

Allegato B 5

Instant Book

Modalità di reinserimento socioriabilitativo e occupazionale come parte del continuum terapeutico

Modalità di reinserimento socioriabilitativo e occupazionale come parte del continuum terapeutico

INDICE

Gli elementi chiave	1
1.1 Elementi chiave	3
Gli Esperti	5
2.1 Il Coordinatore	7
2.2 Gli Esperti	8
2.3 I Facilitatori	12
Il Metodo	13
3.1 Il Metodo	15
3.2 Le principali fasi di sviluppo del processo	16
Fase Preparatoria - La raccolta dei contenuti	17
4.1 I contributi preliminari	19
4.2 Le criticità	19
4.3 Le possibili soluzioni	25
Riunione Preliminare - La condivisione dei contenuti e del metodo di lavoro	31
5.1 Il contesto dei lavori	33
5.2 Le criticità rilevate	33
5.3 La lettura delle criticità	37
5.4 Gli approcci alle possibili soluzioni	38
5.5 La lettura degli approcci alle possibili soluzioni	43
5.6 Le proposte operative	44
Tavolo Tecnico	45
6.1 Introduzione ai lavori della prima giornata	47
6.1.1 Introduzione del Coordinatore	47
Tavola Rotonda A - Percorsi di trattamento e di inclusione sociale	49
6.2 Tavola Rotonda A - Percorsi di trattamento e di inclusione sociale	51
6.2.1 I percorsi di trattamento e inclusione sociale. Il punto di vista degli assistenti sociali	52
6.2.2 La complessa interrelazione tra componenti soggettive e strumenti e risorse di inclusione socio-lavorativa	54
6.2.3 Una inversione di paradigma nei percorsi di inclusione sociale	56
6.2.4 Recovery ed inclusione sociale: uscire da un approccio sequenziale per innovare il sistema di intervento	58
6.2.5 Inserimento socio lavorativo. Un ponte per l'uscita dai percorsi di dipendenza e fragilità	60
6.2.6 Sintesi Tavola Rotonda A - Percorsi di trattamento e di inclusione sociale	62

Modalità di reinserimento socioriabilitativo e occupazionale come parte del continuum terapeutico

Tavola Rotonda B - Il livello delle istituzioni	65
6.3 Tavola Rotonda B - Il livello delle istituzioni	67
6.3.1 L'integrazione sociale nei percorsi riabilitativi	68
6.3.2 Inserimento lavorativo: alcune proposte	70
6.3.3 No a 21 Servizi Sanitari Differenziati	71
6.3.4 modalità di reinserimento socio-sanitario e occupazionale. Criticità attuali e proposte di miglioramento	73
6.3.5 Per un sistema strutturato dei servizi sociali	75
6.3.6 Sintesi Tavola Rotonda B – Il livello delle istituzioni	77
Tavola Rotonda C - Progetti e interventi	81
6.4 Tavola Rotonda C – Progetti e interventi	83
6.4.1 Facilitare i percorsi di inserimento lavorativo come parte di un processo di miglioramento della qualità della vita delle persone con dipendenza	84
6.4.2 Il Reinserimento come parte Integrante del Recupero	86
6.4.3 Per un'integrazione dei processi di reinserimento socioriabilitativo e occupazionali	88
6.4.4 Servizi di accompagnamento al lavoro per persone svantaggiate, l'esperienza in Toscana finanziata dal POR FSE Asse B Inclusione sociale e lotta alla povertà	90
6.4.5 La visione della Fict nel reinserimento	92
6.4.6 Sintesi Tavola Rotonda C – Progetti e interventi	93
6.5 Introduzione ai lavori della seconda giornata	96
6.5.1 Introduzione del Coordinatore	96
6.5.2 Domande e risposte	96
6.5.3 Precisazioni degli Esperti e risposta del Coordinatore	104
Relazione Tecnica del Coordinatore	107
7.1 Modalità di reinserimento socioriabilitativo e occupazionale come parte del continuum terapeutico	109
Le statistiche	115
8.1 Gli Esperti	117
8.2 Il pubblico iscritto	118
Appendice	123
9.1 Dr. Augusto Consoli - La complessa interrelazione tra componenti soggettive e strumenti e risorse di inclusione socio-lavorativa	125
9.2 Dott.ssa Ivana Boccolini - L'integrazione sociale nei percorsi riabilitativi	130
9.3 Dott.ssa Claudia Fiaschi - Inserimento lavorativo: alcune proposte	136
9.4 Dr. Roberto Gatto - No a 21 Servizi Sanitari differenziati	140
9.5 Dott. Vincenzo Lamartora - Modalità di reinserimento socio-sanitario e occupazionale. Criticità attuali e proposte di miglioramento	145
9.6 Dott. Hassan Bassi - Facilitare i percorsi di inserimento lavorativo come parte di un processo di miglioramento della qualità della vita delle persone con dipendenza	151

Modalità di reinserimento socioriabilitativo e occupazionale come parte del continuum terapeutico

Gli elementi chiave



Modalità di reinserimento socioriabilitativo e occupazionale come parte del continuum terapeutico

1.1 Elementi chiave

1. *Recovery* e coinvolgimento degli utenti
2. Strumenti normativi e linee guida di processo per l'integrazione tra i percorsi riabilitativi e il sistema del *welfare*
3. Linee di indirizzo nazionali per i percorsi di accreditamento
4. Rapporti con gli Enti Locali
5. Continuità delle cure durante il reinserimento: criticità nel percorso e possibili soluzioni
6. Utilizzo del *CoHousing* nel reinserimento sociale e attivazione di servizi territoriali conseguenti



Modalità di reinserimento socioriabilitativo e occupazionale come parte del continuum terapeutico

Modalità di reinserimento socioriabilitativo e occupazionale come parte del continuum terapeutico

Gli Esperti



Modalità di reinserimento socioriabilitativo e occupazionale come parte del continuum terapeutico

2.1 Il Coordinatore

Dott. Massimo Barra

Biografia	<p>Nato a Roma nel 1947, laureato in medicina con lode nel 1972, ha avuto nella sua vita due grandi priorità per le quali ha speso tutto sé stesso: La Croce Rossa ed il recupero dei tossicomani. Fin dall'età di otto anni in Croce Rossa, ne ha assunto molteplici funzioni fino ai massimi vertici in Italia (Presidente Nazionale) e a livello Internazionale (Presidente della Commissione Permanente della Croce Rossa e della Mezza Luna Rossa). Durante il suo servizio ha partecipato alle azioni di soccorso in occasione delle principali emergenze in pace e guerra, in Italia ed all'estero. Ha compiuto missioni in oltre 120 Paesi di tutti i continenti. Dal 1974 cura i tossicomani, prima nel Centro Malattie Sociali del Comune di Roma, poi dal 1976 nel centro Villa Maraini da lui fondato. È autore di centinaia di articoli, discorsi e pubblicazioni a stampa, aventi per tema la Croce Rossa e la politica umanitaria sulle droghe da lui promossa. È stato il primo al mondo a promuovere l'uso del Naloxone da parte del personale non medico, in caso di overdose. È più volte intervenuto in sedi istituzionali all'ONU (New York, Ginevra e Vienna), al Consiglio d'Europa, al Parlamento europeo, italiano e brasiliano. È stato membro del Consiglio d'Amministrazione del Global Fund. Nell'ambito della Federazione Internazionale della Croce Rossa e Mezzaluna Rossa ricopre l'incarico di Inviato Speciale per la Salute, Presidente della <i>Partnership on Substance Abuse</i> e di ERNA (il network europeo di Croce Rossa per HIV, epatiti e droga).</p>
Esperienze specifiche in relazione al Tavolo Tecnico	<p>La mia esperienza specifica è legata alle attività di reinserimento sociale svolte da Villa Maraini, da me fondata nel 1976</p>

Modalità di reinserimento socioriabilitativo e occupazionale come parte del continuum terapeutico

2.2 Gli Esperti

Nome e Cognome	Biografia	Esperienze specifiche
Hassan Bassi (Forum Droghe)	Membro dell'associazione Forum Droghe dal 1998, per la quale ho ricoperto il ruolo di segretario nazionale dal 2014 al 2020. Professionalmente lavoro nel campo dell'intervento sociale dal 1993, in particolare nella cooperazione sociale di tipo A e B. Attualmente ricopro la posizione di vice-direttore del Cnca presso la sede di Roma. Coordino progetti nazionali ed europei. Scrivo su fuoriluogo.it e autore Libro Bianco. Sono osservatore delle condizioni carcerarie per l'associazione Antigone onlus.	Mi occupo di inserimento lavorativo di soggetti svantaggiati (L.381/91) dal 1993. A Firenze con persone affetta da Aids/Hiv, a Parma dirigendo per 13 anni una cooperativa sociale di tipo B (rapporti con Ser.D e istituti penali), a Roma: lavori socialmente utili e progetti nazionali
Ivana Boccolini (Regione Marche)	Ho 56 anni, sono laureata in Pedagogia e da 4 anni sono in servizio presso il Servizio Politiche Sociali e Sport della Regione Marche. Per 17 anni ho lavorato presso i Servizi Educativi del Comune di Pesaro, maturando un'esperienza nelle fasce 0-6 anni e 6-22 anni (scuola dell'obbligo e università). Dal 1994 al 1998 sono stata la responsabile della Ludoteca del Comune di Jesi (AN) e prima ancora mi sono sempre occupata, a vario titolo, di infanzia/adolescenza.	Dal mio arrivo al Servizio Politiche Sociali, ho affiancato e collaborato con la PO dipendenze e disagio sociale. Dopo che il funzionario è passato ad altro incarico, sono subentrata, in parte, alle sue mansioni, continuando ad occuparmi di dipendenze e disagio sociale.
Stefania Boscato (Ministero del Lavoro)	Funzionario in servizio presso il Ministero del lavoro e delle politiche sociali-Direzione Generale per la lotta alla povertà e per la programmazione sociale. Divisione IV.	Esperienza nell'ambito delle politiche sociali rivolte all'infanzia e all'adolescenza e relativamente al tema della inclusione.
Giovanni Cabona (Consiglio Nazionale Ordine Assistenti Sociali - CNOAS)	Consigliere nazionale dell'Ordine degli assistenti sociali dal marzo 2021 con delega alla formazione continua e all'internazionalizzazione della professione. In precedenza, Presidente del Consiglio regionale dell'Ordine degli Assistenti Sociali della Liguria dal 2017 al 2021. Dal 1993 opero nei servizi sociali con particolare riguardo alla grave emarginazione nel Comune di Genova, nei servizi per le persone senza dimora e, dal 1998, presso la ASL3 "Genovese" nel Servizio per le Tossicodipendenze in un servizio di base.	Ventennale esperienza nel lavoro con le dipendenze patologiche. Progettazione di percorsi riabilitativi individuali e collaborazione al Servizio di Riabilitazione Sociale e socio-lavorativa del Ser.T della ASL 3 Genovese.
Adriana Ciampa (Ministero del Lavoro)	Dirigente presso il ministero del lavoro e delle politiche sociali, Direzione Generale per la lotta alla povertà e per la programmazione sociale - Responsabile Div. IV - Programmazione sociale. Segretariato della Rete della protezione e dell'inclusione sociale. Gestione e programmazione dei trasferimenti assistenziali. Politiche per l'infanzia e l'adolescenza.	Esperta in materia di politiche per l'infanzia e l'adolescenza e di politiche per l'inclusione sociale

Modalità di reinserimento socioriabilitativo e occupazionale come parte del continuum terapeutico

Nome e Cognome	Biografia	Esperienze specifiche
Augusto Consoli (SITD-Società Italiana Tossicodipendenze)	Psichiatra di formazione è stato direttore di Dipartimento delle Dipendenze delle Asl Torino 2 e Torino 5 occupandosi di valutazione diagnostica, trattamento individuale e gruppale, percorsi di trattamento e riabilitazione, Riduzione del Danno, <i>Outreach</i> , inserimento lavorativo e sociale. Già presidente dell'Associazione Nazionale delle Comunità Terapeutiche Pubbliche ha rappresentato l'Italia al Gruppo Pompidou e ha partecipato a tutte le Consulte nazionali degli Operatori ed Esperti presso la Presidenza del Consiglio contribuendo alle Conferenze nazionali. Autore di circa 90 pubblicazioni opera come formatore e collabora con diversi Enti accreditati su aspetti organizzativi, gestionali e clinici.	Ha curato la costruzione di rete tra Ente Locale, Cooperazione sociale e altre realtà produttive per la realizzazione di attività di inclusione lavorativa e sociale, collaborando con i servizi di Emergenza abitativa. Negli ultimi anni, grazie alla realizzazione dei Piani Locali delle Dipendenze previsti sulla base della normativa della Regione Piemonte, ha realizzato progetti e percorsi di formazione-lavoro e di attività lavorativa per utenti dei servizi.
Claudia Fiaschi (Forum Terzo Settore)	Fiorentina di nascita, attualmente è Portavoce del Forum Nazionale del Terzo Settore, vicepresidente del Consiglio nazionale del terzo settore presso il Ministero del lavoro, componente del comitato strategico di sviluppo del Fondo di contrasto alla povertà educativa minorile, della Cabina di regia presso il Consiglio dei Ministri. È presidente di Confcooperative Toscana; Vicepresidente Nazionale di Confcooperative Italiane; Vicepresidente del Consorzio Pan - Servizi per l'infanzia ed altro.	In quanto socia fondatrice della Cooperativa sociale L'Abbaino di Firenze e Presidente del Gruppo Cooperativo Nazionale CGM, la più vasta rete italiana di imprese sociali, è da sempre attiva nel settore della cooperazione sociale. Esperta di temi di educazione e inserimento lavorativo.
Roberto Gatto (INTERCEAR)	Attualmente sono il responsabile dell'area dipendenze dell'Associazione Comunità Progetto Sud Ente accreditato con la Regione Calabria con delle Strutture residenziali e semiresidenziali nel settore delle Dipendenze. Faccio Parte del Direttivo del CNCA Calabria e faccio parte del gruppo dei referenti Nazionali Dipendenze del CNCA. Sono il Vicepresidente del Crea Calabria (Coordinamento Regionale Enti Accreditati dipendenze) e faccio parte del direttivo di Intercear.	Sono presidente di una Cooperativa Sociale che ha gestito varie progettualità nel settore degli inserimenti lavorativi di soggetti svantaggiati. In passato sono stato presidente di una cooperativa Sociale di tipo B e presidente di un Consorzio Finalizzato all'inserimento di soggetti Svantaggiati
Stefano Granata (Confcooperative-Federsolidarietà)	Nato a Milano nel 1963, Stefano Granata è stato eletto a giugno 2018 Presidente di Confcooperative Federsolidarietà, la principale organizzazione di rappresentanza politico-sindacale delle cooperative sociali e delle imprese sociali aderenti a Confcooperative, che associa 6.250 cooperative sociali e 230mila lavoratori.	Da sempre attivo come imprenditore sociale, ha iniziato la sua carriera come socio fondatore nelle cooperative Spazio Aperto e Spazio Aperto Servizi. Di quest'ultima è stato Presidente dal 1999 al 2006.

Modalità di reinserimento socioriabilitativo e occupazionale come parte del continuum terapeutico

Nome e Cognome	Biografia	Esperienze specifiche
Vincenzo Lamartora (FEDERSERD)	Direttore Dipartimento Dipendenze Patologiche e Direttore UOC SerD Pozzuoli – Ischia presso ASL Napoli2Nord. Professore di “Neuropsicoanalisi delle dipendenze patologiche” presso la Scuola di Specializzazione in Psicologia Clinica della Facoltà di Psicologia dell’Università di Torino. Membro ordinario della Società Psicoanalitica Italiana. Full Member del International Psychoanalytical Association. Membro del comitato direttivo ed esecutivo della Federserd.	Ho elaborato tutti i progetti di riabilitazione e reinserimento socio lavorativo e occupazionale del mio Dipartimento Dipendenze Patologiche
Giampaolo Nicolasi (COMUNITALIA)	Dal 1994 ad oggi Dirigente e Responsabile di Comunità Incontro Onlus. Laurea in Economia Aziendale. Partecipante attivo e socio ordinario delle maggiori società scientifiche (Federserd, SITD, Sipad). Relatore a numerosi convegni nazionali ed audizioni presso Camera e Senato. Responsabile di due progetti del DPA, vinti dalla Comunità Incontro.	Da circa 30 anni lavoro nel settore delle dipendenze e nello specifico delle strutture residenziali, per cui si può affermare come tale fase, sia fondamentale per testare l'efficacia del percorso, tramite l'osservazione delle competenze acquisite ed il rafforzamento delle risorse personali.
Sabrina Petrelli (Itardd-Network Italiano di Riduzione del Danno)	Sono una Dirigente Sociologa, lavoro nella ASUR Area Vasta 4 di Fermo, nelle Marche e mi occupo di Ricerca, progettazione, sviluppo e valutazione nel settore socio-sanitario. Coordinamento e gestione di progetti territoriali nel campo delle dipendenze e della salute mentale (inclusi progetti di inclusione sociale). Miglioramento continuo della qualità. Riduzione del danno (per il quale sono inserita nel coordinamento nazionale di Itaard).	Negli anni ho coordinato vari progetti sulla tematica specifica (Progetto “Work & House”, progetti di inclusione socio-lavorativa di persone tossicodipendenti in trattamento o da attrarre in trattamento ed interventi sperimentali denominati Budget di Salute sul miglioramento della qualità di vita)
Caterina Pozzi (CNCA)	Ho 51 anni e ad oggi sono Vice Pres del CNCA e Vice Pres della Coop Soc Open Group (BO) Dal 2014 al 2020 sono stata AD della coop e dal 2007 al 2014 presidente del Centro Accoglienza la Rupe (diventata Open Group nel 2014 attraverso un percorso di fusione). Mi sono occupata di inserimento lavorativo all'interno del CNCA, partecipando direttamente alla costruzione del "Manifesto per l'inserimento lavorativo" e di innovazione delle organizzazioni con al centro la giustizia sociale ed ambientale.	Partendo dalle comunità ho co-costruito filiere di servizi che supportino gli utenti nell'inserimento lavorativo (parte B) e sociale (casa - ideazione di appartamenti di "sgancio" e ricerca casa - reti di supporto sociale). Stesura documento programmatico inserimentolavorativo.net dal 2017
Alberto Rovere (Regione Piemonte)	Psicologo clinico nell'ambito delle dipendenze patologiche presso struttura residenziale privata accreditata presso Regione Piemonte. Ricercatore con esperienza su progetti di ricerca e sviluppo di rilevanza nazionale (cfr. https://www.progettocoesa2020.it) ed europea (cfr. https://www.cnca.it/reinvest ; https://www.reinvest.eu) nell'ambito delle dipendenze patologiche e delle vulnerabilità psico-sociali.	Ottima conoscenza delle dinamiche che scandiscono i percorsi di reinserimento sociolavorativo di pazienti segnati da disturbo da uso di sostanze. Partecipazione a progetti di ricerca e sviluppo di rilevanza Regionale sul tema del reinserimento lavorativo nelle dipendenze (www.progettocoesa2020.it)

Modalità di reinserimento socioriabilitativo e occupazionale come parte del continuum terapeutico

Nome e Cognome	Biografia	Esperienze specifiche
Alessandro Salvi (Regione Toscana)	Dopo la Laurea in Scienze Politiche ho lavorato all'Istituto degli Innocenti di Firenze in attività di ricerca, formazione e documentazione a livello regionale, nazionale e internazionale e poi come Dirigente dei servizi sociali del Comune di Firenze. Dal 2017 dirigo il Settore Innovazione Sociale della Regione Toscana, coordinando le attività di interesse regionale in materia di minori, immigrazione, investimenti sociali, servizio civile, asse B inclusione sociale POR FSE 2014/2020.	Sono responsabile di attività (RdA) per le azioni di accompagnamento al lavoro, inserimento e reinserimento sociolavorativo di soggetti svantaggiati e in carico ai servizi territoriali nell'ambito dell'Asse B Inclusione Sociale e Lotta alla Povertà del POR FSE 2014/2020 della Regione Toscana
Luca Sartorato (FICT)	Sono componente del consiglio della F.I.C.T., lavoro nel campo delle dipendenze dal 1990; sono presidente del Ceis di Treviso, membro del direttivo CO.VE.S.T. e vice presidente Federsolidarietà Veneto.	Dal 1998 dirigo una cooperativa di tipo B con il 89% di fatturato dal mondo del privato.

Modalità di reinserimento socioriabilitativo e occupazionale come parte del continuum terapeutico

2.3 I Facilitatori

Nome e Cognome	Biografia
Luca Caterino (Federsanità)	Ricercatore sociale ed esperto nell'ambito della valutazione di politiche pubbliche, si è occupato di temi legati alla disabilità, alla condizione abitativa, alla violenza di genere e alla programmazione socio-sanitaria. Per Federsanità ANCI Toscana è referente per l'Osservatorio Sociale Regionale della Toscana e per i processi partecipativi in ambito socio-sanitario.
Paolo Martinez (FUTOUR)	Fondatore della società Futour, laureato in Geografia e Sociologia all' <i>Oxford Polytechnic</i> e facilitatore certificato IAF lavora da oltre 20 anni nella creatività e partecipazione applicate al management dell'innovazione, trasferimento tecnologico e sviluppo territoriale, in Italia e all'estero, per conto di clienti pubblici e privati.
Mauro Soli (Federsanità)	È stato docente presso l'Università Politecnica delle Marche e l'Università di Siena in Programmazione e Progettazione sociale; è stato consulente per il PIN dell'Università di Firenze; Project manager e consulente per le Regioni Toscana e Umbria su progetti per l'inclusione sociale, la disabilità e la non autosufficienza; Promotore Sociale e Coordinatore di Zona per le Zone Sociali dell'Umbria; per Anci Toscana è stato responsabile del Progetto Regionale Botteghe della Salute. Attualmente è capoprogetto AT PON Inclusione per PricewaterhouseCoopers e per Federsanità si occupa delle attività legate all'area dell'integrazione sociosanitaria.

