Francia, tale significato viene oggi attribuito a chi ha una dipendenza.

Si tratta di una questione semantica: grossomodo ogni 2 anni si ribattezza con altri nomi.

Le rappresentazioni del fenomeno sono strettamente legate alla semantica e alle sue rivoluzioni.

L'uso di droga si configura e definisce socialmente in un registro al confine fra

- morale

- politica
- sanità
- sociale

Trattando il tema dell'accesso ai servizi e della prossimità, non si può non considerare l'opera di Foucault, che ha descritto i meccanismi di esclusione e stigmatizzazione che possono ostacolare e impedire l'accesso alle cure e ai trattamenti.

In Francia la legislazione di riferimento (L. 70) è stata a lungo ispirata ad un principio: l'uso di sostanze è proibito.

Solo dopo una presa di posizione di operatori e cittadini si è ridefinito lo status di chi fa uso di sostanze: non più delinquente, ma un malato. Un'altra posizione è stata espressa dalla lettera di Antonin Artaud sulla droga, dove afferma che si tratta di “una questione di libertà individuale”.

Altra questione che ha a lungo alimentato il dibattito sul tema in Francia, quella riguardante l'offerta: parte dell'opinione pubblica ipotizzò in un determinato periodo che eliminando l'offerta non ci sarebbe stata più domanda.

Successivamente, con l'epidemia di Aids, negli anni '80, la tossicomania diventa un problema di salute pubblica.

La maggioranza dei tossicodipendenti non si rivolgeva ai servizi perchè in tal caso doveva per forza smettere: il metadone in Francia era clandestino.

Solo in seguito si sono aperte strutture nuove dove i tossicodipendenti si potevano presentare chiedendo aiuto anche senza esprimere inizialmente nessuna domanda di cura. Questa è stata una vera e propria “rivoluzione mentale” che ha sconvolto le rappresentazioni degli operatori, e che ha anche costretto a strutturare una rete di relazioni fra servizi di cura, repressivi, giustizia. L'atteggiamento è dovuto necessariamente cambiare.

Si può sostenere che principalmente il partenariato con la giustizia in Francia ha facilitato l'accesso alle cure, particolarmente con gli interventi all'interno delle carceri.

In sintesi, si possono abbattere molte barriere di accesso ai trattamenti se siamo capaci di intervenire senza pregiudizi, se sappiamo vedere i fenomeni senza giudicare.

Dalla società proibitiva, occorre passare alla società della buona gestione del fenomeno.

La prospettiva deve essere quella del passaggio dalla clinica alla sanità pubblica: la presa in carico non può essere più intesa come atto rivolto al singolo, ma deve significare bonifica di tutto l'ambiente sociale.

Michele Sanza

La evoluzione organizzativa dei servizi per le dipendenze in Emilia Romagna è stata fortemente influenzata dal fenomeno delle doppia diagnosi (dual diagnosis, diagnosi duale).

Fino a non molto tempo fa esisteva una separazione fra i due sistemi di cura che si rivolgevano alle persone sofferenti di doppia diagnosi, vale a dire i servizi psichiatrici e i servizi per le dipendenze: la diffusione del fenomeno ha reso inevitabile e necessario porre rimedio a questa scissione.

La storia dei servizi per le dipendenze inizia negli anni 80, quando si distaccano dalla psichiatria.

All'epoca, inizialmente, a causa della epidemia di Aids, fanno ingresso nei servizi per le dipendenze gli infettivologi e la psicologia clinica è uno dei principali riferimenti.

Con la diffusione successiva degli psicostimolanti sul mercato si assiste ad un considerevole aumento di sindromi psichiatriche, quindi di doppie diagnosi come:

- sindrome psichiatrica primaria su cui si inserisce l'uso di sostanze;
- sostanze stimolanti che producono sindromi psichiatriche, con conseguente epidemia di disturbi di personalità borderline.

Si tratta di disturbi che hanno anche una derivazione sociale, definibili anche come stili di vita socialmente diffusi portati all'eccesso.

Analizzandone le cause, potremmo identificarle in:

- famiglia meno normativa rispetto al passato;
- ambiente sociale e lavorativo sempre più competitivo;
- diffusione di pattern violenti (ad opera dei media).

Tali stili di vita diffusi, se estremizzati oltre una certa soglia (che possiamo definire come la soglia della sofferenza psicologica) diventano disturbo di personalità.