Il Metodo



Modalità di reinserimento socioriabilitativo e occupazionale come parte del continuum terapeutico

3.1 Il Metodo

L'obiettivo primario della VI Conferenza Nazionale sui problemi connessi con la diffusione delle sostanze stupefacenti e psicotrope, come previsto dall'art. 1, comma 15 del Testo Unico sugli Stupefacenti (DPR 309/1990), è quello di "individuare eventuali correzioni alla legislazione antidroga dettate dall'esperienza applicativa". Un secondo obiettivo consiste nel raccogliere *input* utili alla formulazione del nuovo Piano di Azione Nazionale (PAN) sulle Droghe. Per la progettazione e implementazione del processo di preparazione della Conferenza, il Dipartimento per le Politiche Antidroga si è avvalso del supporto tecnico-scientifico dell'Istituto di Fisiologia Clinica del Consiglio Nazionale delle Ricerche.

Al fine di raggiungere lo scopo prefissato è stato ideato un processo partecipativo che, a partire dalla normativa attualmente vigente in materia, attraverso l'individuazione di punti di forza, criticità e la formulazione di possibili soluzioni espresse da tutti gli attori coinvolti, possa fornire ai *policy maker* una base di conoscenza su cui costruire le eventuali proposte di revisione legislativa e di programmazione.

Figura 1. Il processo di costruzione della Conferenza

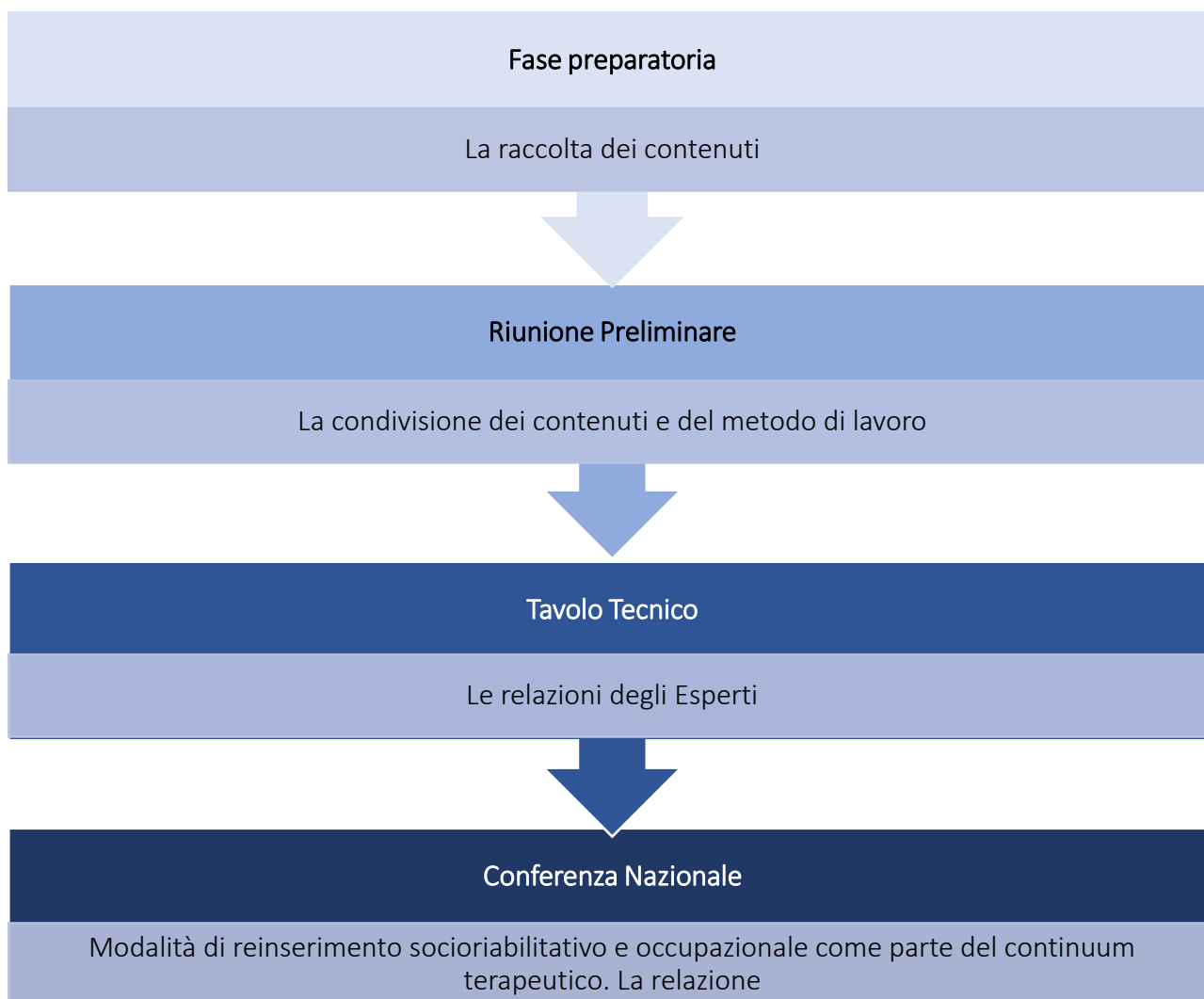


Sia la fase preparatoria sia quella operativa della Conferenza adottano un approccio basato sul metodo apprezzativo (*appreciative inquiry*¹). Ciascun Esperto, in vista dell'avvio della Riunione Preparatoria ha prodotto e condiviso una breve biografia, l'indicazione delle competenze in relazione alla specifica tematica e un documento condiviso su criticità e possibili soluzioni per ciascun elemento chiave. La condivisione dei materiali avviene in modalità *online* tramite la piattaforma Basecamp.

Tutto il percorso si avvale della presenza di esperti facilitatori che aiutano a raggiungere obiettivi condivisi per ogni fase della Conferenza, dando struttura al dialogo tra i partecipanti attraverso metodi, tecniche e strumenti di facilitazione digitale (GroupMap) per agevolare la raccolta di proposte e la definizione di priorità.

¹ https://en.wikipedia.org/wiki/Appreciative_inquiry

3.2 Le principali fasi di sviluppo del processo



Modalità di reinserimento socioriabilitativo e occupazionale come parte del continuum terapeutico

Fase Preparatoria - La raccolta dei contenuti



Modalità di reinserimento socioriabilitativo e occupazionale come parte del continuum terapeutico

4.1 I contributi preliminari

Nelle fasi preliminari alla Riunione Preparatoria gli Esperti sono stati invitati a esprimere e condividere con gli altri partecipanti criticità e possibili soluzioni in relazione a ciascun elemento chiave trattato dal Tavolo. Questo processo ha garantito un approccio partecipativo e trasparente sulle priorità evidenziabili da tutti gli attori coinvolti e da ciascun punto di vista.

Il materiale raccolto costituisce il punto di partenza dei lavori del Tavolo, dove tutti i commenti e i differenti punti di vista divengono il valore aggiunto del processo collettivo e partecipato di individuazione delle priorità e costruzione delle proposte operative.

Ciascun contributo, messo a disposizione degli altri Esperti, è quindi confluito nel lavoro del Coordinatore che lo ha utilizzato per fare una sintesi inclusiva di tutte le posizioni emerse.

4.2 Le criticità

L'elenco delle criticità raccolte è mostrato di seguito per ciascun elemento chiave.

1) *Recovery* e coinvolgimento degli utenti

All'interno dei servizi persiste ancora un modello culturale e operativo di tipo medico, in base al quale la dipendenza è una malattia che va curata fino all'estinzione dei sintomi e va trattata soprattutto farmacologicamente. Il medico è l'attore principale di questo trattamento, e il paziente deve accettare le proposte del medico per "guarire"

Gli inserimenti nell'ambito di progetti di riduzione del danno/bassa soglia

Il coinvolgimento attivo degli utenti nei percorsi di riabilitazione e reinserimento socio-lavorativo, specie nelle fasi iniziali, è spesso altalenante e segnato da possibili stalli motivazionali o subordinato all'immediata monetizzazione dell'esperienza

Compatibilità dell'esperienza con la fase del programma terapeutico-riabilitativo

1. Assenza di *follow-up* riconosciuto ed univoco da parte dei servizi invianti
2. Carezza nel lavoro di rete come da L.328/2000"

1. Gli utenti per le loro caratteristiche non possono essere solo destinatari di interventi, necessitano di un'interlocuzione e di accompagnamento adeguato alle loro caratteristiche. L'esperienza ci insegna che il buon esito dei percorsi d'inclusione è vincolato alla capacità di tenere insieme la persona, il lavoro e il sistema dei Servizi Pubblico Privato in un tempo non definito

Modalità di reinserimento socioriabilitativo e occupazionale come parte del continuum terapeutico

2. Il lavoro non deve essere visto come fase finale di un percorso, ma anche come strumento trasversale nelle diverse fasi. Il lavoro come aggancio, come strumento terapeutico, come reddito, ecc.

Sistema dei servizi non adeguato alle nuove tipologie di utenti. Per esempio in Calabria esiste solo la tipologia Terapeutica/Riabilitativa senza aver attivato i Servizi Specialistici ed i Servizi di RdD. Con questo sistema il rischio è di non avere servizi adeguati alle varie tipologie di utente

Una nota sul titolo del Tavolo: nella dizione attuale rischia di “schiacciare” il tema del reinserimento occupazionale sul programma terapeutico (sanitario).

Il vincolo posto dagli enti inviati di una adesione costante al programma terapeutico (spesso chiede astinenza), non condiviso con la persona coinvolta: ogni deviazione interrompe il percorso.

La standardizzazione delle proposte di reinserimento non risponde alle esigenze peculiari di ciascuno.

Carenza di soluzioni ed opzioni per la costruzione di progetti per tappe e personalizzati nei territori.

Impianto criminalizzante della 309 causa eventi avversi

La fase del reinserimento è una fase estremamente importante del percorso riabilitativo ed è spesso priva di sostegni e risorse sia nel mondo lavorativo che in quello abitativo.

Abbiamo difficoltà a sostenere gli educatori nella formazione appropriata al ruolo

1) Necessità di integrazione tra azioni e misure specifiche a sostegno degli obiettivi di inserimento e reinserimento socioriabilitativo e occupazionale e il sistema delle politiche di contrasto alle povertà di cui al Reddito di Cittadinanza, con riferimento alla coerenza generale tra gli strumenti e le modalità di presa in carico adottate e le relazioni tra i servizi territoriali sociosanitari e i servizi per il lavoro

2) Necessità di promuovere la costituzione di *equipe* multiprofessionali stabili in tutte le Regioni, a livello degli ambiti territoriali, per la presa in carico globale e multidimensionale delle situazioni che presentano bisogni complessi sotto il profilo sociosanitario

2) Strumenti normativi e linee guida di processo per l'integrazione tra i percorsi riabilitativi e il sistema del welfare; linee di indirizzo nazionali per i percorsi di accreditamento

Non esistono a livello nazionale delle linee guida che permettano o impongano alle ASL di stringere delle convenzioni con il Privato Sociale al fine di acquisire servizi finalizzati alla: istituzione e gestione di centri crisi; istituzione e gestione di servizi di educativa territoriale, che accompagnino l'utente a svolgere attività sul territorio e lo aiutino ad autonomizzarsi sempre di più; istituzione e gestione di poli di riabilitazione e reinserimento socio lavorativo che prendano in carico l'utente dall'inizio alla fine del percorso che va dalla riabilitazione psichiatrica al reinserimento abitativo e lavorativo

Non sono state ancora definite delle linee guida specifiche sul tema

Articolazione con il dispositivo del Reddito di Cittadinanza

1) L'integrazione tra i percorsi riabilitativi e il sistema del welfare passa per l'integrazione socio-sanitaria. A distanza di anni, e nonostante sia maturata una notevole esperienza, non sempre questa interconnessione è riconosciuta come un valore fondamentale per la riuscita di ogni percorso terapeutico-riabilitativo

2) A seguito della L.R. 21/2016, inerente l'autorizzazione e l'accreditamento delle strutture e dei servizi sanitari, socio-sanitari e sociali, siamo nella fase di attuazione dei manuali. "

1. Difficoltà nell'adempiere alla richiesta di dare evidenza del *follow-up* e reinserimento in accordo con i servizi da parte dell'accreditamenti istituzionale e dall'accordo Stato-Regioni

2. Carezza di investimenti mirati e di budget dedicati al reinserimento

1. Il lavoro non è solo reddito, per molti è occasione identitaria. Le coop soc di tipo B devono essere soprattutto luoghi di vita dove esserci e riconoscersi. Sempre di più si pone la questione di avere delle forme di lavoro a ritmo calmierato per persone impossibilitate ad essere produttive e che non sia a carico solo dell'impresa sociale. categorie art 4 L 381/1991 da ampliare (senza dimora, vittime tratta e traffico esseri umani, ...).

2. Implementazione dei servizi a bassa soglia che permettano di lavorare alle persone che non riescono a stare all'interno di ambienti di lavoro veri e propri.

L'attuale sistema normativa ha creato 20 sistemi regionali estremamente differenziati.

Legge 309/90 impone conseguenza pensanti sulla persona con forte impianto criminalizzante e stigmatizzante. I percorsi di inserimento occupazionale per persone in maggiore difficoltà avvengono in coop sociali tipo B. Gli obiettivi: inserimento temporaneo con *empowerment* e formazione professionale, o rapporto a tempo indeterminato (soci). Criticità: rigidità norme su tempo determinato, contratto collettivo di categoria contestato sindacalmente, rigidità degli strumenti e risorse per inserimento lavorativo, mancato riconoscimento del ruolo di attore sociale delle coop B per mettere in rete le risorse, mancanza clausole sociali negli appalti e persone svantaggiate con problemi specifici.

Lavoro nero e mancanza di un'abitazione.

3) Rapporti con gli Enti Locali

Le Regioni forniscono gli stanziamenti per il Budget di salute dividendoli tra le ASL e i Comuni, i quali però spesso si dichiarano indigenti e non permettono l'attuazione dei PTRI a favore degli utenti dipendenti

È un intervento sperimentale

Necessità di un Budget di salute

1. Carenza di budget del Fondo Nazionale lotta alle dipendenze
2. Carenza di tavoli di lavoro tra gli enti del settore Pubblico, Privato e gli Enti locali
3. Assenza di protocolli di intesa e collaborazione con Comuni, Province, Regioni
4. Assenza di agevolazioni per le Strutture di poter fornire supporto e per fare da tramite tra gli interessati e le realtà locali (imprese, uffici di collocamento, etc.)
5. Costi esorbitanti per la spesa pubblica, dato il mantenimento dello stato di inattività delle persone fragili

La necessità di una ridefinizione complessiva dello strumento del Budget di salute

Gli Enti Locali, in particolare al Sud, sono quasi completamente esclusi dal sistema delle dipendenze ed anche il Budget di salute è quasi completamente assente dalle politiche Sanitarie e di *Welfare*

Rigidità nell'attuale gestione del Budget di salute. Non riconoscimento del ruolo pubblico e sociale e territoriale delle cooperative di inserimento socio occupazionale. Rischi di utilizzo del Budget di salute come una sorta di strumento per acquistare servizi, eliminando il ruolo degli attori sanitari e sociali del territorio, o all'apposto che la gestione del budget sia solo nelle mani degli attori sanitari

4) Continuità delle cure durante il reinserimento: criticità nel percorso e possibili soluzioni

Spesso, durante il percorso di reinserimento sociolavorativo il soggetto viene perso di vista dai Ser.D e quindi interrompe i trattamenti psicoterapeutici o educativi o farmacologici

La richiesta di adesione ai trattamenti come pre-requisito

Il reinserimento nella realtà sociale è certamente un punto nodale del percorso terapeutico. Non è sempre facile e non è privo di insidie. Gli insuccessi e le ricadute, sono parte del percorso stesso. Sicuramente, oltre la continuità delle cure, sono indispensabili l'accompagnamento, il contatto ed il sostegno

-
1. Difficoltà nel sostenere il proseguo delle cure nel reinserimento
 2. Scarsità nei finanziamenti per creare profili altamente specializzati, in un mercato del lavoro, che ad oggi è carente in merito al reperimento di tali figure (Formazione finanziata)
 3. Scarsità di canali di finanziamento dedicati al settore del reinserimento, con particolare attenzione in materia di agricoltura sociale, al fine di favorire maggiormente il reinserimento terapeutico di soggetti svantaggiati nella comunità e al contempo produrre beni
 4. Scarsità nelle agevolazioni fiscali per tutti coloro che assumono soggetti in stato di fragilità, come le cooperative che si occupano di agricoltura sociale

Il reinserimento non è né per i guariti e non è nemmeno una fase di verifica, è un tempo con insidie e fragilità. Le inadeguatezze ci sono e vanno accompagnate da personale specifico qualificato. I processi di reinserimento socio lavorativo dovrebbero essere sempre accompagnati da attività di tutoring, supporto, sostegno e *assessment*. Attualmente queste attività sono garantite solamente durante il periodo di cura o nelle attività formative specifiche. A conclusione di questi interventi, nella maggioranza dei casi, queste attività vengono invece realizzate in modo volontario, seppure in maniera continuativa, dalle strutture che accolgono i percorsi di reinserimento (coop B)

Al sistema attuale di servizi si rivolge un'utenza con media età sempre crescente e con risorse sociali e lavorative sempre residuali. Il sistema attuale basata su servizi residenziali e residenziali con poche altre tipologie in particolare al Nord, non permette la definizione di percorsi veramente individualizzati e personalizzati. Problemi di budget portano a definire tempi rigidi e risposte standardizzate

Poca flessibilità nell'erogazione dei servizi di cura da parte degli enti preposti, questo può causare conflitti con i tempi di lavoro e formazione delle persone. Rigidità dei servizi nell'affidamento dei farmaci per la terapia (vedi terapie sostitutive) per una gestione autonoma. Interruzione del sostegno quando la persona viene assunta. Domiciliarizzazione delle cure versus percorsi di istituzionalizzazione. Misure alternative al carcere svincolate da percorsi residenziali comunitari che rischiano di rafforzare i processi di istituzionalizzazione e in alcuni casi assistenzialismo

Lavoro regolare e formazione, affettività

5) Utilizzo del *CoHousing* nel reinserimento sociale e attivazione di servizi territoriali conseguenti

Il *CoHousing* è un'esperienza ancora sporadica in Italia, dovuta alla mancanza di linee guida nazionali in tema di riabilitazione e reinserimento sociolavorativo e abitativo, e alla mancanza di cultura in tema di *recovery* da parte del personale dei Ser.D

Ci sono poche esperienze strutturali

L'alloggio è un problema trasversale a molti gruppi di persone in situazioni di fragilità (Detenuti, *Care Leavers*, ...). All'interno della nostra Regione sono stati costituiti dei tavoli di confronto, con *stakeholder* diversi, su questa tematica

1. Scarsa disponibilità da parte degli utenti verso tale modalità
2. *CoHousing* e scarsità dell'offerta lavorativa e quindi difficoltà di sostentamento
3. Scarsità nel reperimento di strutture adatte per tale modalità abitativa
4. Assenza di agevolazioni per fornire alloggio o coadiuvare nel trovare una soluzione abitativa nella fase di reinserimento

1. Difficoltà a reperire appartamenti in un mercato privato sempre meno disponibile, sia che intermedi ente ed ancor di più la persona stessa
2. Difficoltà di una presa in carico socio sanitaria (una volta avuta la casa è tutto sul sociale)
3. Criticità nella gestione economica
4. L'abitare non solo come casa ma come spazio di relazione, condizione da perseguire dove possibile

CoHousing assolutamente assente nella maggior parte delle Regioni ed in particolare al sud

La difficoltà di accesso ad una abitazione rappresenta una emergenza sociale per chiunque si trovi ad affrontarla. Le difficoltà nascono prima di tutto dall'eccessivo costo di affitti e vendite del mercato privato e dalla scarsità di proposte di soluzioni pubbliche. Normative come art 5 della legge 23/05/2014 n. 80 impediscono inoltre la vita dignitosa anche per chi ha trovato soluzioni abitative alternative, ricacciando sempre più nel campo dell'illegalità le persone. Difficoltà di gestione economico finanziaria per mantenere l'abitazione (affitto e utenze) e nell'accesso alle risorse di sostegno pubblico (burocrazia, *digital divide*)

Mancanza nei territori di questo servizio

Necessità di dedicare maggiori risorse finanziarie finalizzate

4.3 Le possibili soluzioni

L'elenco delle possibili soluzioni alle criticità evidenziate è mostrato di seguito per ciascun elemento chiave.

1) *Recovery* e coinvolgimento degli utenti

Occorre una lunga formazione professionale degli operatori dei Ser.D per orientare i Servizi al modello della *recovery* e fare in modo che:

la dipendenza sia intesa come un problema non medico ma biopsicosociale

la presa in carico e i trattamenti devono essere integrati, ovvero psicologici, educativi e sociali, oltreché farmacologici

l'obiettivo della presa in carico e i trattamenti devono essere condivisi dal paziente

il soggetto dipendente deve essere integrato in *setting* e luoghi di vita che prevedano la presenza anche di soggetti non dipendenti

le attività proposte per il reinserimento lavorativo devono essere socialmente apprezzate e remunerate

Cambiare approccio nel pensare interventi non per le persone svantaggiate ma con loro

Monitoraggio continuo e intervento motivazionale costante; adeguata calibrazione delle aspettative connesse al reinserimento e valorizzazione delle esperienze nei diversi aspetti costituenti (formative, esperienziali, relazionali etc.)

Regia Coordinata, preposta a risolvere le problematiche emerse in ambiti diversi. Collaborazione tra enti e attori diversi, con nodi di competenza specifica, ma con un obiettivo comune

1. Previsione di budget per affidamento a terzi di attività di *follow-up* da eseguire nel Pubblico e nel Privato

2. Maggior comunicazione e potenziamento della L.328/2000, anche ai fini del coinvolgimento dell'utente

1. Progettazione fin dall'inizio per fasi di lavoro ed obiettivi di fase. Tavoli stabili in ottica socio sanitaria. Sviluppare interventi di *lifelong learning* (o apprendimento permanente o apprendimento continuo) che ha come scopo quello di modificare o sostituire un apprendimento non più adeguato rispetto ai nuovi bisogni sociali o lavorativi

Studiare il modello francese delle imprese di transizione e capire come innovare/rendere più efficace in questo senso la cooperazione sociale di inserimento lavorativo

2. Sistema dei servizi ad alta integrazione nelle varie fasi. E quindi il passaggio dal *cure* al *care*; partire fin da subito con l'approccio *recovery* ed il Budget di salute

Realizzare in tutte le regioni un "Sistema dei Servizi" rispondente ai LEA ed in particolare si occupi di Prevenzione, Cura, e Riduzione del danno. In molte regioni il sistema è previsto ma non realizzato. Renderlo obbligatorio ed attuare eventualmente i poteri sostitutivi dello Stato attraverso la partecipazione attiva della Conferenza delle Regioni

Modalità di reinserimento socioriabilitativo e occupazionale come parte del continuum terapeutico

Utilizzo del concetto di *recovery* come percorso di autonomia e qualità della vita. L'integrazione fra servizi e gli attori del territorio (datore di lavoro, istituzioni, spazi sociali, abitare) deve essere forte e coordinata, ma svincolata dalla prevalenza di un servizio su altri (le tappe in ambito sociale non debbano essere premiali o progressive). Approccio della RdD con *housing first* come fattore su cui stabilizzare. Rapporto degli operatori con i destinatari improntato su onestà, autenticità, e flessibilità, rispetto per progetti di vita non aderenti agli obiettivi prefissati. La formazione professionale degli operatori dei servizi dedicati con coinvolgimento dei destinatari

Sostegno al lavoro per gli utenti che si avvicinano alla fase del reinserimento, lavoro chiaramente regolare con sostegni alle aziende e alle cooperative di tipo B che si fanno carico di accompagnare attraverso il *workcoaching* le persone

-
- 1) Promuovere strategie comuni e azioni congiunte in materia di accompagnamento al lavoro e contrasto alle povertà a livello nazionale tra Ministero della salute e Ministero del lavoro e politiche sociali quale necessario presupposto e punto di partenza di politiche integrate a livello regionale e territoriale
 - 2) Prevedere ambiti di integrazione e cooperazione tra piano nazionale dei servizi sociali e piano sanitario nazionale propedeutici, a livello regionale, a promuovere e sostenere la partecipazione e l'apporto stabile e per una quota rilevante del tempo-lavoro da parte degli operatori sociali e sanitari alle *equipe* multiprofessionali sul territorio
-

2) Strumenti normativi e linee guida di processo per l'integrazione tra i percorsi riabilitativi e il sistema del welfare; linee di indirizzo nazionali per i percorsi di accreditamento

Occorre che a livello nazionale siano elaborate linee guida che permettano alle Aziende ASL di siglare delle convenzioni con quegli Enti del Provato sociale Accreditato al fine di istituire quei servizi utili al reinserimento sociolavorativo che i Ser.D, con le proprie risorse, non riescono a fornire. In particolare: istituzione e gestione di centri crisi; istituzione e gestione di servizi di educativa territoriale, che accompagnino l'utente ad autonomizzarsi sempre di più; istituzione e gestione di poli di riabilitazione e reinserimento socio lavorativo che prendano in carico l'utente dall'inizio alla fine del percorso di riabilitazione psichica e reinserimento abitativo e lavorativo

Vanno definiti dei percorsi non settoriali ma che tengano conto della specificità della persona con dipendenza o con comportamenti additivi

Riflessione sull'articolazione tra i dispositivi di supporto al reinserimento socio-lavorativo (borse lavoro varie e variegata etc) e altri strumenti di sostegno (RdC etc.)

Coordinamento intersettoriale

1. Potenziare la rete ed i lavori di *follow-up*, al fine di poter rispettare al meglio i requisiti richiesti

2. Definizione di un budget e di investimenti mirati

1. Valorizzazione del lavoro territoriale delle coop B (in collegamento all'art 5 L.381); per coop B che hanno taglio 'educativo' (inserimenti non definitivi ma temporanei): contrastare gli effetti negativi del 'decreto dignità' sui percorsi educativi e terapeutici

Sperimentazioni di accordi sindacali che portano a 40 mesi; se la persona tossicodipendente rimane a tempo indeterminato prima o poi completa il percorso terapeutico e giustamente non ha più certificazione di svantaggio (ma la coop b non deve diminuire il numero percentuale di persone 'svantaggiate')

2. Servizi a bassa soglia per il lavoro: le persone possano essere retribuite in base a quello che fanno (con modalità semplici), dignità e emancipazione

A partire dalla Conferenza nazionale avviare un processo che coinvolga Stato, Regioni, Federazioni rappresentative, Coordinamento di Enti accreditati nella definizione di linee guida vincolanti per i vari sistemi regionali a partire dai LEA. Ricostituire la Consulta Nazionale con questa finalità con un coinvolgimento attivo della Conferenza delle Regioni che tenga conto della Territorialità

Riforma del 309/90 (es. atto Camera 865, Senato 937)

Tutela coop B e del CCNL di categoria, riconoscimento rapporti di lavoro particolari per adattare l'offerta di lavoro alle persone più in difficoltà

Vincoli legislativi specifici per coop B che permettano flessibilità nel 30% svantaggiati, ma promuovano il ruolo territoriale in rete con le istituzioni

Ruolo della coop B per accompagnamento al lavoro anche in imprese *profit*. Clausole sociali negli appalti: riconoscimento ristoro alla cooperazione di tipo B per i lavoratori che non riescono ad inserirsi in impresa vincitrice. *Case manager* riconosciuto e sostenuto. Superamento stigma che evitare *welfare* selettivo con pregiudizi morali

Sostegno al lavoro oltre ai 18 mesi dello svantaggio

3) Rapporti con gli Enti Locali

Occorre che l'intero Budget di salute sia gestito dalle ASL, e non più anche dai Comuni, affinché tutti i soldi a disposizione finiscano nei PTRI a favore dei pazienti dipendenti

Si auspica un finanziamento ed una definizione chiara di linee guida e procedure di intervento

Approfondimento e conoscenza dello strumento

1. Rifinanziamento del fondo nazionale lotta alle dipendenze
2. Potenziamento tramite informazione capillare di tavoli di lavoro tra gli enti del settore Pubblico, Privato e gli Enti Locali
3. Stipula di protocolli di intesa e collaborazione con Comuni, Province, Regioni
4. Potenziamento e creazione di agevolazioni per le Strutture di poter fornire supporto e per fare da tramite tra gli interessati e le realtà locali; maggiore collaborazione, contatto, condivisione con le Agenzie Regionali per le Politiche Attive del Lavoro (ARPAL)
5. Potenziamento budget per inserimento lavorativo, produce riduzione della spesa pubblica

Progettazione per fasi di lavoro ed obiettivi di fase

Budget di salute e poi budget di inclusione (residenzialità leggera, tirocinio, socialità)

Tavoli stabili in ottica socio sanitaria

Anche i sistemi delle comunità devono diventare parte fondamentale del reinserimento, che significa che c'è un cambio di paradigma, non solo il professionista ma le realtà che accompagnano

Avviare una fase di sperimentazione ripristinando il Fondo Nazionale Lotta alla Droga e finalizzando una parte cospicua di finanziamenti alla pratica del Budget della salute

Flessibilità nell'utilizzo delle risorse finalizzate al sostegno e benessere della persona. Condivisione paritetica ed organizzata, con la partecipazione del destinatario, del progetto e degli obiettivi sociali di utilizzo delle risorse (casa, lavoro, socialità, formazione professionale), non in alternativa ai servizi sanitari dedicati. Identificazione di un case manager di riferimento quando utile. Possibilità di utilizzo delle risorse anche per sostenere accompagnamento al lavoro presso imprese *profit* sostenute da tutor delle cooperative di tipo B. Utilizzo delle risorse anche per facilitare alta formazione quando possibile

4) Continuità delle cure durante il reinserimento: criticità nel percorso e possibili soluzioni

Occorre che a livello nazionale vengano elaborate linee guida per l'istituzione in tutte le Regioni di quei dispositivi cosiddetti di "area intermedia" che favoriscano la continuità delle cure e della presa in carico. Tra questi dispositivi vanno annoverati centri crisi; Servizi di educativa territoriale; poli di riabilitazione e reinserimento sociolavorativo; gruppi appartamenti

Gli interventi di inclusione socio-lavorativa potrebbero essere strumenti per migliorare il progetto di cura e di riabilitazione, non il contrario

Garantire la continuità e il sostegno del percorso, attraverso interventi domiciliari

1. Sostenere i costi per la continuità di cura in fase di *follow-up*, predisponendo nei piani sanitari regionali delle voci di spesa, fondi territoriali, nazionali ed europei
2. Potenziamento fondi per la Formazione Finanziata per persone fragili
3. Potenziamento dei canali di finanziamento dedicati al settore del reinserimento, con particolare attenzione in materia di agricoltura sociale
4. Creazione di agevolazioni ad hoc per tutti coloro che assumono soggetti in stato di fragilità, come le cooperative che si occupano di agricoltura sociale

Riconoscimento alle coop B di queste attività di lavoro sociale, con le adeguate risorse economiche per garantire stabilità e continuità dell'intervento, che non finisce con la cura. Sono chiaramente attività con gradi diversi di intensità che andrebbero normate prendendo ad esempio le esperienze dei PTRP (Percorsi Terapeutici Riabilitativi Personalizzati) avviate con il disagio psichico

Sperimentare percorsi leggeri, tipo centro occupazionale (coop a in sinergia con coop b) per alcune frange di utenza che non ha i requisiti per essere pensata in un tirocinio/assunzione al lavoro (alcune 'doppie diagnosi', persone tox senza dimora che un giorno ci sono un altro no...)

Rendere elastici ed effettivamente personalizzati i percorsi integrando l'attuale sistema basato sulla retta dalla con il Budget di salute ed inoltre integrare l'attuale sistema basato sui servizi ambulatoriali (Ser.D) e residenziale/semiresidenziale del Privato Sociale con servizi basati sulla personalizzazione e la domiciliarietà. Ovviamente non vuol dire eliminare l'attuale sistema ma integrarlo con nuove tipologie di servizi

Maggiore flessibilità degli orari dei servizi sanitari e socio sanitari dedicati alle persone con dipendenza o in percorso di inserimento. Adeguamento delle eventuali terapie alla vita delle persone concordato con il destinatario, domiciliare le cure in senso di maggiore autonomia di gestione. Maggiori pene alternative in gestione ai servizi del territorio (non solo comunità). Mantenimento di una continuità di rapporto con le persone e disponibilità a momenti di confronto condiviso anche con i referenti per inserimento lavorativo delle persone anche dopo assunzione e "stabilizzazione" del percorso di vita. Spazi fisici e virtuali dedicati al confronto e accesso ai servizi leggeri

Formazione

5) Utilizzo del *CoHousing* nel reinserimento sociale e attivazione di servizi territoriali conseguenti

Occorre che a livello nazionale vengano disegnate delle linee guida che permettano alle ASL di istituire e gestire - in proprio o in *partnership* col Privato Sociale - delle *CoHouses* in cui i soggetti in fase di riabilitazione e reinserimento lavorativo possano coabitare e convivere con soggetti privi di patologie. Il *cohousing* è un importantissimo ed efficace strumento di integrazione sociale

Progettare e mettere a sistema delle esperienze sistematiche, in collaborazione con chi si occupa di urbanistica

Conoscere meglio lo strumento

1. Informare maggiormente gli utenti su tali modalità condivise
 2. Aumentando l'offerta lavorativa e formativa, si creerebbe una maggiore opportunità di autonomia anche abitativa
 3. Utilizzo di beni e strutture confiscate alle mafie
 4. Potenziamento agevolazioni per fornire alloggio o coadiuvare nel trovare una soluzione abitativa nella fase di reinserimento
-

1. Necessità di tavoli cittadini per l'abitare sociale con l'obiettivo di incentivare la messa a disposizione di edifici privati e pubblici sotto utilizzati o inutilizzati
 2. Abitare sociale al centro del Budget di salute, poi di inclusione (residenzialità leggera, tirocinio e socialità). Tavoli stabili in ottica socio sanitaria. *Case manager* riconosciuto e finanziato
 3. Percorsi di educazione finanziaria (iniziati anche prima dell'autonomia)
 4. Esperienze interessanti di *cohousing*, rigenerazione urbana, agio e disagio con la figura del *manager* di comunità che permetta un buon vivere per tutti
-

Avviare delle Sperimentazioni Ripristinando Il Fondo Nazionale Lotta alla Droga

Utilizzo delle risorse del Budget di salute per facilitare attività di accesso all'*housing*, come fattore di stabilizzazione che facilita tutto il percorso. Facilitazioni per le cooperative di abitazioni che stipulano accordi per riservare posti a persone in uscita da percorsi di reinserimento sociale. Abolizione dell'art 5 della legge 23 maggio 2014 n. 80. Valorizzazione dei processi di auto recupero con riconoscimento del ruolo delle cooperative sociali nel sostegno alle progettazioni finalizzate anche a dare risposta alle esigenze sociali di persone svantaggiate. Educazione economico e finanziaria, digitale e sull'accesso alle risorse pubbliche, anche in collaborazione con i CAF

Implementazione dove serve

Vincolare a obiettivi di sostegno al *cohousing* i programmi nazionali in materia di politiche sociali (FNPS), politiche sanitarie (Fondo sanitario) e politiche abitative (piano casa).

Riunione Preliminare - La condivisione dei contenuti e del metodo di lavoro



Modalità di reinserimento socioriabilitativo e occupazionale come parte del continuum terapeutico

5.1 Il contesto dei lavori

L'obiettivo è quello di trovare una piattaforma comune su cui poter trovare un accordo, tenendo presente che l'ambito di discussione della Riunione non è un ambito manicheo ma continuo. Se 40 anni fa si poteva pensare che la terapia avesse un inizio e una fine, ora la cura viene intesa come un lungo percorso caratterizzato da alti e bassi. Analizzando le criticità e le soluzioni proposte dagli Esperti, emergono delle differenze fra chi svolge un lavoro più teorico e chi svolge attività più pratiche, a stretto contatto con gli utenti. Da queste differenze, che costituiscono una ricchezza, è possibile ottenere una sintesi in cui ognuno si sente adeguatamente rappresentato. A questo proposito, il Dott. Barra richiede un impegno da parte di tutti i partecipanti, suggerendo di rinunciare ai propri pregiudizi al fine di trovare un minimo comune denominatore con gli altri.

5.2 Le criticità rilevate

Il *brainstorming* ha permesso di identificare alcune criticità ritenute prioritarie sul tema "Efficacia dell'azione di prevenzione e presa in carico precoce delle dipendenze patologiche". Il risultato del primo giro di *brainstorming* è rappresentato nella Tabella 1.

Tabella 1. Lista delle criticità emerse
Condivisione di criteri uniformi per la valutazione delle diverse attività lavorative, da quelle più inclusive a quelle più produttive, e dal <i>matching</i> con le tipologie dei bisogni e delle abilità dei pazienti.
Rigidità dei programmi di accreditamento che non permettono la destinazione di risorse per il reinserimento.
Impianto criminalizzante e stigmatizzante della norma.
Difficoltà inserimento in percorsi di accompagnamento lavorativo per persone che non sono utenti delle comunità.
Mancanza di riconoscimento della funzione pubblica della cooperazione di inserimento lavorativo, questo porta a un difficile accompagnamento dei percorsi lavorativi.
Territori con trattamenti molto diversificati.
Omogeneizzare a livello regionale i vari sistemi di intervento.
In alcune parti d'Italia manca il riconoscimento della fase di reinserimento.
La necessità di costruire percorsi di "autoimpiego" e spazi di mercato per lo sviluppo di coop sociali di tipo B e di imprese sociali.
Mancanza di sostegno stile "microcredito" per difficoltà di bancabilità delle persone.
Mancato utilizzo delle risorse per i percorsi di inserimento sociale ed occupazionale in maniera condivisa fra i diversi soggetti ed attori del territorio, con protagonismo dei beneficiari nella definizione dei progetti, con la prevalenza dell'approccio sanitario.
Le ASL non investono soldi nel reinserimento socio lavorativo, cioè non investono soldi nel siglare con le cooperative di tipo B che dovrebbero fare formazione, <i>housing</i> e dare borse lavoro per inserire l'utente nel mercato.

Modalità di reinserimento socioriabilitativo e occupazionale come parte del continuum terapeutico

Tabella 1. Lista delle criticità emerse
Assenza di agevolazioni ad hoc per chi assume soggetti in stato di fragilità.
Mancanza di lavoro regolare.
Il lavoro è spesso visto come risultato finale di un percorso di emancipazione.
Discriminazione tra Pubblico e Privato.
Integrazione socio-sanitaria e pubblico-privata, prevalenza dei LEA sanitari su quelli sociali.
Mancato riconoscimento del ruolo terapeutico dell'<ex>.
Prevedere percorsi e metodi per la inclusione sociale di persone che usano sostanze o hanno comportamenti additivi e non sono ancora in collegamento con la rete dei servizi.
Difficoltà di sostenere il reinserimento come unità del percorso di riabilitazione.
Assessment preciso rispetto alle specificità dell'utenza in relazione ai livelli di occupabilità.

Alcune criticità sono state successivamente accorpate per similitudine, come mostrato nella Tabella 2.

Tabella 2. Raggruppamento di alcune delle criticità emerse	
Titolo del raggruppamento	Criticità nel raggruppamento
Normativa	Condivisione di criteri uniformi per la valutazione delle diverse attività lavorative, da quelle più inclusive a quelle più produttive, e dal <i>matching</i> con le tipologie dei bisogni e delle abilità dei pazienti.
	Rigidità dei programmi di accreditamento che non permettono la destinazione di risorse per il reinserimento.
	Impianto criminalizzante e stigmatizzante della norma.
	Difficoltà inserimento in percorsi di accompagnamento lavorativo per persone che non sono utenti delle comunità.
	Mancanza di riconoscimento della funzione pubblica della cooperazione di inserimento lavorativo, questo porta a un difficile accompagnamento dei percorsi lavorativi.
	Territori con trattamenti molto diversificati.
	Omogeneizzare a livello regionale i vari sistemi di intervento.
	In alcune parti d'Italia manca il riconoscimento della fase di reinserimento.

Modalità di reinserimento socioriabilitativo e occupazionale come parte del continuum terapeutico

Tabella 2. Raggruppamento di alcune delle criticità emerse	
Titolo del raggruppamento	Criticità nel raggruppamento
Strumenti al supporto del reinserimento	La necessità di costruire percorsi di “autoimpiego” e spazi di mercato per lo sviluppo di coop sociali di tipo B e di imprese sociali.
	Mancanza di sostegno stile “microcredito” per difficoltà di bancabilità delle persone.
	Mancato utilizzo delle risorse per i percorsi di inserimento sociale ed occupazionale in maniera condivisa fra i diversi soggetti ed attori del territorio, con protagonismo dei beneficiari nella definizione dei progetti, con la prevalenza dell’approccio sanitario.
	Le ASL non investono soldi nel reinserimento socio lavorativo, cioè non investono soldi nel siglare con le cooperative di tipo B che dovrebbero fare formazione, <i>housing</i> e dare borse lavoro per inserire l’utente nel mercato.
	Assenza di agevolazioni ad hoc per chi assume soggetti in stato di fragilità.
	Mancanza di lavoro regolare.
	Il lavoro è spesso visto come risultato finale di un percorso di emancipazione.
	Discriminazione tra Pubblico e Privato.
Processi assistenziali	Integrazione socio-sanitaria e pubblico-privata, prevalenza dei LEA sanitari su quelli sociali.
	Mancato riconoscimento del ruolo terapeutico dell’<ex>.
	Prevedere percorsi e metodi per la inclusione sociale di persone che usano sostanze o hanno comportamenti additivi e non sono ancora in collegamento con la rete dei servizi.
	Difficoltà di sostenere il reinserimento come unità del percorso di riabilitazione.
	<i>Assessment</i> preciso rispetto alle specificità dell’utenza in relazione ai livelli di occupabilità.

Modalità di reinserimento socioriabilitativo e occupazionale come parte del continuum terapeutico

È stato valutato il grado di concordanza/discordanza su ciascuna delle criticità identificando il gradiente di polarizzazione che va dalle criticità sulle quali c'è maggiore accordo verso quelle su cui l'accordo è minore (0 mancanza di accordo, 3 totale accordo).

Tabella 3. Gradiente di accordo/disaccordo sulle criticità emerse	
Criticità emerse	Livello di accordo (0-3)
Omogeneizzare a livello regionale i vari sistemi di intervento.	2.80
Territori con trattamenti molto diversificati.	2.60
Mancato utilizzo delle risorse per i percorsi di inserimento sociale ed occupazionale in maniera condivisa fra i diversi soggetti ed attori del territorio, con protagonismo dei beneficiari nella definizione dei progetti, con la prevalenza dell'approccio sanitario.	2.50
Integrazione socio-sanitaria e pubblico-privata, prevalenza dei LEA sanitari su quelli sociali.	2.50
Mancanza di riconoscimento della funzione pubblica della cooperazione di inserimento lavorativo, questo porta a un difficile accompagnamento dei percorsi lavorativi.	2.30
In alcune parti d'Italia manca il riconoscimento della fase di reinserimento.	2.30
Difficoltà di sostenere il reinserimento come unità del percorso di riabilitazione.	2.30
Rigidità dei programmi di accreditamento che non permettono la destinazione di risorse per il reinserimento.	2.20
Difficoltà inserimento in percorsi di accompagnamento lavorativo per persone che non sono utenti delle comunità.	2.20
Prevedere percorsi e metodi per la inclusione sociale di persone che usano sostanze o hanno comportamenti additivi e non sono ancora in collegamento con la rete dei servizi.	2.20
Assessment preciso rispetto alle specificità dell'utenza in relazione ai livelli di occupabilità.	2.10
Discriminazione tra Pubblico e Privato.	2.00
La necessità di costruire percorsi di "autoimpiego" e spazi di mercato per lo sviluppo di coop sociali di tipo B e di imprese sociali.	1.90
Le ASL non investono soldi nel reinserimento socio lavorativo, cioè non investono soldi nel siglare con le cooperative di tipo B che dovrebbero fare formazione, <i>housing</i> e dare borse lavoro per inserire l'utente nel mercato.	1.90
Assenza di agevolazioni ad hoc per chi assume soggetti in stato di fragilità.	1.90
Mancanza di lavoro regolare.	1.90

Modalità di reinserimento socioriabilitativo e occupazionale come parte del continuum terapeutico

Tabella 3. Gradiente di accordo/disaccordo sulle criticità emerse	
Criticità emerse	Livello di accordo (0-3)
Il lavoro è spesso visto come risultato finale di un percorso di emancipazione.	1.90
Condivisione di criteri uniformi per la valutazione delle diverse attività lavorative, da quelle più inclusive a quelle più produttive, e dal <i>matching</i> con le tipologie dei bisogni e delle abilità dei pazienti.	1.80
Impianto criminalizzante e stigmatizzante della norma.	1.60
Mancanza di sostegno stile "microcredito" per difficoltà di bancabilità delle persone.	1.60
Mancato riconoscimento del ruolo terapeutico dell'<ex>.	0.90

5.3 La lettura delle criticità

La lettura dei risultati mette in evidenza una forte convergenza rispetto ad alcune criticità collegate, in particolare, alla disomogeneità territoriale rispetto alle politiche di reinserimento e ad una generalizzata mancanza di risorse dedicate. Altri aspetti che emergono come particolarmente critici sono legati alla gestione dei percorsi di accompagnamento al lavoro veicolati dai Servizi Pubblici e Privati e al mancato riconoscimento del ruolo svolto da cooperative e imprese sociali che necessiterebbero di maggiori agevolazioni e di spazi di mercato dedicati.