Si tratta di persone con grande vulnerabilità rispetto alle sostanze, bassa sensibilità rispetto alle stimolazioni di piacere, alti livelli di rabbia come reazione alla frustrazione.

L'uso di sostanze assume la connotazione di pattern per risolvere disturbi esterni ed interni, e all'uso di sostanze segue l'aggravamento del quadro.

Data questa modificazione del profilo epidemiologico dei bisogni, si è resa in Emilia Romagna necessaria una sterzata e la necessità di una nuova integrazione con il sistema psichiatrico.

Ciò si è concretizzato ad esempio nel Progetto Autismo, attraverso il quale si è formata una equipe per gestire la transizione ai 18 anni.

Per quel che riguarda nello specifico la doppia diagnosi, uno dei più importanti servizi di prossimità è l'Spdc (Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura), in quanto questo è il servizio dove molto spesso avviene il primo contatto degli utenti con i servizi. L'Spdc è il luogo dove si possono strutturare interventi di prossimità, ma è anche necessario modificare la cultura professionale, iniziando a pensare il dipartimento (psichiatria e dipendenze) come un sistema: si stabilisce una interrelazione, occorrono regole comuni, deve venir meno l'autoreferenzialità di ogni servizio. Al contempo, occorre incentivare una cultura capace di correggere i processi attraverso la continua valutazione

L'appropriatezza degli interventi non può prescindere da un modello di cura che preveda l'integrazione fra diverse discipline per tutte le problematiche complesse. Spesso i problemi connessi alla doppia diagnosi si pongono in emergenza, aggravando la difficoltà ad una adeguata identificazione: ciò rende ancor di più necessario, anche per la crescita esponenziale dei disturbi di personalità, in particolare quelli di cluster b, una integrazione fra servizi e fra le diverse discipline.

Leopoldo Grosso

Ridurre le barriere di accesso ai servizi per le dipendenze e favorire la prossimità dovrebbe concretizzarsi nell'intercettare le persone ancor prima dell'Spdc e del carcere.

Il paradigma di riferimento potrebbe declinarsi in:

- usciamo dagli ambulatori,
- aumentiamo il contatto,
- riduciamo la mortalità,
- riduciamo la marginalità,
- riduciamo il carcere,
- aumentiamo l'aspettativa di vita,
- manteniamo la vicinanza, non abbandonando le persone in difficoltà.

Anche verso il mondo adolescenziale giovanile, se vogliamo stabilire maggior contatto dobbiamo considerare che esiste una stigmatizzazione dello "psi" da parte dei coetanei.

L'adolescente è un utente particolarmente a rischio: muore molto più spesso di quanto si ammala. Occorre in tal senso ridurre i rischi:

- acuti
- cronici

Rispetto ai comportamenti a rischio, occorre intervenire su:

- comportamenti alla guida

- violenza
- malattie sessualmente trasmissibili

Rispetto all'uso di sostanze, un approccio di riduzione dei rischi può essere riassunto in: se consumate,

- mai troppo
- mai troppo spesso
- mai in certe circostanze

I servizi di prossimità devono avere come luogo dell'intervento la strada e come target l'emarginazione grave e i giovani, accettando le persone e i loro comportamenti per quello che sono.

Le aspettative degli operatori non devono essere troppo alte, l'atteggiamento deve essere non giudicante. I servizi di prossimità mediano l'accesso ai servizi specialistici: l'invio ad altro servizio va pensato come un progetto, e l'invio a volte c'è solo con l'accompagnamento. Questi servizi devono interconnettere il sociale con il sanitario, considerando che non c'è cura di sé se si deve pensare alla sopravvivenza.

Inoltre, possono svolgere controllo sociale "leggero", integrazione sociale, aumentando la responsabilità nei confronti di sé stessi e degli altri.

Il lavoro svolto presso le unità di strada, i drop-in, i dormitori, necessita di:

- stretta connessione fra risposta al bisogno concreto e relazione (legame a stringa di scarpa);
- coinvolgimento attivo dell'utenza (empowerment), valorizzandone ed evidenziandone anche le risorse, non solo le fragilità. Riconoscere i loro saperi, incentivare il protagonismo positivo, riconoscere i "consumatori compatibili"
- riferimento costante alla comunità territoriale. Coinvolgere i soggetti per la mediazione di conflitti e per la rete, creando in tal modo anche maggiore sicurezza nei territori.