Modalità di reinserimento socioriabilitativo e occupazionale come parte del continuum terapeutico

5.4 Gli approcci alle possibili soluzioni

Il secondo giro di *brainstorming* guidato, focalizzato sulla ricerca collaborativa e partecipata degli approcci alle possibili soluzioni alle criticità precedentemente individuate, è esitato nelle proposte riportate nella Tabella 4.

Tabella 4. Lista degli approcci alle possibili soluzioni relative alle criticità emerse
Revisione normativa adeguata alle problematiche rilevate, definizione di protocolli di percorsi valutativi e di trattamento e riabilitazione, supporto formativo congiunto ad operatori pubblici e privati.
Revisione della normativa in senso decriminalizzante per il consumo di sostanze.
Una normativa nazionale che incida e vincoli maggiormente le Regioni alla sua applicazione. Uniformare le realtà locali, per non avere servizi che marcano a velocità diverse a seconda della regione di appartenenza.
È necessario che il legislatore e la conferenza Stato-Regioni adotti delle norme uniche a livello nazionale e cogenti per le diverse Regioni in tema di reinserimento, obbligando ASL ad inserire un budget cospicuo per siglare convenzioni con le coop del Privato Sociale che sono le uniche ad avere le risorse umane e le competenze per organizzare la formazione, l' <i>housing</i> e il reinserimento lavorativo degli utenti.
Applicazione dei decreti scritti così come scritti.
Ridefinizione degli aspetti normativi, definizione uniforme percorsi di inserimento e inclusione e supporto formativo ad operatori pubblici e privati.
Diritto al lavoro come diritto costituzionale.
Necessità di omogeneizzare i servizi sul territorio e con il coinvolgimento della conferenza delle Regioni.
Creazione di un coordinamento regionale che accordi l'offerta lavorativa e la condivida con i servizi.
Finanziamento del sistema con un fondo specifico perché l'affido diretto è complicato ed il codice degli appalti ha ulteriormente complicato.
Sostegno alle imprese che non delocalizzano e sostengono con commesse le coop B.
Destinazione di quote delle commesse pubbliche alle cooperative sociali e imprese sociali di inserimento lavorativo e agevolazioni fiscali per le imprese che collaborano esternalizzando attività produttive a cooperative sociali e imprese sociali di inserimento lavorativo.
Riconoscimento formale (che esisterebbe ma non è sostanzialmente riconosciuto) della funzione pubblica della cooperazione sociale di inserimento lavorativo.
Stanziamiento maggiori risorse (sostanziali e strutturali sul fronte lavoro-casa) per sostenere e declinare il reinserimento delle situazioni di maggior vulnerabilità.

Modalità di reinserimento socioriabilitativo e occupazionale come parte del continuum terapeutico

Tabella 4. Lista degli approcci alle possibili soluzioni relative alle criticità emerse
Confronto con modelli europei di imprese di inserimento lavorativo.
Istituzione di figure di accompagnamento dalle coop b al mercato.
Condivisione paritetica ed organizzata, con la partecipazione del destinatario, del progetto, dell'uso delle risorse dedicate e degli obiettivi sociali di utilizzo delle risorse (casa, lavoro, socialità, formazione professionale), non in alternativa ai servizi sanitari dedicati Valorizzare il protagonismo volontario della persona.
Creazione di agevolazioni ad hoc per coloro che assumono persone in stato di fragilità, ad esempio agevolazioni fiscali per le cooperative che si occupano di agricoltura sociale, poiché questa rappresenta quel "welfare proattivo", quindi inclusivo e non assistenzialistico.
Prevedere nell'organigramma dei centri antidroga oltre alle attuali figure professionali anche il possibile ruolo terapeutico degli ex tossicomani attualmente esclusi dall'utilizzo dei Servizi Pubblici e impiegati di fatto dai Servizi Privati.
Superare il paradigma della inclusione sociale al termine del percorso di cura e riabilitativo provando ad usare la inclusione come leva per il riconoscimento della piena dignità della persona e per un innovativo approccio alla dipendenza (esistono esperienze e metodi consolidati quali ad esempio <i>Housing first</i> o di riduzione del danno che potrebbero fare da <i>Benchmarking</i>) in un sistema di rete di tutti gli attori presenti nel territorio (sistema pubblico, privato, Comuni, SIL, ecc.).
Figure di mediazione al lavoro in organico.

Modalità di reinserimento socioriabilitativo e occupazionale come parte del continuum terapeutico

Le soluzioni sono state successivamente accorpate per similitudine, come mostrato nella Tabella 5.

Tabella 5. Raggruppamento di alcune delle criticità emerse	
Titolo del raggruppamento	Criticità nel raggruppamento
Normativa	Revisione normativa adeguata alle problematiche rilevate, definizione di protocolli di percorsi valutativi e di trattamento e riabilitazione, supporto formativo congiunto ad operatori pubblici e privati.
	Revisione della normativa in senso decriminalizzante per il consumo di sostanze.
	Una normativa nazionale che incida e vincoli maggiormente le Regioni alla sua applicazione. Uniformare le realtà locali, per non avere servizi che marcano a velocità diverse a seconda della regione di appartenenza.
	È necessario che il legislatore e la conferenza Stato-Regioni adottino delle norme uniche a livello nazionale e cogenti per le diverse regioni in tema di reinserimento, obbligando ASL ad inserire un budget cospicuo per siglare convenzioni con le coop del Privato Sociale che sono le uniche ad avere le risorse umane e le competenze per organizzare la formazione, l' <i>housing</i> e il reinserimento lavorativo degli utenti.
	Applicazione dei decreti scritti così come scritti.
	Ridefinizione degli aspetti normativi, definizione uniforme percorsi di inserimento e inclusione e supporto formativo ad operatori pubblici e privati.
	Diritto al lavoro come diritto costituzionale.
	Necessità di omogeneizzare i servizi sul territorio e con il coinvolgimento della conferenza delle Regioni.

Modalità di reinserimento socioriabilitativo e occupazionale come parte del continuum terapeutico

Tabella 5. Raggruppamento di alcune delle criticità emerse	
Strumenti al supporto del reinserimento	Creazione di un coordinamento regionale che accordi l'offerta lavorativa e la condivida con i servizi.
	Finanziamento del sistema con un fondo specifico perché l'affido diretto è complicato ed il codice degli appalti ha ulteriormente complicato.
	Sostegno alle imprese che non delocalizzano e sostengono con commesse le coop B.
	Destinazione di quote delle commesse pubbliche alle cooperative sociali e imprese sociali di inserimento lavorativo e agevolazioni fiscali per le imprese che collaborano esternalizzando attività produttive a cooperative sociali e imprese sociali di inserimento lavorativo.
	Riconoscimento formale (che esisterebbe ma non è sostanzialmente riconosciuto) della funzione pubblica della cooperazione sociale di inserimento lavorativo.
	Stanziamiento maggiori risorse (sostanziali e strutturali sul fronte lavoro-casa) per sostenere e declinare il reinserimento delle situazioni di maggior vulnerabilità.
	Confronto con modelli europei di imprese di inserimento lavorativo.
	Istituzione di figure di accompagnamento dalle coop b al mercato.
	Creazione di agevolazioni ad hoc per coloro che assumono persone in stato di fragilità, ad esempio agevolazioni fiscali per le cooperative che si occupano di agricoltura sociale, poiché questa rappresenta quel "welfare proattivo", quindi inclusivo e non assistenzialistico.
Processi assistenziali	Condivisione paritetica ed organizzata, con la partecipazione del destinatario, del progetto, dell'uso delle risorse dedicate e degli obiettivi sociali di utilizzo delle risorse (casa, lavoro, socialità, formazione professionale), non in alternativa ai servizi sanitari dedicati Valorizzare il protagonismo volontario della persona.
	Prevedere nell'organigramma dei centri antidroga oltre alle attuali figure professionali anche il possibile ruolo terapeutico degli ex tossicomani attualmente esclusi dall'utilizzo dei Servizi Pubblici e impiegati di fatto dai Servizi Privati.
	Superare il paradigma della inclusione sociale al termine del percorso di cura e riabilitativo provando ad usare la inclusione come leva per il riconoscimento della piena dignità della persona e per un innovativo approccio alla dipendenza (esistono esperienze e metodi consolidati quali ad esempio <i>Housing first</i> o di riduzione del danno che potrebbero fare da <i>Benchmarking</i>) in un sistema di rete di tutti gli attori presenti nel territorio (sistema pubblico, privato, Comuni, SIL, ecc.).
	Figure di mediazione al lavoro in organico.

Modalità di reinserimento socioriabilitativo e occupazionale come parte del continuum terapeutico

Il personale grado di concordanza/discordanza dei partecipanti su ciascuno degli approcci individuati rispecchia il gradiente di polarizzazione mostrato in Tabella 6, che va dagli approcci sui quali c'è maggiore accordo verso quelli su cui l'accordo è minore (0 mancanza di accordo, 3 totale accordo).

Tabella 6. Gradiente di accordo/disaccordo sugli approcci alle possibili soluzioni	
Approcci alle possibili soluzioni rispetto alle criticità emerse	Livello di accordo (0-3)
Una normativa nazionale che incida e vincoli maggiormente le Regioni alla sua applicazione. Uniformare le realtà locali, per non avere servizi che marcano a velocità diverse a seconda della regione di appartenenza.	2.8
È necessario che il legislatore e la conferenza Stato-Regioni adottino delle norme uniche a livello nazionale e cogenti per le diverse regioni in tema di reinserimento, obbligando ASL ad inserire un budget cospicuo per siglare convenzioni con le coop del Privato Sociale che sono le uniche ad avere le risorse umane e le competenze per organizzare la formazione, l' <i>housing</i> e il reinserimento lavorativo degli utenti.	2.5
Stanziamiento maggiori risorse (sostanziali e strutturali sul fronte lavoro-casa) per sostenere e declinare il reinserimento delle situazioni di maggior vulnerabilità.	2.5
Condivisione paritetica ed organizzata, con la partecipazione del destinatario, del progetto, dell'uso delle risorse dedicate e degli obiettivi sociali di utilizzo delle risorse (casa, lavoro, socialità, formazione professionale), non in alternativa ai servizi sanitari dedicati Valorizzare il protagonismo volontario della persona.	2.5
Ridefinizione degli aspetti normativi, definizione uniforme percorsi di inserimento e inclusione e supporto formativo ad operatori pubblici e privati.	2.4
Necessità di omogeneizzare i servizi sul territorio e con il coinvolgimento della conferenza delle Regioni.	2.4
Superare il paradigma della inclusione sociale al termine del percorso di cura e riabilitativo provando ad usare la inclusione come leva per il riconoscimento della piena dignità della persona e per un innovativo approccio alla dipendenza (esistono esperienze e metodi consolidati quali ad esempio <i>Housing first</i> o di riduzione del danno che potrebbero fare da <i>Benchmarking</i>) in un sistema di rete di tutti gli attori presenti nel territorio (sistema pubblico, privato, Comuni, SIL, ecc.).	2.4
Finanziamento del sistema con un fondo specifico perché l'affido diretto è complicato ed il codice degli appalti ha ulteriormente complicato.	2.3
Confronto con modelli europei di imprese di inserimento lavorativo.	2.3
Revisione della normativa in senso decriminalizzante per il consumo di sostanze.	2.2
Destinazione di quote delle commesse pubbliche alle cooperative sociali e imprese sociali di inserimento lavorativo e agevolazioni fiscali per le imprese che collaborano esternalizzando attività produttive a cooperative sociali e imprese sociali di inserimento lavorativo.	2.2
Revisione normativa adeguata alle problematiche rilevate, definizione di protocolli di percorsi valutativi e di trattamento e riabilitazione, supporto formativo congiunto ad operatori pubblici e privati.	2.1

Modalità di reinserimento socioriabilitativo e occupazionale come parte del continuum terapeutico

Tabella 6. Gradiente di accordo/disaccordo sugli approcci alle possibili soluzioni	
Approcci alle possibili soluzioni rispetto alle criticità emerse	Livello di accordo (0-3)
Riconoscimento formale (che esisterebbe ma non è sostanzialmente riconosciuto) della funzione pubblica della cooperazione sociale di inserimento lavorativo.	2.0
Creazione di agevolazioni ad hoc per coloro che assumono persone in stato di fragilità, ad esempio agevolazioni fiscali per le cooperative che si occupano di agricoltura sociale, poiché questa rappresenta quel "welfare proattivo", quindi inclusivo e non assistenzialistico.	1.9
Sostegno alle imprese che non delocalizzano e sostengono con commesse le coop B.	1.8
Istituzione di figure di accompagnamento dalle coop b al mercato.	1.8
Figure di mediazione al lavoro in organico.	1.7
Applicazione dei decreti scritti così come scritti.	1.6
Diritto al lavoro come diritto costituzionale.	1.4
Creazione di un coordinamento regionale che accordi l'offerta lavorativa e la condivida con i servizi.	1.4
Prevedere nell'organigramma dei centri antidroga oltre alle attuali figure professionali anche il possibile ruolo terapeutico degli ex tossicomani attualmente esclusi dall'utilizzo dei Servizi Pubblici e impiegati di fatto dai Servizi Privati.	0.9

5.5 La lettura degli approcci alle possibili soluzioni

Si riscontra una forte convergenza degli Esperti sulle soluzioni connesse ad azioni normative finalizzate ad omogeneizzare gli interventi territoriali a livello nazionale e all'individuazione di risorse specificatamente dedicate al reinserimento lavorativo e alle politiche abitative. Un elemento importante è inoltre riconosciuto nello sviluppo di reti che coinvolgano tutti gli attori, dai Servizi Pubblici a quelli Privati, dai Comuni ai Centri per l'Impiego, in percorsi che integrino la cura al reinserimento. Un'ultima area di convergenza è legata infine alla necessità di riconoscere maggiormente il ruolo di funzione pubblica delle cooperative sociali rafforzando le modalità di sostegno e agevolazione di questa tipologia di impresa.

5.6 Le proposte operative

Sulla base degli argomenti chiave trattati su questo Tavolo, si sono organizzate tre Tavole Rotonde che rappresenteranno i *focus* specifici di contenuto da articolare in occasione del Tavolo Tecnico di ottobre (Figura 2).

Le Tavole sono state incentrate sui seguenti macrotemi: Percorsi di trattamento e di inclusione sociale, Il livello delle istituzioni, Progetti e interventi.

Figura 2. Tavole Rotonde e relativi argomenti chiave

Tavola rotonda A :	Tavola rotonda B :	Tavola rotonda C :
+	+	+
PERCORSI DI TRATTAMENTO E DI INCLUSIONE SOCIALE	IL LIVELLO ISTITUZIONI	PROGETTI E INTERVENTI
1. Recovery e coinvolgimento degli utenti	2. Strumenti normativi e linee guida di processo per l'integrazione tra i percorsi riabilitativi e il sistema del welfare linee di indirizzo nazionali per i percorsi di accreditamento	3. Ipotesi di Budget di salute e rapporti con gli Enti Locali
Dott. Augusto Consoli (SITD)	Dott.ssa Ivana Boccolini (Regione Marche)	4. Continuità delle cure durante il reinserimento: criticità nel percorso e possibili soluzioni
Dott.ssa Sabrina Petrelli (ITARDD)	Dott.ssa Stefania Boscato (Ministero del Lavoro)	5. Utilizzo del CoHousing nel reinserimento sociale e attivazione di servizi territoriali conseguenti
Dott.ssa Caterina Pozzi (CNCA)	Dott.ssa Claudia Fiaschi (Forum del Terzo Settore)	Dott. Hassan Bassi (Forum Droghe)
	Dott. Roberto Gatto (INTERCEAR)	Dott. Giampaolo Nicolasi (COMUNITALIA)
	Dott. Vincenzo Lamartora (FEDERSERD)	Dott. Alberto Rovere (Regione Piemonte)
		Dott. Luca Sartorato (FICT)
		Dott. Alessandro Salvi (Regione Toscana)

I tre macro-temi individuati nel corso dei lavori sono la cornice entro la quale far ricadere gli interventi degli Esperti e consentiranno di toccare le specificità evidenziate nel corso dei lavori, sempre tenendo in considerazione il tema del Tavolo e gli elementi chiave individuati per ciascuna Tavola Rotonda.

Modalità di reinserimento socioriabilitativo e occupazionale come parte del continuum terapeutico

Tavolo Tecnico



Modalità di reinserimento socioriabilitativo e occupazionale come parte del continuum terapeutico

6.1 Introduzione ai lavori della prima giornata

I lavori del Tavolo Tecnico “Modalità di reinserimento socioriabilitativo e occupazionale come parte del continuum terapeutico” si sono svolti *online* e hanno visto la partecipazione di 15 Esperti oltre al Coordinatore del Tavolo, il Dott. Massimo Barra e al moderatore, Dr. Mauro Soli.

A seguire i lavori pubblici sono stati 264 spettatori iscritti al *webinar* con la possibilità di inviare domande o commenti e altri uditori che hanno potuto seguire l’evento tramite la diretta *streaming*.

A seguito dei saluti istituzionali, il Dott. Massimo Barra ha introdotto le tematiche sviluppate nell’ambito del Tavolo Tecnico.

6.1.1 Introduzione del Coordinatore

A seguito di una lettura approfondita di tutti i contributi prodotti dagli Esperti e partendo da una considerazione pervenuta in modo informale via mail, in cui si segnala il carattere poco concreto delle discussioni realizzate nei Tavoli Tecnici è importante sottolineare l'invito ad essere concreti, ossia ricordare che lo scopo della Conferenza è dare al governo degli input per modificare l'attuale situazione che, per come è presentata nei contributi degli Esperti di questo Tavolo, non è delle più rosee.

Innanzitutto, praticamente tutti gli Esperti hanno denunciato l'anarchia che esiste relativamente all'interpretazione dei testi normativi da parte, soprattutto, dei livelli regionali. Emerge la richiesta di linee guida nazionali, in quanto ogni Regione decide e realizza interventi in modo autonomo (addirittura all'interno della stessa Regione vi sono differenze nell'azione di ogni ASL). Queste differenze si mostrano soprattutto in relazione ai Livelli Essenziali di Assistenza, che in alcune regioni non vengono attuati; i criteri di accreditamento, che sono differenti Regione per Regione; i tipi di remunerazione, che alle volte presentano delle differenze per la stessa prestazione anche del 100 % cento, creando, di fatto, regioni favorite e regioni sfavorite.

Un altro elemento sottolineato da tutti gli Esperti è la necessità di incentivare il protagonismo delle persone più importanti, per le quali tutti questi lavori vengono organizzati: i consumatori di droga. In questo ambito è necessaria una specifica relativamente ai termini utilizzati, così da evitare malintesi: un consumatore di droga e un tossicomane sono due poli in un continuum. In Italia i consumatori di droga sono milioni ma non è necessario assistere un consumatore di droga, quanto piuttosto è necessario assistere i tossicomani. I tossicomani sono malati di droga, ossia persone che stanno male senza la droga e che hanno bisogno di essere curati per sopravvivere e che hanno un'elevata probabilità, superiore a quella dei loro pari, di morire. Per questi soggetti vi è l'esigenza di evitare, innanzitutto, che si ammazzino, ma anche di migliorare la qualità della loro vita, attraverso la creazione di alternative. Un'alternativa è rappresentata da tutto quello che ha un fascino superiore al fascino della sostanza, che permette di alzarsi la mattina dal letto senza dover ricorrere obbligatoriamente alla sostanza.

La cosiddetta ricaduta è parte della malattia e non è un optional, ossia qualcosa che può o non può avvenire se siamo di fronte a un tossicomane, cioè a una persona che in data fase della sua esistenza (non per sempre) non può sopravvivere senza sostanza, e, per questo è necessario rendere a queste persone la vita più facile, al fine di operare positivamente per il singolo e per la collettività.

Modalità di reinserimento socioriabilitativo e occupazionale come parte del continuum terapeutico

In questo ambito si inserisce il tema del reinserimento, anche definito con il termine “riabilitazione”, ossia tutto quello che va al di là della semplice terapia e che, allo stesso modo, fa parte del processo terapeutico.

Si riporta una sintesi fatta dagli esperti del CNR, considerata esplicativa: “riconoscere le persone come soggetti capaci di autodeterminarsi e questo vuol dire considerarle come soggetti partecipanti, superare la visione paternalista del trattamento basata sulla premialità che conferisce alla fase riabilitativa e di reinserimento nella società solo per coloro che ce l'hanno fatta”. Infatti, è importante sottolineare l'ambiguità di un'attività rivolta unicamente a chi “ce l'ha fatta”, in quanto trattandosi di una malattia cronica recidivante, ci sono persone che possono ricominciare ad avere un consumo problematico anche dopo cinque anni.

Da qui, il concetto di “terapia come lungo cammino” anche definita come continuum of care: in questa visione non c'è un prima e un dopo, il cosiddetto reinserimento si interseca con la cosiddetta terapia attraverso un processo che ha alti e bassi. Su questo, il comune sentire ha fatto dei grossi passi in avanti rispetto alla situazione di anni fa in cui il soggetto si doveva disintossicare, cioè andare in ospedale (una scelta sbagliatissima fatta vent'anni fa), dopodiché uscire guarito per poi essere reinserito. Questo non lo dice più nessuno, quindi il comune sentire ha superato questa antinomia tra terapia e riabilitazione, considerandole parte dello stesso processo.

Un altro elemento che emerge dalle relazioni è la richiesta di alleggerimento della burocrazia: chi opera in questo settore soffre di burocrazia, a volte muore di burocrazia. Curare un tossicomane è un'impresa non facile perché c'è sempre un elemento di frustrazione. Leggendo i contributi degli Esperti c'è una sottile differenza psicologica tra chi è teorico, cioè pensa al framework politico operativo ed economico, e chi invece tratta i tossicomani in prima persona. Chi tratta i tossicomani in prima persona molte volte è schiacciato tra le necessità, l'insensibilità di una burocrazia che non ama chi si droga e la drammaticità della situazione con cui si deve confrontare tutti i giorni. Tutto questo può schiacciare un operatore, lo può portare a un burnout, mentre tutto quello che è alternativo alla droga va nella giusta direzione.

A fronte di queste analisi, il compito di questo Tavolo Tecnico è quello di cercare di eliminare tutte le attuali contraddizioni che consentono un eccesso di autoreferenzialità tra Regione e Regione, tra Provincia e Provincia e, nelle grandi città come Roma, all'interno addirittura del territorio comunale vi sono differenze evidenti tra Ser.D dello stesso territorio. Chi si rivolge a Ser.D malfunzionanti non è ritenuto neanche degno di andarsi a cercare un servizio che funzioni, come invece è previsto nella 309/90, ma che, nella pratica, è impossibile; per cui chi abita in un certo posto viene servito bene e chi abita a cento metri di distanza, al di là della frontiera della ASL, può essere trattato malissimo. L'esistenza di queste differenze è una forma di violenza istituzionale che deve essere assolutamente superata.

L'intero discorso si collega al sistema di finanziamento, anche in questo caso molto diversificato tra le diverse regioni. L'Esperto della Regione Calabria ha scritto una nota feroce sulle difficoltà della sua Regione e su quante persone, circa il 40%, sono obbligate a emigrare per andarsi a curare.

È necessario superare questa situazione e inserire elementi di libertà e liberalità perché questo è un modo per rispettare le persone. Il fatto di essere tossicomane non è una buona giustificazione per non essere rispettato dal sistema.

Tavola Rotonda A - Percorsi di trattamento e di inclusione sociale



Modalità di reinserimento socioriabilitativo e occupazionale come parte del continuum terapeutico

6.2 Tavola Rotonda A - Percorsi di trattamento e di inclusione sociale

Nel suo intervento il moderatore, Dr. Mauro Soli, descrive l'articolazione delle due giornate e introduce la prima Tavola Rotonda dal titolo "Percorsi di trattamento e di inclusione sociale" che raccoglie i seguenti interventi, riportati integralmente a seguire:

"I percorsi di trattamento e inclusione sociale. Il punto di vista degli assistenti sociali", Dott. Giovanni Cabona, Consiglio Nazionale Ordine Assistenti Sociali (CNOAS)

"La complessa interrelazione tra componenti soggettive e strumenti e risorse di inclusione socio-lavorativa", Dott. Augusto Consoli, Società Italiana Tossicodipendenze (SITD)

"Una inversione di paradigma nei percorsi di inclusione sociale", Dott.ssa Sabrina Petrelli, Rete Italiana di Riduzione del Danno (ITARDD)

"Recovery ed inclusione sociale: uscire da un approccio sequenziale per innovare il sistema di intervento", Dott.ssa Caterina Pozzi, Coordinamento Nazionale delle Comunità di Accoglienza (CNCA)

"Inserimento socio lavorativo. Un ponte per l'uscita dai percorsi di dipendenza e fragilità", Dott. Stefano Granata (CONFCOOPERATIVE-FEDERSOLIDARIETA')

6.2.1 I percorsi di trattamento e inclusione sociale. Il punto di vista degli assistenti sociali

Giovanni Cabona

Le dipendenze patologiche sono un argomento complesso. Mettono in crisi e sfidano tutti i mondi su cui impattano. Quello della persona coinvolgendo tutti gli aspetti della vita dalla salute fisica ai rapporti interpersonali, familiari e sociali. Mettono in crisi il sistema socio-sanitario imponendo l'integrazione nella sua complessità colpendo le fasi e i diversi status di vita dell'individuo (persona, malato, minorenne, anziano, invalido, genitore, lavoratore...) e trasversalmente la società (classi sociali, lavoro, famiglie, scuola...). Mettono in crisi il sistema gestionale delle aziende sanitarie locali: imponendo un confronto e una collaborazione con i settori del Privato Sociale e del volontariato. Mettono in crisi il sistema operativo: imponendo agli operatori un confronto multiprofessionale e disciplinare ed una collaborazione tecnica interistituzionale e interservizi. Mettono in crisi il sistema valoriale dei singoli individui: che siano essi operatori o politici, tecnici o cittadini. Al contempo sfidano i diversi sistemi che devono essere in grado di accogliere il cambiamento e la complessità riorganizzandosi, modellando nuove possibilità di risposta, favorendo l'interazione e l'integrazione tra diverse professionalità, competenze, settori, investendo sulla prevenzione e non unicamente sulla riparazione e riduzione del danno.

Gli orientamenti teorici, metodologici ed etici della professione di assistente sociale e della disciplina del servizio sociale mettono la persona al centro degli interventi riconoscendola come soggetto capace di autodeterminarsi anche in presenza di limitazioni individuali, socio-culturali, ambientali o giuridiche, si segnala il rischio di un approccio oppressivo che può portare a processi discriminatori, espliciti o impliciti che possono limitare alla base i fondamenti di una società aperta: libertà, eguaglianza, pari opportunità.

L'OMS in una recente pubblicazione delle Linee guida sui servizi di salute mentale di comunità raccomanda di spostare gli interventi dal modello biomedico a quello bio-psico-sociale descrivendo gli approcci basati sulla persona e sui diritti umani descrivendo i collegamenti necessari con i settori dell'abitare, dell'istruzione, dell'occupazione e della protezione sociale.

Riconoscere le persone come soggetti capaci di autodeterminarsi vuol dire considerarle come soggetti partecipanti, "esperti" della propria vita, ma i programmi proposti sono spesso standardizzati e non tengono in considerazione le specificità di ognuno, i punti di forza e di debolezza della persona in ogni momento del rapporto con i servizi.

Il modello centrato sulla malattia può e deve essere superato attraverso il concetto di *recovery* un approccio che permette di superare il concetto di premialità che l'attuale modello, in una visione paternalistica del trattamento, conferisce alla fase riabilitativa e di reinserimento nella società solo per coloro che ce l'hanno fatta.

Agli albori dell'attuale sistema di prevenzione cura e riabilitazione degli stati di dipendenza patologica furono costituiti i Ser.T. con una composizione allora rivoluzionaria che prevedeva un egual numero di professionisti sia sanitari che sociali basandosi sull'approccio bio-psico-sociale ed in rapporto numerico alla popolazione del territorio di competenza. L'ingresso degli assistenti sociali, non solo nei Servizi Pubblici per le dipendenze, ma anche nei servizi del Terzo Settore ha evidenziato la necessità di una attenzione ai determinanti sociali di salute e di un lavoro in rete con le diverse risorse delle persone e delle comunità.

Nel 2019 la dotazione di personale dei Ser.D era di 6.223 unità (7721 dati SIND 2015, relazione 2016), composte per il 54% da sanitari (medici e infermieri), per il 15% da psicologi, 14% da assistenti sociali, 10% da educatori prof.li e per il 7% da amministrativi e altre figure professionali.

Modalità di reinserimento socioriabilitativo e occupazionale come parte del continuum terapeutico

Appare evidente non solo una riduzione di poco meno di 1500 unità di personale in un quinquennio ma anche una netta prevalenza delle figure sanitarie rispetto a quelle della riabilitazione, situazione che non riconosce nei fatti l'importanza della multidisciplinarietà nei percorsi di cura e di riabilitazione delle persone con dipendenze.

Alcune proposte dell'Ordine nazionale degli Assistenti Sociali

Mappatura delle composizioni delle équipes dei Servizi per le dipendenze e delle ricadute delle carenze di personale e di risorse attraverso studi sull'impatto degli interventi e sulle attività di prevenzione

Strutturazione di percorsi di partecipazione nei processi decisionali degli "esperti per esperienza"

Importanza di un investimento e coinvolgimento non solo economico anche dell'Ente Locale (Comuni e ambiti territoriali) nei programmi/progetti di inclusione sociale e di prevenzione.

Previsione di percorsi interprofessionali fin dai corsi di studio triennali, magistrali, a ciclo unico sul tema delle dipendenze.

Previsione di master di primo e di secondo livello multiprofessionali.

Bibliografia

Guidance on community mental health services: Promoting person-centred and rights-based approaches, giugno 2021. <https://www.who.int/publications/i/item/9789240025707>

Relazione annuale al parlamento sul fenomeno delle tossicodipendenze in Italia del 2021. <https://antidroga.interno.gov.it/d-p-a-relazione-annuale-al-parlamento-sul-fenomeno-delle-tossicodipendenze-in-italia-anno-2021-dati-2020/>

6.2.2 La complessa interrelazione tra componenti soggettive e strumenti e risorse di inclusione socio-lavorativa

Augusto Consoli

L'attività lavorativa può svolgere un'importante funzione all'interno di un percorso di trattamento ma occorre considerare questa potenzialità valutando la specifica situazione del progetto di cura, il quadro delle risorse e delle aspettative del paziente.

I percorsi riabilitativi nel loro insieme, oltre ad avere una valenza terapeutica, possono avere una funzione di ricostruzione e reintegrazione dei legami e del rispecchiamento sociale contribuendo a riattivare e rinforzare le competenze di socializzazione secondaria.

Pensando alla strutturazione della riabilitazione, possiamo considerare che affinché un progetto possa svilupparsi in modo adeguato e stabile è necessario che sia presente un supporto all'abitare, un supporto all'attività lavorativa e un supporto alla riattivazione delle relazioni sociali; l'assenza di uno o più di questi pilastri può rendere difficile o compromettere la continuità e l'efficacia del percorso.

Focalizzando l'attenzione sulla dimensione del lavoro va tenuto in conto che in periodo pre-covid diversi studi segnalano che dal 50 al 60% dei pazienti in carico ai servizi svolgono un'attività lavorativa. Questo da un lato modifica l'idea comune e diffusa che la prevalenza delle persone con situazioni di uso problematico di sostanze non lavorino, ma evidenzia comunque la presenza di una percentuale maggiore di persone inoccupate o disoccupate dei consumatori di sostanze rispetto alla popolazione generale. Il fatto che esista una criticità rispetto alle percentuali di non occupazione di questi pazienti può dare ragione dell'attivazione di politiche inclusive specifiche.

Va comunque considerato che all'interno dell'insieme delle persone in trattamento che non svolgono attività lavorativa sono presenti tipologie di situazioni diverse, come ad esempio forme di invalidità, forme di disabilità anche non certificate o altri tipi di situazioni ed ostacoli.

Oltre a questo aspetto va tenuto in conto che la risorsa del lavoro, soprattutto in un'ottica di integrazione tra gli aspetti terapeutici e i percorsi e le strategie di inclusione sociale, non va pensata come un fattore che si può applicare in modo impersonale e automatico al di fuori di una consapevolezza, da parte dell'interessato, delle proprie capacità e sensibilità e del desiderio di una ricerca, almeno in parte, attiva e responsabile di tale componente.

Ancora, è da considerare che vi è un numero elevato di soggetti con disturbo da uso di sostanze o da *Gambling* che hanno già un impiego e per i quali la problematica focale è quella di poter conservare tale rapporto di lavoro durante il periodo di cura intensiva. Su questo aspetto la normativa, che è prevista all'interno del testo unico 309 (aspettativa e tutela del posto di lavoro, riservatezza, ecc.) per le persone che hanno già un impiego che va tutelato in caso di situazione di dipendenza da sostanze, è stata di fatto poco applicata e sembra al momento attuale del tutto disattesa.

Un altro strumento previsto dalla legge 381/91 sulle cooperative sociali che prevedeva particolari supporti e facilitazioni per i soggetti svantaggiati, tra cui le persone con tossicodipendenza, ha avuto per un certo periodo una certa efficacia anche se la struttura della norma non risulta sufficientemente articolata e adeguata ai processi di lavoro e alle esigenze di un inquadramento più preciso della condizione di svantaggio della persona interessata.

Modalità di reinserimento socioriabilitativo e occupazionale come parte del continuum terapeutico

Inoltre, la considerazione della funzione del lavoro, sia come processo di inclusione sociale sia come specifico contributo al percorso terapeutico, va collegata al mutato mercato del lavoro complessivo che ha reso sempre di più difficile il reperimento di opportunità adeguate.

Si segnalano di conseguenza i seguenti punti di lavoro:

- Necessità di definire una tipologia, nella gamma dei possibili lavori, rispetto all'intensità del loro impegno, al coinvolgimento che comporta, e ai livelli di qualifica necessari anche in ordine alla differenziazione delle funzioni lavorative.
- Necessità di sviluppare una riflessione che permetta una corretta collocazione delle offerte di progetti lavorativi rispettando una perequazione tra l'offerta generale di mercato e di strumenti di facilitazione di accessibilità al mondo del lavoro destinati alla popolazione generale e quelli destinati alle persone svantaggiate

Valutare quali forme contrattuali possono essere sviluppate per meglio caratterizzare la gamma di attività lavorative, dalla formazione-lavoro, all'attività delle borse-lavoro o all'inserimento in attività produttive normali

- Tendere sempre ad una attivazione soggettiva e a sostenere il massimo protagonismo possibile della persona interessata ai percorsi di inclusione e di ricerca lavoro, ponendo grande attenzione ai rischi di passivizzazione dell'individuo e di riduzione dell'atteggiamento di responsabilità nei confronti di sé stessi e del contesto sociale.

6.2.3 Una inversione di paradigma nei percorsi di inclusione sociale

Sabrina Petrelli

L'analisi della tipologia di persone che accede alla rete dei Servizi per le Dipendenze presenta più spaccati di realtà: persone inserite in percorsi *drug free*, che seguono terapie farmacologiche a mantenimento, che hanno un consumo controllato o che sono in strada. Da questa sommaria tipizzazione si evince che la questione dei PERCORSI DI INCLUSIONE SOCIALE non possa prevedere modelli unici d'intervento. Nella maggior parte dei casi la riformulazione del progetto personale mediante gli strumenti di transizione al lavoro viene proposta in una fase avanzata del programma terapeutico, con un approccio fortemente finalizzato al raggiungimento e mantenimento della condizione di "drug free". Ma lo sperimentarsi in un ambito formativo/lavorativo o semplicemente di relazione nella "società reale" non dovrebbe forse restituire all'individuo quel diritto di cittadinanza in quanto diritto politico, giuridico e sociale e portarlo ad una "emancipazione" sintonica a quel "processo di cambiamento" che si vorrebbe proporre senza spesso riuscire? Si può immaginare che persone restie ad intraprendere percorsi di cura o riabilitativi si possano avvalere di nuove metodologie finalizzate, nel lungo termine forse anche al progressivo reinserimento nel mondo lavorativo e sociale, ma che intanto, con una ottica di riduzione del danno, punti all'accrescimento dell'autonomia, al miglioramento della qualità di vita, all'autodeterminazione della persona. Nella più recente Relazione al Parlamento 2021 (dati 2020), al capitolo "Reti sociali di prossimità: *housing* e lavoro" compaiono, tra i vari percorsi esaminati, gli INSERIMENTI NELL'AMBITO DI PROGETTI DI RIDUZIONE DEL DANNO/BASSA SOGLIA. Nel prosieguo tuttavia non si fa riferimento a linee guida alle quali attenersi, con il rischio di lasciare campo alla sperimentalità nella quale purtroppo la riduzione del danno è rimasta in questi anni. Perfino nelle uniche Linee guida rilasciate dal Ministero della Sanità nel 2000, il reinserimento e la inclusione sociolavorativa venivano concepite come MOMENTO CONCLUSIVO DI UN PROCESSO TERAPEUTICO (cfr pagina 57) e non come possibile strategia di contrasto al degrado ed alla deprivazione sociale. Un primo rovesciamento di paradigma è stato sperimentato nel 2008 con il Progetto interregionale: "Budget per l'inclusione sociale di persone tossicodipendenti in trattamento, o da attrarre in trattamento, ad elevata emarginazione" (Capofila Regione Toscana). Presupposto di questo progetto, avvalorato dalle risultanze di numerose ricerche, era che interventi "intensivi" di integrazione sociale e di accompagnamento relazionale producessero decisivi miglioramenti alle attività di cura e pertanto le misure previste, non di inserimento lavorativo tout court ma che spaziava dai Tirocini di orientamento, alla formazione, alla osservazione in situazione ed al pre-inserimento, venivano estese a persone con terapie a mantenimento, anche psichiatriche, con stato di grave malattia trasmissibile o disabilità. Il progetto finanziato per qualche anno ha permesso di sperimentare alcune progettualità ma mai messe a sistema. Eppure in altri contesti questa inversione di paradigma è stata con successo sperimentata: il Programma *HOUSING FIRST* avviato negli USA fin dagli anni '90, si estende successivamente anche in Europa e dal 2014 Italia con oltre 50 progettualità a favore di persone che vivono un disagio multi-fattoriale alle quali una *équipe* di operatori garantisce da subito un ambiente intimo e sicuro come la casa e poi un supporto inclusivo e non giudicante per tutto il tempo necessario. Molte ricerche dimostrano che in 8 casi su 10 la persona esce dall'isolamento, stabilizza il proprio benessere psico-fisico, si prende cura della propria salute, si impegna in attività di training e occupazioni ed in molti casi riprende i legami con familiari e amici (Pleace e Bretherton 2013 ; Cortese 2016; Molinari e Zenarolla 2018), tutti elementi che potremmo chiamare determinanti che facilitano l'accesso alle cure per chi decide di intraprenderle, in ogni caso vengono ridotte marginalità e fragilità. Fatte queste premesse, è auspicabile che si strutturi in Italia una metodologia di intervento da affiancare ai percorsi riabilitativi e terapeutici *standard* e che più che Budget di salute potrebbe definirsi Budget di inclusione sociale focalizzato al superamento delle situazioni di marginalità indotte dall'uso di sostanze e dai dispositivi

Modalità di reinserimento socioriabilitativo e occupazionale come parte del continuum terapeutico

punitivi ad esso collegati con un coinvolgimento attivo della persona perché non vincolato alla remissione del sintomo da dipendenza. L'introduzione di questa misura richiederebbe il superamento delle attuali dicotomie presenti nell'attuale normativa vigente laddove (DPCM 14 febbraio 2001) si attribuisce all'esclusivo carico dei Comuni le prestazioni di reinserimento "allorché sia superata la fase di dipendenza" a favore di una visione interistituzionale di questa attività che coinvolga l'intero sistema per le Dipendenze.

Bibliografia

Pleace N. Bretherton J. European Journal of Homelessness Volume 7, No. 2, December 2013

Molinari P, Zenarolla A. Prima la casa. La sperimentazione Housing First in Italia Collana di studi Povertà e Percorsi di Innovazione Sociale, Franco Angeli, 2018

6.2.4 Recovery ed inclusione sociale: uscire da un approccio sequenziale per innovare il sistema di intervento

Caterina Pozzi

L'integrazione sociale viene definita come "ogni intervento sociale che persegue l'obiettivo di integrare i consumatori problematici, attivi ed ex tossicodipendenti nella comunità. I tre pilastri dell'integrazione sociale sono l'abitazione, l'istruzione, l'occupazione o la formazione professionale. Possono essere incluse nella definizione anche altre misure come il *counselling* e le attività ricreative"

A livello scientifico, nel corso degli anni si è assistito ad una evoluzione importante nella definizione dei processi e dei cicli della malattia e della guarigione dalla dipendenza. Se una volta il *recovery* (recupero) era definito come una condizione *drug free* che viene raggiunta dopo un percorso di trattamento e la riabilitazione come passaggio successivo in una logica sequenziale intesa come uno stato di benessere psicofisico ottimale, oggi è importante avere un sistema di servizi che vedono sempre più attigui il recupero e la riabilitazione intesa come reinserimento sociale.

In questa ottica è necessario valorizzare maggiormente i processi di cambiamento piuttosto che la condizione di astinenza; l'integrazione sociale e i trattamenti per le droghe (medici o psicoeducativi) devono essere altamente integrati e contestualmente, le azioni di reinserimento non devono essere previste dopo il completamento del trattamento farmacologico o integrato, ma in modo complementare e concorrente. Le misure di inclusione contribuiscono al raggiungimento degli obiettivi della cura anche in fase iniziale e rappresentano un fattore protettivo rispetto alle ricadute. Tali misure devono seguire un ordine di priorità: rispondere a bisogni primari nel breve termine e a bisogni formativi nel medio termine. Il monitoraggio degli esiti dei trattamenti deve includere anche i dati sulla reintegrazione sociale.

Il modello dell'*Housing First*, nato nell'ambito delle politiche per il contrasto alla grave marginalità basato sull'inserimento diretto in appartamenti indipendenti di persone senza dimora con problemi di salute mentale, dipendenza patologica o in situazione di disagio socio-abitativo cronico, può e deve essere preso come modalità di intervento non solo per il bisogno primario della casa, ma come approccio generale di inclusione e riabilitazione. Gli assunti metodologici su cui poggia l'*Housing First*, come la separazione tra il diritto alla casa e il trattamento terapeutico, la libertà di scelta e autodeterminazione della persona, il supporto ad intensità variabile di figure professionali nei confronti della persona e un approccio di riduzione del danno sono assunti che vanno a confermare quanto prima enunciato.

E' necessario in questo senso una revisione dell'organizzazione dei servizi multifattoriale, ad alta integrazione sociale e sociosanitaria e di complementarietà tra servizio pubblico, servizi per l'impiego, il Privato Sociale accreditato, la cooperazione sociale di inserimento lavorativo, l'associazionismo, le aziende *profit*. Tale approccio prevede quindi la necessità di costruzione di una presa in carico multidisciplinare, multifattoriale ed integrata.

Lo strumento del Budget di salute, se rivisto e riattualizzato per persone tossicodipendenti promuove l'innovazione, lo sviluppo e la realizzazione dei progetti personalizzati secondo i bisogni e le potenzialità delle persone nelle loro diverse fasi evolutive.

Gli interventi riabilitativi del Budget di Salute devono necessariamente essere integrati e non separati dal trattamento di cura e dal progetto di vita e costituiscono una prassi terapeutica e sociale che pone la persona ed il suo benessere al centro dell'intervento. Gli interventi attuati con il Budget di salute sono percorsi integrati finalizzati a soddisfare i bisogni che richiedono contemporaneamente prestazioni sanitarie e azioni

Modalità di reinserimento socioriabilitativo e occupazionale come parte del continuum terapeutico

di supporto sociale, anche di lungo periodo, sulla base di progetti personalizzati volti a incrementare l'autonomia delle persone secondo principi di equità, solidarietà, partecipazione e sussidiarietà.

- Casa/Habitat sociale: conseguimento della casa/habitat sociale, in forma singola o mutualmente associata (gruppi di convivenza). Le abitazioni possono avere forme di supporto differenziate, in relazione alla scelta delle stesse persone, e si può fornire sostegno attivo temporaneo, finalizzato all'autonomia nella gestione del quotidiano e del proprio ambiente di vita, attraverso interventi domiciliari.

- Formazione/Lavoro: come intervento socio-riabilitativo e per la partecipazione attiva alla vita di comunità o come formazione professionale e pratica di un'attività lavorativa supportata, oppure come sostegno alla ricerca e all'accompagnamento al lavoro delle persone in età lavorativa, con finalità emancipative e di acquisizione di reddito.

- Affettività/Socialità: concrete risposte ai bisogni delle persone nell'area delle relazioni, attraverso attività finalizzate alla costruzione di reti amicali/sociali utili alla restituzione di una identità sociale alla persona.

Bibliografia

1 EMCDDA – Social reintegration and employment: evidence and intervention for drug users in treatment (2012)

2 SAMSHA 2011 – Recovery defined: a unified working definition and set of principles 3
<https://www.sogniebisogni.it/tematiche/budget-di-salute-e-recovery>

6.2.5 Inserimento socio lavorativo. Un ponte per l'uscita dai percorsi di dipendenza e fragilità

Stefano Granata

Le cooperative sociali hanno garantito la dignità di una vita economicamente e socialmente autonoma alle persone più deboli della società italiana, a partire dalla storica esperienza della de istituzionalizzazione delle persone rinchiusi nei manicomi alla fine degli anni 70 e continuano oggi a garantire lavoro "vero" a persone disabili fisiche, sensoriali, psichiche, in trattamento psichiatrico, con dipendenze, detenute o ammesse a misure alternative.

In oltre trent'anni di storia, la cooperazione sociale ha dimostrato concretamente che esiste la possibilità di inserire al lavoro persone svantaggiate e che ciò ha effetti ed impatti positivi sui servizi territoriali e sulle comunità.

L'inserimento sociolavorativo, però, va ben oltre la relazione tra le cooperative sociali e i servizi sociali, meno gravati dalle richieste di assistenza delle persone fragili che nel frattempo cominciano a lavorare. Perché molta parte degli occupati della cooperazione sociale, non solo gli svantaggiati, si sarebbero trovati in situazioni di difficoltà lavorativa, di precariato se questa forma di impresa non fosse nata.

Semplicemente non sarebbero esistiti molti dei percorsi di effettiva emancipazione economica, oltre che, naturalmente, sociale, creati.

In particolare, la cooperazione sociale di inserimento lavorativo (anche detta di tipo b) svolge la funzione principale di reinserire risorse umane che il mercato altrimenti emarginerebbe ed è portatrice di un know-how specifico nell'inclusione lavorativa di persone più deboli. Questo gli consente di intercettare anche quelle persone che, pur non rientrando in categorie definite e facilmente censibili, subiscono processi impoverimento e marginalizzazione come disoccupati di lungo periodo, immigrati, adulti soli con figli a carico, lavoratori over 40 espulsi dal mercato del lavoro.

Sono necessarie politiche di assistenza e sostegno dell'occupazione delle persone fragili, che ridurrebbero la pressione sul *welfare* assistenziale (e dell'assistenzialismo), ma soprattutto avrebbero impatti rilevanti nella stessa popolazione, nella vita stessa delle persone, nella loro visione di futuro, nelle famiglie, nell'infrastrutturazione di servizi territoriali e reti di sostegno.

Alcune proposte di merito.

- Collocazione delle misure specifiche di reinserimento sociale e lavorativo come parte del continuum terapeutico, puntando a percorsi di *housing* protetto, assistenza, incentivi per l'occupazione delle persone affette da dipendenze.

- Costruire una misura "ponte" che consenta di potenziare il percorso di reinserimento sociale e lavorativo delle persone affette da dipendenze, in particolare quelle collocate nelle cooperative di inserimento lavorativo. Si verifica spesso che le persone perdano lo status di svantaggiato nel momento in cui si conclude il percorso di dipendenza, rischiando di essere estromessi dal mercato del lavoro. È necessario invece aver certezza dell'emancipazione dalla condizione di fragilità socio-economica da cui molto spesso queste persone provengono [Un meccanismo analogo esiste già a beneficio delle persone condannate che terminano la pena].

- Utilizzare appieno e diffusamente l'art.112 del D.Lgs.50/2016 che favorisce concretamente, a costo zero, l'inserimento lavorativo delle persone svantaggiate, incentivando e facendo sì che Comuni, Regioni, Città metropolitane, società da essi controllate e società concessionarie di Servizi Pubblici locali destinino una

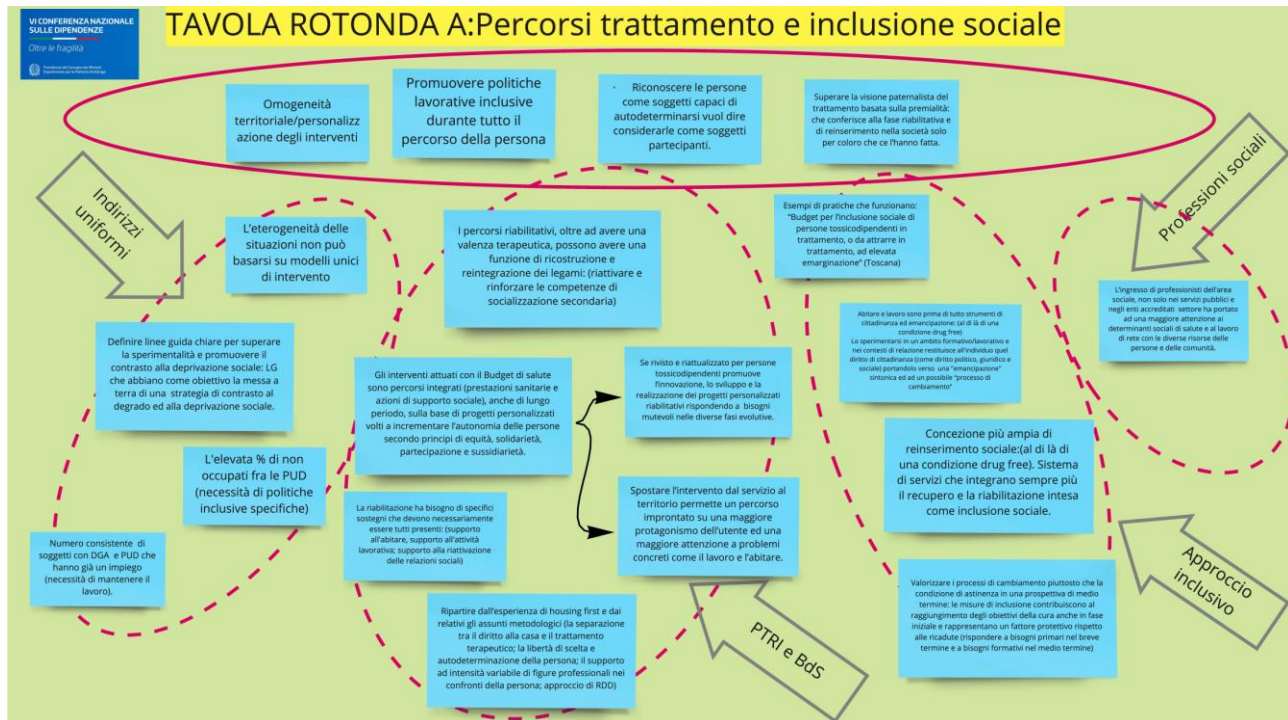
Modalità di reinserimento socioriabilitativo e occupazionale come parte del continuum terapeutico

quota minima del 10% dell'importo complessivo annualmente previsto per la fornitura di beni e servizi, adottando per le procedure di affidamento il criterio di aggiudicazione previsto dal sopracitato art. 112 del codice appalti.

- Far sì che venga capillarmente recepito quanto specificato nell'art. 50 del Codice dei contratti pubblici come modificato dal recente correttivo ovvero «(...) i bandi di gara, gli avvisi e gli inviti inseriscono, nel rispetto dei principi dell'Unione europea, specifiche clausole sociali volte a promuovere la stabilità occupazionale del personale impiegato (...)».
- Riaffermare e esplicitare le procedure per il corretto e diffuso utilizzo delle convenzioni ex art. 5, comma 1 della legge 381/1991 così come già specificato nelle Delibera ANAC n. 32 del 20 gennaio 2016.
- Sostenere sperimentalmente, con credito d'imposta temporaneo, l'inserimento delle persone fragili nel mondo del lavoro attraverso uno schema di sgravi contributivi e di credito di imposta collegati all'assunzione di lavoratori svantaggiati ai sensi del regolamento comunitario 651/2014, di cui possono beneficiare le cooperative sociali e le imprese sociali nei 24 mesi successivi l'attivazione del rapporto di lavoro.
- Rafforzare e diffondere pratiche concrete di CoProgettazione di cui alle disposizioni del codice del Terzo Settore nello specifico all'articolo 55.

Modalità di reinserimento socioriabilitativo e occupazionale come parte del continuum terapeutico

6.2.6 Sintesi Tavola Rotonda A - Percorsi di trattamento e di inclusione sociale



Gli elementi di carattere trasversale emersi dagli interventi della Tavola Rotonda su "Percorsi di trattamento e di inclusione sociale" sono:

- la richiesta di omogeneità degli interventi sul piano territoriale associata ad una necessità di personalizzare gli interventi;
- la promozione di percorsi di inclusione sociale durante tutto l'arco di un percorso riabilitativo di recupero della persona (o, ampliando, durante tutto l'arco della sua vita);
- il riconoscimento alle persone che usano sostanze o ai tossicodipendenti della capacità di autodeterminarsi e quindi di essere chiamati a partecipare in maniera attiva alla definizione del proprio progetto di vita o, quando limitato ad una fase della loro vita, al progetto terapeutico;
- la necessità del superamento di una visione di tipo paternalistico basata sulla premialità del trattamento, ossia l'esigenza che la fase riabilitativa non sia solamente legata alle persone che sono fuori dal consumo di sostanze.

Oltre a questi temi di carattere più trasversale sono si possono individuare quattro macro - aree in cui raccogliere gli elementi principali evidenziati:

Modalità di reinserimento socioriabilitativo e occupazionale come parte del continuum terapeutico

1. Indirizzi uniformi. Il primo macro argomento è relativo alla necessità di uniformare gli indirizzi a livello nazionale, in quanto l'eterogeneità delle situazioni non può basarsi su modelli unici di intervento. L'esistenza di una diversità tra i vari sistemi regionali e, alle volte, anche all'interno delle stesse regioni non è più accettabile e, pertanto, si richiede la definizione di nuove linee guida. Queste devono essere chiare e devono, da un lato, superare la sperimentaltà e, dall'altro, essere capaci di prevedere strategie uniformi di contrasto al degrado e alla deprivazione sociale.

Questo deve realizzarsi tenendo in considerazione l'elevata percentuale di non occupati fra le persone che usano droghe da cui nasce la necessità di politiche e di interventi inclusivi e specifici.

Al contempo, si evidenzia che vi è anche una parte consistente di persone (si cita, ad esempio le persone con disturbo da gioco d'azzardo oltre a quella che usano droghe) che hanno già un impiego e che, pertanto, manifestano piuttosto la necessità di mantenere il proprio lavoro. Si sottolinea il tema, in particolare, richiedendo di rivolgere un'attenzione specifica alle tipologie di contratto (ad esempio il lavoro autonomo) che deve permettere a persone di mantenere il proprio posto di lavoro.

A partire da questi indirizzi uniformi a livello nazionale si registra anche l'esigenza di coinvolgere maggiormente gli ambiti territoriali e la loro programmazione zonale, che consente, di fatto, di tradurre quanto auspicato in pratica, in quanto il livello territoriale presenta la possibilità di conoscere e di mappare al meglio le risorse e valutarne l'impatto sugli interventi proposti.

2. Percorso Terapeutico Riabilitativo Individualizzato e Budget di salute. Il tema della progettazione individualizzata e del Budget di salute (o budget di inclusione sociale) sono emersi nel dibattito di più Tavoli e la loro presenza sottolinea l'importanza degli interventi in continuità durante tutte le fasi del percorso, dall'accesso alla presa in carico fino a tutto il percorso riabilitativo e di inclusione sociale.

In primo luogo, i percorsi riabilitativi, oltre ad avere una valenza terapeutica, hanno anche il compito di ricostruire e reintegrare i legami e, quindi, di riattivare e rinforzare le competenze di socializzazione secondaria.

Per le persone che sono in percorsi di reinserimento sociale e lavorativo gli interventi attuati con il Budget di salute devono essere necessariamente interventi che integrano le prestazioni sanitarie e le azioni di supporto sociale, anche sul lungo periodo sulla base di progetti personalizzati che hanno come obiettivo l'autonomia delle persone secondo i principi di equità, solidarietà, partecipazione e sussidiarietà. Pertanto, il Budget di salute è lo strumento che, se rivisto e riattualizzato anche per le persone tossicodipendenti, può promuovere l'innovazione, lo sviluppo e la realizzazione di progetti che rispondono ai bisogni mutevoli nelle diverse fasi evolutive.

Oltre ai bisogni si fa riferimento anche alla necessità di far fronte ai desideri e alle aspirazioni delle persone e quindi si auspica una loro partecipazione attiva all'interno di questi percorsi. Questi elementi sono parte integrante dell'approccio del Budget di salute, che può, dunque, rappresentare lo strumento adeguato alla loro realizzazione.

Lo spostamento dell'intervento dal servizio al territorio permette poi di improntare l'azione sul coinvolgimento dell'utente e rivolgere l'attenzione a problemi concreti come l'abitare, il lavoro e la socialità. La riabilitazione ha, dunque, bisogno di specifici sostegni che devono necessariamente essere tutti presenti: non solo il lavoro, ma anche il supporto all'abitare, il supporto all'attività lavorativa, il supporto alla riattivazione delle relazioni sociali e anche affettive.

Modalità di reinserimento socioriabilitativo e occupazionale come parte del continuum terapeutico

In questo contesto viene sollecitata l'esperienza di *housing first* come punto di partenza insieme ai relativi assunti metodologici (ossia la separazione tra il diritto alla casa e il trattamento terapeutico; la libertà di scelta e di autodeterminazione della persona; il supporto ad intensità variabile di figure professionali nei confronti della persona, secondo l'approccio della riduzione del danno).

3. Approccio inclusivo. Il tema dell'approccio inclusivo deve essere inteso come cambio di paradigma e cambio di strategia. Si riportano alcuni esempi di buone pratiche che funzionano come il budget per l'inclusione sociale di persone tossicodipendenti in trattamento o da attrarre in trattamento, ad elevata emarginazione.

Abitare e lavoro sono, prima di tutto, strumenti di cittadinanza ed emancipazione (al di là della condizione di *drug free*) e la sperimentazione in ambito formativo e lavorativo e nei contesti di relazione può restituire all'individuo il diritto di cittadinanza (inteso come diritto politico, giuridico e sociale) portandolo verso l'emancipazione e un possibile processo di cambiamento. Si propone, quindi, una concezione più ampia di reinserimento sociale e un sistema di servizi che integrino sempre di più il recupero e la riabilitazione, intesa come inclusione sociale. Infine si sottolinea l'importanza di valorizzare i processi di cambiamento piuttosto che la condizione di astinenza in una prospettiva di medio termine: le misure di inclusione contribuiscono al raggiungimento degli obiettivi della cura anche in fase iniziale e rappresentano un fattore protettivo rispetto alle ricadute (rispondere a bisogni primari nel breve termine e a bisogni formativi nel medio termine).

4. Professioni sociali. Infine, si sottolinea l'esigenza della presenza di professionisti dell'area sociale nei diversi contesti, quindi non solo nei Servizi Pubblici e negli enti accreditati, che possono portare ad una maggiore attenzione ai determinanti sociali di salute e al lavoro di rete con le diverse risorse delle persone e delle comunità.

Si definisce il complesso delle azioni e delle attività che devono essere svolte all'interno dei percorsi di inclusione sociale e lavorativa come un "lavoro raffinato", sottolineando così la necessità di competenze specialistiche.

La presenza di queste competenze all'interno dei servizi e delle loro varie articolazioni può essere utilizzata per i progetti personalizzati, garantendo di fatto il passaggio da una sperimentazione ad una strutturazione maggiore degli interventi.

Tavola Rotonda B - Il livello delle istituzioni



Modalità di reinserimento socioriabilitativo e occupazionale come parte del continuum terapeutico

6.3 Tavola Rotonda B - Il livello delle istituzioni

Nel suo intervento il moderatore, Dr. Mauro Soli, introduce la seconda Tavola Rotonda dal titolo “Il livello delle istituzioni” che raccoglie i seguenti interventi, riportati integralmente a seguire:

“L’integrazione sociale nei percorsi riabilitativi”, Dott.ssa Ivana Boccolini, Regione Marche

“Inserimento lavorativo: alcune proposte”, Dott.ssa Claudia Fiaschi, Forum del Terzo Settore

“No a 21 Servizi Sanitari differenziati”, Dott. Roberto Gatto, INTERCEAR

“Modalità di reinserimento socio-sanitario e occupazionale. Criticità attuali e proposte di miglioramento”, Dott. Vincenzo Lamartora, FeDerSerD

“Per un sistema strutturato dei servizi sociali”, Dott.ssa Adriana Ciampa e Dott.ssa Stefania Boscato, Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali

6.3.1 L'integrazione sociale nei percorsi riabilitativi

Ivana Boccolini

Il DPR 309/1990 prevede per i tossicodipendenti in carico ai servizi la definizione di un programma terapeutico e socio-riabilitativo e, tra le funzioni spettanti ai servizi e alle strutture autorizzate pubbliche e private, elaborare, attuare e verificare il programma stesso, nel rispetto della libertà di scelta del luogo di trattamento di ogni utente. L'integrazione tra percorsi riabilitativi e sistema di *welfare* si gioca nel contesto dell'integrazione socio-sanitaria e pubblico-privato. Le criticità riscontrate sono normative, economiche, sociali, di fatto sistemiche. In Italia ci sono 20 sistemi Dipendenze distinti, 1 per ogni regione, che nel rispetto delle normative vigenti originano offerte di servizi molto diverse tra loro. Ciò si riscontra anche all'interno delle stesse regioni dove si presentano realtà molto differenti. Se la territorialità è un valore, un'offerta che risponda a requisiti minimi comuni deve essere garantita a tutti gli utenti, a prescindere dalla regione o servizio al quale la persona con dipendenza si rivolge. Nel DPCM 12/01/2017 LEA è prevista per tutte le persone con dipendenza patologica la presa in carico multidisciplinare e lo svolgimento di un programma terapeutico individualizzato che includa interventi socio-riabilitativi, psico-educativi e socio-educativi finalizzati al recupero dell'autonomia personale, sociale e lavorativa. Nel percorso socioriabilitativo il lavoro è integrazione sociale. E' riuscire ad affrontare le difficoltà. Aiuta a non percepirsi come diverso e ad allenarsi per reimpostare le relazioni sociali e uscire dall'ambito delle frequentazioni consuete. E' terreno di prova e *follow-up* del processo terapeutico, richiede uno studio della persona sul campo e una stretta collaborazione con chi è coinvolto nell'attività lavorativa. Lavoro come facilitatore dell'autonomia, non solo valore in se o strumento di socializzazione e autorealizzazione ma esperienza di collocazione integrata nella stratificazione sociale e quindi espressione di ruolo. Per realizzare questi interventi non esistono linee guida nazionali e troppo spesso i fondi o non ci sono o sono insufficienti. Senza fondi adeguati e vincolati non si riescono a stipulare accordi o convenzioni con le realtà produttive del territorio, minando il reinserimento lavorativo e di conseguenza il rientro nel sistema di *welfare*. Ci sono poi le difficoltà relative all'acquisizione di prestazioni attraverso i bandi di gara. L'applicazione del Codice degli Appalti e le difficoltà amministrative, dilatano i tempi di affidamento e spesso determinano la non realizzazione dell'intervento. Sperimentare percorsi di Co-progettazione che hanno modalità e tempi diversi dalle gare e sono più funzionali per l'acquisizione di servizi, potrebbe risolvere il problema. TIS: inseriti durante il percorso riabilitativo, con fondi dedicati anche FSE e in collaborazione con gli ATS, offrono occasioni di formazione e inserimento lavorativo. Nelle Marche sono stati siglati due protocolli, con Consorzio Bonifica e con MIBACT, per offrire agli ospiti delle strutture e in alcuni casi agli utenti del Ser.D, l'avvio di progetti ergoterapici. Sono percorsi di accompagnamento, di formazione e di attività lavorativa, per la manutenzione di aree verdi fluviali e di siti archeologici. L'esperienza migliora le capacità di azione e di autonomia, le competenze acquisite sono spendibili nel mondo del lavoro. Le migliori opportunità di inserimento lavorativo sono offerte dalle Cooperative di tipo B che hanno come *mission* la creazione di lavoro per le persone svantaggiate, difficilmente collocabili nel mondo del lavoro. Il contesto socio-economico attuale non facilita la situazione e queste tendono a trasformarsi sempre più in imprese e per restare sul mercato propendono verso una selezione dei soggetti svantaggiati, verso chi può garantire migliori prestazioni. Per concretizzare la promozione lavorativa e rivolgersi ad un sistema più ampio che comprenda più realtà economiche presenti sul territorio, è necessario creare un sistema all'interno dei dipartimenti, una struttura organizzativa, Area Riabilitativa di Integrazione Lavorativa, che abbia fondi sufficienti certi e costanti, con operatori specializzati e formati, che si occupi in modo stabile della concretizzazione di questa promozione. Proposte di miglioramento: Normativa nazionale vincolante per le Regioni per uniformare le realtà regionali e offrire servizi omogenei; Trasformare le buone prassi maturate in seno a progettualità sperimentali in processi di sistema; Co-progettazione come modello di integrazione

Modalità di reinserimento socioriabilitativo e occupazionale come parte del continuum terapeutico

pubblico-privato; Istituzione dell'Area Riabilitativa di Integrazione Lavorativa accreditata, con fondi vincolati e personale dedicato e formato; Coordinamento intersettoriale regionale che faciliti i contatti tra i servizi e le realtà produttive, non un CPI dedicato ma un servizio per sensibilizzare il territorio e creare occasioni di reinserimento lavorativo.

6.3.2 Inserimento lavorativo: alcune proposte

Claudia Fiaschi

Parliamo di un fenomeno che tocca persone in situazioni diverse: età, titolo di studi, esperienza lavorativa, stato occupazionale, durata (la guarigione clinica, trattandosi di malattia cronica recidivante, si attesta a fronte di una permanenza nel tempo di comportamenti funzionali). Quindi le casistiche sono tante e, per quanto attiene l'inserimento o il reinserimento lavorativo, occorre vi sia una molteplicità di strumenti e flessibilità nel loro utilizzo. Bisogna ragionare su interventi che, integrino e combinino strumenti diversi: dagli aspetti di cura e riabilitazione a quelli di reinserimento sociale e lavorativo, senza dimenticare il lavoro di prevenzione.

Il sistema di accessi ai servizi ha velocità molto diverse da regione a regione. Occorrono disposizioni che incidano e vincolino maggiormente le Regioni: si propone che vengano meglio definiti i Livelli Essenziali delle Prestazioni (art 117 Cost.) sia per la parte sanitaria che sociale.

Per quanto riguarda gli strumenti, occorre poter accedere ad una molteplicità di essi, quali, ad esempio: acquisizione o riacquisizione di abilità sociali e relazionali, competenze e professionalità; azioni per il mantenimento dell'occupazione; formazione d'aula, formazione *on the job*, terapia occupazionale, inserimento lavorativo, incontro domanda/offerta di lavoro nelle imprese *profit*. La Legge 381/91 già riconosceva alle cooperative sociali, e più in generale agli Enti di Terzo Settore, il perseguimento dell'interesse generale della comunità, aspetto ripreso e confermato dal D. Lgs 112/17 (Impresa sociale) e dal Codice del Terzo Settore, riaffermato dalla Corte Costituzionale (sentenza n. 131/2020). La L 381/91 art. 5 prevede che "Gli enti pubblici possono, anche in deroga alla disciplina in materia di contratti, (...) stipulare convenzioni con le cooperative che svolgono le attività (...) per la fornitura di beni e servizi diversi da quelli socio - sanitari ed educativi, purché finalizzati a creare opportunità di lavoro per le persone svantaggiate (...)". Dalla metà degli anni '90 sono stati previsti dei meccanismi di appalti riservati alle cooperative sociali B, di solito fissando un tetto massimo del 5% di acquisti di beni e servizi da parte della PPAA. Pochi anni dopo, anche per meglio rispondere alle normative eurocomunitarie (e superare il tetto sopra citato), veniva previsto l'inserimento delle cd. "clausole sociali" negli appalti ordinari. Questi strumenti già in uso potrebbero essere ripresi rilanciando l'onere del perseguimento dell'interesse generale. Occorrerebbe che le ASL inseriscano budget per siglare convenzioni con le coop del Privato Sociale, le uniche ad avere risorse umane e competenze per organizzare la formazione, l'*housing* e il reinserimento lavorativo.

La cooperazione sociale integra anche la funzione formativa. L'inserimento lavorativo deve poter prevedere un adeguato percorso di sostegno alle persone inserite: non solo reddito e autonomia, ma anche crescita personale e professionale. Deve venir riconosciuta e remunerata la formazione *on the job* realizzata dalle cooperative sociali. Affinché le persone possano anche essere occupabili presso imprese *profit* è importante l'Individuazione, Validazione e Certificazione delle competenze,

In una ottica prospettiva occupazionale e di responsabilità sociale d'impresa, si propongono agevolazioni fiscali per le imprese che collaborano esternalizzando attività produttive a cooperative sociali e imprese sociali di inserimento lavorativo.

6.3.3 No a 21 Servizi Sanitari Differenziati

Roberto Gatto

La legge Costituzionale del 18 ottobre 2001 n° 3 ha ridisegnato il quadro generale delle competenze attribuite ai vari ordini dello Stato delle Regioni e degli Enti Locali. Il sistema ha rafforzato il ruolo delle Regioni e delle Province Autonome che hanno la piena responsabilità circa l'organizzazione dei Servizi Sanitari Locali e l'erogazione delle prestazioni sanitarie. La più grave lacuna che questo sistema manifesta riguarda l'attuazione dei Livelli Essenziali di Assistenza (LEA).

La Fondazione GIMBE dimostra da anni che questi non sono garantiti in ugual misura in tutte le regioni d'Italia.

Esiste un'Italia "eccellente" soprattutto al nord ed al centro, ed un'altra Italia, soprattutto al sud, che per il 40% risulta inadempienti sulla realizzazione dei LEA.

Questo sistema crea disuguaglianze Italia ma è anche inefficienza perché provoca emigrazione Sanitaria. (I dati della Calabria sono emblematici: nel 2019 53.866 cittadini sono stati ricoverati fuori Regione con una spesa Complessiva di 222 milioni di Euro). Il risultato di questa situazione fa dire con assoluta certezza "che il principio di uguaglianza di trattamento dei soggetti affetti da dipendenza patologica in Italia non è garantito".

Esistono 21 sistemi diversi per Organizzazione, risorse disponibili, e tipologie di servizi non in funzione delle diverse e legittime esigenze territoriali ma semplicemente in funzione delle Risorse Disponibili.

I settori che maggiormente sono stati penalizzati sono le attività di prevenzione, i servizi di RdD e limitazione dei rischi ed i servizi di reinserimento lavorativo ed abitativo ed in generale il reinserimento sociale.

Da tutte le parti si mette in evidenza la necessità che la presa in carico sia territoriale ma questo principio non è mai diventato prassi di lavoro. Cura, riabilitazione e reinserimento deve necessariamente essere un processo temporale unico. I nodi sono una Formazione Professionale regionali inadeguata che non interagisce con il Privato Sociale, continui tagli di servizi ai cittadini definendoli costi e mai investimenti, dinamiche sociali, economiche e presenza della criminalità organizzata che creano un divario tra regioni del Nord e regioni del Sud. La proposta è quella del ripristinare Il Fondo Nazionale Lotta alla Droga e di utilizzare il PNRR per colmare queste disparità.

In questo contesto la proposta è di una profonda revisione del sistema dei Servizi che tenga conto delle continue evoluzioni dei fenomeni ed in grado di rispondere ai nuovi bisogni con tempi, strumenti e risposte adeguate. Quindi si ribadisce la necessità di uniformare il sistema con requisiti minimi in tutte le Regioni e Province Autonome in funzione degli obiettivi definiti dai LEA ovviamente con la necessaria elasticità che tenga conto delle differenze territoriali.

Altra criticità è rappresentata dall'attuale regime di accreditamento. Tale sistema non permette con sufficiente elasticità di differenziare i percorsi terapeutici in una logica sempre più necessaria della personalizzazione dell'intervento. Il sistema "a retta" permette di rispondere ad alcuni bisogni e prestazioni ma non permettere di rispondere a bisogni specifici, soprattutto per quelle persone, che non necessitano di interventi intensivi come i servizi Terapeutici residenziali e semiresidenziali. In Calabria esistono solo queste tipologie di servizi, ferme all'atto d'intesa Stato Regione del 5 agosto 1999. Questo sistema permette la cura ma non permette un efficace inserimento sociale delle persone.

Modalità di reinserimento socioriabilitativo e occupazionale come parte del continuum terapeutico

Il Budget della salute darebbe risposte a queste criticità perché, dove è stato sperimentato, ha dimostrato la necessaria flessibilità attraverso l'integrazione del sociale e del sanitario in un'ottica di progetto terapeutico riabilitativo personalizzato. Darebbe risposte a tutte quelle persone con problematiche di abuso, di consumo problematico, di disturbi comportamentali che attualmente non si rivolgono ai Ser.D e non ritengono le comunità Residenziali e semiresidenziali risposte adeguate ai loro bisogni. Lo spostare l'intervento dal servizio al territorio permette un percorso improntato su una maggiore protagonismo dell'utente ed una maggiore attenzione a problemi concreti come il lavoro e l'abitare. Per fare questo è necessario che il Budget di Salute esca dalla sperimentazione e diventi un intervento strutturato del sistema dei Servizi e contribuisca a realizzare il *Welfare* di comunità con il passaggio dal curare a promuovere benessere.

Noi diciamo convintamente no alla nota di accompagnamento al DEF 2021 che ripropone il disegno di Legge sulla "Autonomia Differenziata Regionale" perché accentua ulteriormente l'egoismo territoriale tra Regioni povere e Regioni ricche mettendo fortemente in discussione l'esigibilità di diritti fondamentali e rompendo definitivamente il senso di comunità e di unità nazionale.

6.3.4 modalità di reinserimento socio-sanitario e occupazionale. Criticità attuali e proposte di miglioramento

Vincenzo Lamartora

L'attuale modalità di reinserimento socio sanitario e occupazionale presenta numerose criticità, sia nazionali che regionali. Di seguito riporto le criticità che rendono il percorso di riabilitazione e reinserimento sociale e lavorativo dell'utente molto difficoltoso:

1. Esiste una enorme difformità tra Regioni Italiane e addirittura tra le singole ASL di una stessa Regione per ciò che riguarda l'importanza assegnata alle dipendenze patologiche, l'importanza assegnata alla riabilitazione e al reinserimento sociolavorativo, l'importanza riconosciuta al Privato Sociale, l'importanza di esternalizzare i servizi, la consistenza del budget annuale da assegnare alle dipendenze. Più in dettaglio, la titolarità delle Regioni in materia di sanità ha portato a un'anarchia tale da rendere il Paese e le singole Regioni "a macchia di leopardo" per ciò che concerne le prestazioni assistenziali. In molte ASL, i Dipartimenti delle Dipendenze Patologiche sono stati fusi con i Dipartimenti di Salute Mentale, di modo che alle attività di reinserimento occupazionale arrivano ben poche attenzioni e finanziamenti.

2. In molte ASL italiano mancano i Poli di riabilitazione, ovvero quelle Strutture o quei Servizi integrati nei quali si possa fare una vera riabilitazione sociale attraverso attività psico terapeutiche o psico educazionali e si possa fare reinserimento occupazionale attraverso convenzioni con Cooperative che si occupino di formazione professionale di base o specialistica, anche elargendo borse lavoro per gli utenti di modo che questi possano fare i primi passi nel mondo del lavoro vero e retribuito.

3. In molte ASL mancano i dispositivi cosiddetti di "area intermedia", ovvero quei dispositivi come i gruppi appartamento che permettono di ospitare in alloggi gestiti dalle Cooperative di tipo A e B accreditate dalle Regioni per le dipendenze: tali appartamenti permettono una maggiore autonomizzazione del paziente, che non viene inserito in una Comunità residenziale a lungo termine, e che ha la possibilità di sperimentare una vita più autonoma;

4. In molte ASL non esistono i progetti di "educativa territoriale", ovvero quel Servizio erogato da Cooperative Sociali di tipo A e B, accreditate con le rispettive Regioni e che ricevono dai Ser.D l'incarico di prendere in cura un utente e quotidianamente, per qualche ora al giorno, lo accompagnano a fare tutte quelle pratiche che l'utente da solo non sarebbe capace di fare, per esempio presentare curricula, ottenere ISEE, fare visite specialistiche, eccetera.

6. In molte ASL non esistono progetti di *housing* agevolato sociale o di *co-housing*, ovvero non esistono quei moduli abitativi condivisi per cui diversi utenti magari con diverse abilità condividono uno stesso spazio in cui vivono e lavorano.

Di fronte a queste criticità, che impediscono all'utente dipendente di giovare di quei Servizi e di quelle attività che gli permetterebbero di raggiungere un effettivo reinserimento occupazionale e sociale, e che rendono enormi le disuguaglianze sociali tra i cittadini delle diverse Regioni e ASL italiane, le nostre proposte di miglioramento dei Servizi sono le seguenti:

- Occorre una nuova Legge a carattere nazionale che sancisca ancora una volta come i DIPARTIMENTI DELLE DIPENDENZE debbano essere la forma di organizzazione dei Servizi per le dipendenze e debbano essere AUTONOMI da altri Dipartimenti sanitari;

Modalità di reinserimento socioriabilitativo e occupazionale come parte del continuum terapeutico

- Occorre Finanziare un nuovo Fondo nazionale Droga attraverso i proventi ottenuti dal contrasto al narcotraffico, affinché ai Dipartimenti delle Dipendenze arrivino finanziamenti stabili e non soltanto correlati a progettualità più o meno effimere.
- Occorre emanare una Legge a carattere nazionale per cui lo Stato assegna alle Regioni e alle ASL (quota pro capite) dei fondi VINCOLATI (non finalizzati o indistinti), destinati alla riabilitazione e reinserimento socio lavorativo. L'assegnazione di fondi "vincolati" impedisce alle ASL di dirottare i fondi su altri capitoli di spesa;
- Occorre una Legge a Carattere Nazionale affinché le singole regioni possano e debbano stipulare "convenzioni" con le Cooperative del Privato Sociale accreditate, dalle quali acquisire quei Servizi che non potrebbero essere svolti direttamente dai Ser.D: mi riferisco al "Servizio di educativa territoriale", alla gestione di Gruppi appartamento, alla gestione di laboratori espressivi o formativi in tema di riabilitazione sociale, alla assegnazione di borse di lavoro per l'inserimento occupazionale.
- Occorre una legge a carattere nazionale, sull'obbligo per tutte le Regioni e le ASL di conferire ai DDP un cospicuo budget annuale che preveda ab ovo una compartimentazione percentuale tra i diversi capitoli (corrispondenti ai LEA) della prevenzione, formazione, interventi ambulatoriali, invii in CT semiresidenziali e residenziali, reinserimento socio lavorativo. Allo stato attuale infatti, moltissime ASL NON ASSEGNANO ALCUN BUDGET ai Dipartimenti.

6.3.5 Per un sistema strutturato dei servizi sociali

Adriana Ciampa, Stefania Boscato

La Rete della protezione e dell'inclusione sociale ha approvato il nuovo Piano nazionale degli interventi e dei servizi sociali, che contiene al suo interno il Piano sociale nazionale 2021-2023 e il Piano per la lotta alla povertà 2021-2023.

La cornice unitaria mira a definire i contorni di un processo di strutturizzazione di un sistema dei servizi sociali attualmente ancora frammentato e non in grado, sull'intero territorio nazionale, di offrire la certezza della presa in carico.

Livelli essenziali delle prestazioni in ambito sociale

La sicurezza offerta dall'esistenza di un sistema di servizi sociali strutturato, costituisce il riconoscimento che il diritto di tutti alla piena partecipazione sociale deve essere reso effettivo. Il sistema dei servizi sociali deve dare certezza circa quanto sarà in grado di offrire. Non si tratta di dare tutto subito, quanto di costruire.

Considerando i dati a disposizione, emerge la sperequazione territoriale della spesa sociale.

Bisogna, dunque, costruire e definire Livelli Essenziali delle Prestazioni in ambito Sociale (LEPS).

Fra i LEPS già definiti si segnala la Legge di bilancio 2021. Si è arrivati alla formale definizione in norma di un livello essenziale nei termini di un rapporto assistenti sociali e popolazione minimo di 1:5000. Tale misura può qualificarsi come una precondizione necessaria di natura infrastrutturale del sistema dei servizi sociali.

Punti unici di accesso

Il secondo Piano sociale nazionale, di durata triennale è stato approvato, come si è detto, il 28 luglio 2021. Detto Piano individua un nucleo di futuri LEPS da recepire poi con norma.

Tra le azioni prioritarie da tenere presenti nella programmazione regionale delle risorse del FNPS, va segnalato il rafforzamento dei Punti Unici di Accesso, con particolare riferimento a tutti gli aspetti e i bisogni di natura sociosanitaria.

Il PUA si pone quale porta di accesso alla rete dei servizi e delle risorse territoriali e modalità organizzativa dei servizi di accoglienza e orientamento. È finalizzato, pertanto, ad avviare percorsi di risposta appropriati, superando la settorializzazione degli interventi e favorendo l'accesso integrato ai servizi, in particolare per coloro che richiedono interventi di natura sociale e/o sociosanitaria.

Sebbene a livello nazionale lo sviluppo dei PUA sia stato assicurato in modo prioritario nell'ambito dei servizi sociosanitari rivolti alla non autosufficienza e alla disabilità, sempre di più negli ultimi anni i PUA estendono la propria competenza anche all'ambito dei Servizi rivolti all'inclusione sociale delle persone in condizione di fragilità e vulnerabilità.

Obiettivi PUA

- Promuovere, agevolare e semplificare il primo accesso ai servizi sociali e socio-sanitari, favorendo l'integrazione dei servizi sociali con quelli sanitari.
- Orientare le persone e le famiglie sui diritti alle prestazioni - Garantire un accesso unitario
- Assicurare e rafforzare l'integrazione tra il sistema dei servizi sociali e il sistema socio-sanitario del lavoro.
- Promuovere la semplificazione e l'uniformità delle procedure

Modalità di reinserimento socioriabilitativo e occupazionale come parte del continuum terapeutico

La costituzione di *equipe* integrate multidisciplinari in presenza di situazioni sociosanitarie complesse (in particolare nei casi di maltrattamento/violenza, barbonismo domestico e marginalità estrema, persone o nuclei in condizione di elevata fragilità) costituisce obiettivo di servizio in vista della definizione di un LEPS da garantire su tutto il territorio nazionale.

Persone di minore età

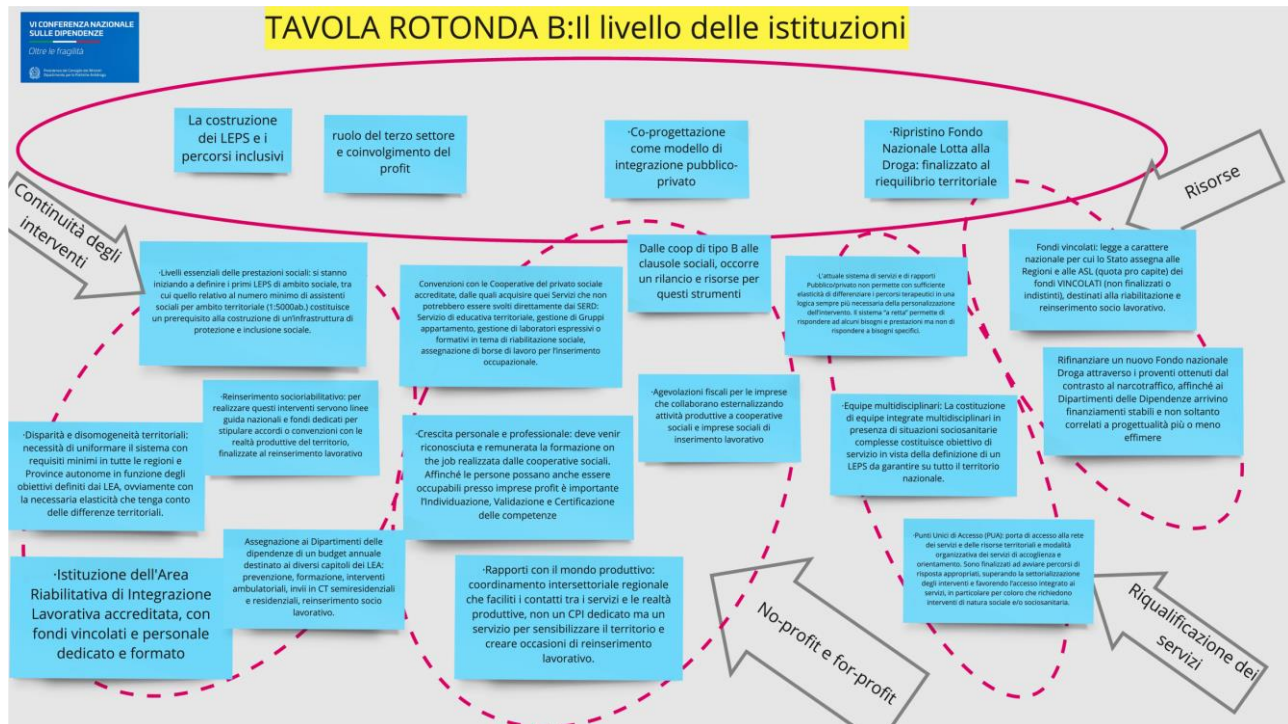
Per quanto riguarda le politiche volte alle persone di minore età, deve richiamarsi preliminarmente il lavoro di concertazione svolto in seno al Ministero del lavoro che ha portato alla redazione di documenti di indirizzo dapprima in tema di affidamento familiare, successivamente in tema di accoglienza in strutture residenziali e, infine, sull'intervento con bambini e famiglie in situazioni di vulnerabilità (per ciò che qui interessa si veda par.226.2 Azioni 1 e 2; par. 470.1 Azione 4).

LEPS Prevenzione allontanamento familiare

Nell'ottica del lavoro di prevenzione e sostegno a favore delle famiglie cosiddette vulnerabili, è stato sperimentato, già a partire dal 2011, il programma P.I.P.P.I. (Programma di Intervento Per la Prevenzione dell'Istituzionalizzazione). Il programma persegue, fra l'altro, la finalità di contrastare l'esclusione sociale dei minorenni e delle loro famiglie, favorendo azioni di promozione del loro benessere mediante accompagnamento multidimensionale, al fine di limitare le conseguenze della vulnerabilità e dalla negligenza familiare.

L'evoluzione del modello P.I.P.P.I., delle azioni e degli interventi declinati nelle Linee di indirizzo citate, è la definizione di un LEPS finalizzato all'accompagnamento non del solo bambino, ma dell'intero nucleo familiare in situazione di vulnerabilità.

6.3.6 Sintesi Tavola Rotonda B – Il livello delle istituzioni



Gli elementi di carattere generale relativi al tema del “Livello delle istituzioni” sono:

- la costruzione dei livelli essenziali delle prestazioni sociali e i percorsi inclusivi, come strumento che viene in campo per assicurare una sorta di continuità degli interventi e un’uniformità a livello nazionale;
- il ruolo che può giocare il Terzo Settore, e una parte del *profit* che può essere coinvolta nella progettazione e nella realizzazione dei percorsi di inclusione sociale;
- la co-progettazione come strumento di integrazione pubblico- privato che necessita di essere messo in campo anche da parte dei servizi e dei Dipartimenti per le Dipendenze;
- il tema delle risorse e, in particolare, la necessità del ripristino del fondo nazionale “Lotta alla Droga”, finalizzato a una sorta di riequilibrio territoriale che superi l’esistenza di due paradigmi estremi all’interno del territorio nazionale, in cui convivono esperienze di eccellenza e contesti di inadempienza relativamente al raggiungimento dei livelli essenziali di assistenza e l’infrastrutturazione territoriale.

Modalità di reinserimento socioriabilitativo e occupazionale come parte del continuum terapeutico

Sono state individuate tre macro – aree che racchiudono i principali elementi emersi dalla discussione:

1. L'infrastrutturazione territoriale. In questo ambito ricopre un ruolo fondamentale la messa in campo dei livelli essenziali delle prestazioni sociale, tra cui si ricorda il numero minimo di assistenti sociali per ambito territoriale, che costituisce un prerequisito per la costruzione di un'infrastruttura di protezione e di inclusione sociale. La presenza di questo personale dedicato non è esclusiva rispetto ad alcuni ambiti di intervento ma assume una funzione di carattere di trasversale.

Il reinserimento socioriabilitativo: per realizzare questi interventi sono necessarie delle linee guida nazionali che consentano alle strutture operative delle aziende sanitarie locali, ai dipartimenti e ai servizi per le dipendenze di stipulare accordi e convenzioni con le realtà produttive, sia del Terzo Settore sia del settore più propriamente produttivo, finalizzate al reinserimento lavorativo. Inoltre, l'esistenza di linee di carattere nazionale può incidere sulle disparità e le disomogeneità territoriali. Si evidenzia che sono stati fatti dei passi avanti in questa direzione, in quanto le programmazioni nazionali che si stanno mettendo in campo in ambito sociale e in ambito sociosanitario iniziano a disegnare un quadro unitario che procede nella direzione di definire dei livelli essenziali, non solo sanitari ma anche per le prestazioni sociali, che definiscono una possibilità sul versante dell'inclusione sociale per le persone con dipendenza.

Si propone l'assegnazione ai Dipartimenti delle Dipendenze di un budget annuale destinato alle diverse attività dei LEA (prevenzione, formazione, interventi ambulatoriali, invii in CT semiresidenziali e residenziali, reinserimento socio-lavorativo). Tali risorse devono essere destinate, quindi, non solo ad attività sanitarie ma anche a quelle di reinserimento, ossia ad attività di tipo sociosanitario che consentano di intervenire anche nei contesti in cui è più difficile avere dei servizi che rispondano alle diverse esigenze delle persone con dipendenza.

Pertanto, si auspica anche l'istituzione di un'area riabilitativa di integrazione lavorativa che sia accreditata, con dei vincoli e dei fondi vincolati del personale dedicato e appositamente formato.

2. No - profit e for - profit: In questo contesto è fondamentale il coinvolgimento del settore *no profit* e del settore *profit* quindi dalle cooperative di tipo B alle clausole sociali e occorre un rilancio delle risorse per questi strumenti.

Si propone di promuovere delle convenzioni con le cooperative del Privato Sociale accreditato, dalle quali acquisire quei servizi che non possono essere messi direttamente in campo dai Ser.D, come il servizio di educativa territoriale, la gestione di gruppi appartamento, la gestione dei laboratori espressivi formativi e l'assegnazione di borse lavoro per l'inserimento occupazionale. Tali convenzioni devono essere messe in campo proprio per realizzare tutti questi interventi che i Servizi Pubblici non riescono a garantire.

Per realizzare questi interventi sul versante inclusivo sono anche necessarie delle agevolazioni fiscali per le imprese che collaborano esternalizzando attività produttive a cooperative sociali e imprese sociali di inserimento lavorativo. Allo stesso modo, è necessaria una crescita e una professionalizzazione del personale in questo campo; quindi deve essere riconosciuta e remunerata la formazione *on the job* realizzata dalle cooperative sociali e affinché le persone possono essere occupabili all'interno dell'impresa *profit* è importante anche la validazione e la certificazione delle competenze.

Pertanto, il rapporto con il mondo produttivo diventa fondamentale ed è necessario aprire tavoli di coordinamento e tavoli di confronto intersettoriali regionali che facilitino i contatti tra servizi e realtà produttive, in cui non si parli di servizi per l'impiego dedicati ma di percorsi e strumenti "leggeri" per

sensibilizzare il territorio e per poter consentire l'evoluzione o la creazione di opportunità di inserimento lavorativo.

3. Riqualificazione dei servizi. L'attuale sistema di servizi e di rapporti pubblico/provato non permette con sufficiente elasticità di differenziare i percorsi terapeutici in una logica, sempre più necessaria, di personalizzazione dell'intervento. Ad esempio, ciò avviene soprattutto in quelle realtà in cui, ed è stato portato l'esempio della Regione Calabria, la struttura è molto rigida e incardinata su due tipologie di servizi che sono da una parte i Ser.D e dall'altra parte le comunità terapeutiche, senza prevedere altri servizi che sono necessari sia sul versante dell'inclusione sociale e lavorativa ma anche, ad esempio, sul versante della prevenzione e della riduzione del danno. Il sistema "a retta" permette di rispondere ad alcuni bisogni e prestazioni ma non di rispondere a bisogni specifici.

Per la realizzazione di questo sistema è fondamentale non solo la necessaria elasticità che deve essere riconosciuta ai servizi ma anche che ci siano delle équipes integrate multidisciplinari in presenza di situazioni sociosanitarie complesse come obiettivo di servizio in vista della definizione di LEPS da garantire su tutto il territorio nazionale. Queste équipes sono quelle che stanno operando nell'ambito dei servizi a sostegno dei percorsi sociali all'interno della lotta alla povertà, che si sono integrate con personale specialistico per via informale da servizi e dai Dipartimenti per le Dipendenze.

Inoltre, i punti unici di accesso rappresentano un ulteriore strumento che può essere utilizzato; questi sono non esclusivi e dedicati ma ricompongono al proprio interno diverse possibilità, diverse modalità di attivazione di percorsi in risposta alle domande che possono pervenire ai Servizi Pubblici.

Infine, sul versante delle risorse si propone di utilizzare i fondi che provengono dalle attività di contrasto al narcotraffico per rifinanziare il fondo nazionale sulle politiche di contrasto alla droga, affinché ai Dipartimenti per le Dipendenze arrivino finanziamenti stabili e non solamente correlati a progettualità più o meno effimere. Tali fondi dovrebbero essere vincolati, evitando così che confluiscono nel fondo indistinto per l'attivazione di interventi in cui sono compresi anche quelli di inclusione sociale e lavorativa.



Modalità di reinserimento socioriabilitativo e occupazionale come parte del continuum terapeutico

Tavola Rotonda C - Progetti e interventi



Modalità di reinserimento socioriabilitativo e occupazionale come parte del continuum terapeutico

6.4 Tavola Rotonda C – Progetti e interventi

Nel suo intervento il moderatore, Dr. Mauro Soli, introduce la seconda Tavola Rotonda dal titolo “Progetti e interventi” che raccoglie i seguenti interventi, riportati integralmente a seguire:

“Facilitare i percorsi di inserimento lavorativo come parte di un processo di miglioramento della qualità della vita delle persone con dipendenza”, Dott. Hassan Bassi, Forum Droghe

“Il Reinserimento come parte Integrante del Recupero”, Dott. Giampaolo Nicolasi, COMUNITALIA

Intervento del Dott. Alberto Rovere, Regione Piemonte, **“Per un’integrazione dei processi di reinserimento socioriabilitativo e occupazionali”**

“Servizi di accompagnamento al lavoro per persone svantaggiate, l’esperienza in Toscana finanziata dal POR FSE Asse B Inclusione sociale e lotta alla povertà”, Dott. Alessandro Salvi, Regione Toscana

“La visione della Fict nel reinserimento”, Dott. Luca Sartorato, (FICT), Federazione Italiana Comunità Terapeutiche (FICT)

6.4.1 Facilitare i percorsi di inserimento lavorativo come parte di un processo di miglioramento della qualità della vita delle persone con dipendenza

Hassan Bassi

Solo una piccola percentuale delle persone che usano sostanze si rivolgono ai servizi per chiedere un intervento di supporto che possa interrompere uno stato di sofferenza, fra queste ci sono coloro che si trovano in condizioni di povertà per mancanza di lavoro, abitazione riferimenti sociali e famigliari. Per queste persone è possibile proporre dei percorsi di inserimento socio lavorativo finanziati da risorse pubbliche. Il percorso è spesso realizzato presso enti del Terzo Settore, ed in particolare le cooperative sociali di tipo B (Legge 381/91 art 1 comma 1), per la loro capacità di essere flessibili e accoglienti, adattando le modalità lavorative il più possibile alle persone e non pretendendo il viceversa. Nell'attuale impostazione procedurale si assiste ad una sovrapposizione di piani diversi di intervento che spesso invece di interagire sono gerarchicamente subordinati all'ente inviante, ovvero al percorso terapeutico riabilitativo sanitario. Questo significa ad esempio che il beneficiario sia tenuto ad una completa e costante adesione al programma terapeutico, (a volte nemmeno condiviso con lo stesso), cosicché ogni deviazione causa l'interruzione del percorso di inserimento lavorativo; oppure che i percorsi di inserimento siano proposti solo al termine di un processo di cura finalizzato al consumo zero, creando una aspettativa compensatoria e premiale che si riversa sulla cooperativa con effetti a volte negativi. Inoltre ad interferire con un processo di riorganizzazione della propria vita a partire anche dal lavoro, c'è l'attuale impostazione normativa, che criminalizza il consumo e stigmatizza i consumatori, e che con il portato di sanzioni e punizioni può causare l'interruzione improvvisa di percorsi di inserimento socio lavorativo anche ben avviati (come ad esempio per applicazione di residui di pena, o allo scadere della pena per gli stranieri senza permesso di soggiorno, oppure a causa delle sanzioni amministrative come il ritiro della patente). È inoltre sempre più evidente che gli aspetti di reinserimento (sociale, lavorativo, abitativo) sono prioritari per il raggiungimento degli obiettivi di benessere della persona, e che un percorso ha successo solo quando non è imposto o obbligato. Si dovrebbe quindi considerare una modalità di intervento rinnovata, che parta dalle diverse esigenze della persona senza schiacciare la sua identità sulla definizione di "persona con dipendenza patologica", facendo riferimento ad un concetto rinnovato di *recovery* che di declini come percorso di autonomia e miglioramento della qualità della vita di cui il lavoro è elemento essenziale. In questa prospettiva il ruolo del beneficiario diviene attivo e protagonista nella scelta delle soluzioni migliori per la costruzione di un programma complesso promosso dall'integrazione fra servizi e gli attori del territorio (servizi sociali, sanitari, datore di lavoro, istituzioni, spazi sociali). Il riferimento è al processo del cosiddetto *Housing First* che prevede di offrire alle persone in difficoltà come primo intervento una "casa" da gestire su cui costruire il proprio futuro. Dal punto di vista dell'utilizzo delle risorse si dovrebbe fare riferimento ad uno strumento ispirato al cosiddetto Budget di Salute, in cui salute è da leggersi come la capacità di adattarsi e autogestirsi per tendere al "benessere fisico, mentale e sociale" e la promozione della salute come "processo che mette in grado le persone di aumentare il controllo sulla propria salute e di migliorarla" valorizzando le proprie risorse personali e sociali. Nel modello ispirato al Budget di Salute le risorse in campo (economiche, professionali, umane e relazionali) si attivano in maniera coordinata al fine di costruire, con il protagonismo del beneficiario, un progetto di cambiamento finalizzato al miglioramento delle condizioni di vita dello stesso, promuovendo un processo di capacitazione. Questo impatta anche la modalità di gestione del percorso terapeutico sanitario che dovrebbe adeguarsi alle altre esigenze di vita ed essere finalizzato a promuovere la maggiore autonomia possibile della persona. Le risorse dedicate ai percorsi di inserimento socio lavorativo dovrebbero essere aggiuntive a quelle previste per i programmi sanitari e finalizzate all'intervento nelle aree che rappresentano i principali determinanti sociali della salute (casa-habitat sociale; formazione-lavoro; socialità-affettività; cultura); mantenendo la maggiore

Modalità di reinserimento socioriabilitativo e occupazionale come parte del continuum terapeutico

flessibilità possibile, per costruire progetti personalizzati e condivisi. Il ruolo della cooperazione sociale (e delle organizzazioni del Terzo Settore in generale) nel portare la propria esperienza e professionalità per la definizione degli impegni del Budget di salute dovrebbe essere riconosciuto in maniera formale, considerando anche la capacità di questi attori nell'attivazione delle risorse territoriali e nel supporto diretto alla persona.

Bibliografia

AAVV. (varie edizioni 2009-2021). Il Libro Bianco sulle droghe, YoucanPrint ed AAVV. (2021). Year Book Cnca, ArteventBook ed

Massimo Guareschi e Ruggero Tosi (a cura di), (2000). La cooperazione sociale partner della nuova pubblica amministrazione, Franco Angeli

Rubens Curia (a cura di), (2021). Per una sanità partecipata" a cura di, edizioni Città del Sole

Grazia Zuffa (2000), I drogati e gli altri, Sellerio ed.

Norman E. Zinberg (2019), Droga, set e setting, Ed. Gruppo Abele

Grazia Zuffa/ Susanna Ronconi, (2017). Droghe e autoregolazione, Ediesse

6.4.2 Il Reinserimento come parte Integrante del Recupero

Giampaolo Nicolasi

Dalle numerose criticità emerse durante la Riunione Preparatoria, si può evidenziare come innanzitutto, sia indispensabile dover procedere alla creazione di una rete con le realtà locali e regionali, tramite la creazione di tavoli di lavoro e tramite la progettazione correlata a tali azioni, quindi rendere fattiva la L.328/2000 relativa al lavoro di rete, procedendo ad un potenziamento della comunicazione tra gli attori del territorio e dei vari Servizi Pubblici e privati, finalizzato anche al coinvolgimento attivo dell'utente, come protagonista e come colui che non solo possa scegliere di curarsi liberamente, ma anche come parte attiva nel progettare il proprio futuro. Ulteriore elemento, è rappresentato dalla difficoltà degli utenti con provvedimenti, che al termine del percorso mostrano necessità di un reinserimento guidato, quindi sarebbe opportuna una maggiore collaborazione con i servizi inviati. Inoltre, si potrebbe pensare ad un adeguamento e potenziamento dei LEA, relativamente al sociale, sia pubblico che privato, garantendo così la continuità assistenziale anche nella fase di *follow-up*. Emerge notevolmente il bisogno di progetti personalizzati dedicati anche al post percorso comunitario (reinserimento), procedendo ad un maggiore coinvolgimento dell'utente, in progetti di formazione/lavoro, al fine di fornire i canali adeguati per conoscere e farsi conoscere dalle imprese locali, attuando una valorizzazione del singolo nel proprio progetto di vita. Creare una sinergia fattiva con i Comuni di residenza, affinché accompagnino, nel primo anno l'utente, dando l'opportunità di posti di lavoro mirati, anche tramite la produzione di graduatorie ad hoc e non mero assistenzialismo. Sarebbe importante poter sostenere i costi per la continuità di cura in fase di *follow-up* predisponendo nei piani sanitari regionali delle voci di spesa, fondi territoriali, nazionali ed europei idonei a tali scopi. Proprio l'assenza di *follow-up* riconosciuti ed univoci da parte dei servizi inviati, rappresenta uno di quegli elementi che limitano l'azione della continuità tramite previsione di budget per affidamento a terzi di attività di *follow-up* da eseguire nel pubblico e nel privato. Si valuta indispensabile il potenziamento e rifinanziamento del Fondo nazionale lotta alle dipendenze, anche al fine di fornire opportunità e continuità lavorativa agli ex tossicodipendenti all'interno delle strutture comunitarie e non solo, fornendo a questi, particolarmente nelle strutture, una collocazione ed una funzione riconosciuta, poiché questa condurrebbe anche ad una riduzione delle ricadute degli stessi e rappresenterebbe un valore aggiunto nell'assistenza terapeutica degli utenti in percorso. Oltre ciò si può reperire una sempre minore offerta di profili altamente specializzati, per tale motivo, al fine di creare maggiori opportunità di reinserimento, sarebbe appropriato potenziare i finanziamenti per la Formazione finanziata, creando una rete nel mercato del lavoro, che ad oggi è carente in merito al reperimento di tali figure: con il Potenziamento di fondi per la Formazione Finanziata per persone fragili, come Garanzia Giovani, UMBRIATIVA ADULTI, RE-WORK, che ha previsto interventi di politica attiva del lavoro destinati a disoccupati iscritti ai CPI e NEET, ai lavoratori in CIGS, a forte rischio di disoccupazione. Inoltre, è identificabile l'assenza di agevolazioni per le Strutture, di poter fornire supporto e per fare da tramite tra gli interessati e le realtà locali (imprese, uffici di collocamento, etc.); incremento della collaborazione e condivisione con le Agenzie Regionali per le Politiche Attive del Lavoro. Si può evidenziare ulteriormente, come sia importante innanzitutto procedere alla creazione di agevolazioni fiscali ad hoc per coloro che assumono soggetti fragili, inoccupati o che non abbiano mai avuto approccio al lavoro per via di comportamenti di dipendenza, come ad esempio la realtà delle cooperative che si occupano di agricoltura sociale o cooperative di tipo B, poiché tali modalità rappresentano inclusività e non assistenzialismo per gli attori coinvolti. Tutto ciò, al fine di ridurre i costi esorbitanti per la spesa pubblica, dato il mantenimento dello stato di inattività delle persone fragili, producendo così una riduzione dei costi. Infine, uno degli elementi di importanza strategica potrebbe essere, al fine di accompagnare alla cura e favorire ulteriormente l'inserimento nel mondo del lavoro, è rappresentato dalle modalità di *Co-Housing* utilizzando anche beni

Modalità di reinserimento socioriabilitativo e occupazionale come parte del continuum terapeutico

confiscati alla mafia e coinvolgendo tutti gli attori del territorio, dato che uno dei maggiori problemi reperibili, sono dati dalla scarsità nel reperimento di strutture adatte per tale modalità abitativa nella fase di reinserimento, potenziando anche le agevolazioni per fornire alloggio nella fase di reinserimento, elemento questo in cui sono reperibili discrepanze e disuguaglianze tra regioni.

6.4.3 Per un'integrazione dei processi di reinserimento socioriabilitativo e occupazionali

Alberto Rovere

Premessa

La definizione dei processi, obiettivi e cicli di malattia e guarigione dalla dipendenza si sono evoluti ampiamente nel corso degli anni grazie allo sviluppo della ricerca e della pratica clinica.

La progressione delle *vision* e degli approcci alla cura sono stati modificati anche dal cambiamento della domanda di cura e dalla tipologie delle dipendenze, oltre che dalle trasformazioni dell'offerta sul mercato delle droghe illecite.

In passato il recupero (*recovery*) è stato definito come il mantenimento di una condizione *drug* e *alcohol free* raggiunta dopo un trattamento medico e la riabilitazione, configurata post trattamento, come il raggiungimento di un ottimale stato di benessere mentale e fisico. In questa ottica il reinserimento sociale ha rappresentato un aspetto secondario/successivo del processo di recupero e mantenimento dell'astinenza.

Negli anni successivi il concetto di recupero si è sempre più avvicinato al concetto di "riabilitazione" definendosi come "un processo di cambiamento dove gli individui lavorano per migliorare la propria salute e benessere e per vivere in modo significativo [...]impegnandosi per raggiungere la massima potenzialità". In questa prospettiva l'enfasi sulle condizioni di astinenza come requisito per la riabilitazione si è progressivamente spostata sui processi di cambiamento.

Oggi la reintegrazione sociale e i trattamenti per le droghe risultano essere "ogni intervento che persegue l'obiettivo di integrare i consumatori problematici, attivi ed ex tossicodipendenti nella comunità". I pilastri dell'integrazione sociale sono l'occupazione (lavoro/formazione/istruzione), l'abitazione, le relazioni personali e l'appartenenza alla comunità.

In quest'ottica i trattamenti medici, sanitari o psicoeducativi devono essere sempre più integrati e le azioni sul reinserimento possono prevedersi non solo dopo il completamento del trattamento farmacologico o integrato, ma in modo complementare e concorrente.

Le misure di reinserimento sociale in questo senso contribuiscono al raggiungimento degli obiettivi della cura anche nelle fasi iniziali; possono prevenire le ricadute e ridurre le conseguenze negative prodotte dal consumo.

Spunti programmatici

I) Integrazione della logica interna di Servizi ed Enti che si occupano del trattamento.

Favorire integrazione teorico-metodologica lungo l'asse "cura-recupero-riabilitazione-reinserimento" (salute-*skills*-occupabilità/partecipazione). Ricorso a modelli di trattamento bio-psico-sociale che favoriscono l'integrazione sia socio-sanitaria sia quella psico-sociale.

Il recupero delle persone con dipendenza patologica costituisce il risultato di un processo terapeutico di tipo incrementale, nel quale le componenti della riabilitazione/reinserimento devono comparire già nella fase di cura in quanto ne costituiscono un rinforzo. Il recupero non è un processo lineare di natura sequenziale, sia per le possibili recidive nell'uso di droghe che fanno parte del ciclo naturale delle patologie da dipendenza, sia per l'approccio graduale e progressivo che i processi riabilitativi devono percorrere.

II) Integrazione della logica esterna di Servizi ed Enti che si occupano del trattamento.

Modalità di reinserimento socioriabilitativo e occupazionale come parte del continuum terapeutico

IIA) Area Lavoro/Formazione/Istruzione.

Sviluppo e potenziamento delle connessioni tra l'area dell'inserimento lavorativo e i Servizi al Lavoro; Terzo settore, CPI; Agenzie somministrazione; sistema produttivo e/o loro Associazioni di Rappresentanza; connessione tra l'area dell'inserimento lavorativo con gli Enti di formazione.

Da un punto di vista organizzativo la rete territoriale riveste un ruolo fondamentale per la ricerca, l'attivazione, la verifica e il monitoraggio dei reinserimenti lavorativi.

Il modello proposto nelle linee di indirizzo del Dipartimento Politiche Antidroga prevede la costituzione di un gruppo permanente di coordinamento costituito da organizzazioni pubbliche (ASL, Uffici del Lavoro, Amministrazioni) e private come le Cooperative, Comunità, aziende *profit*, Enti formazione etc.

Ogni iniziativa volta a favorire la costituzione e il mantenimento di tali gruppi di coordinamento riveste un ruolo prezioso e strategico per le ricadute che può generare in termini di opportunità e occasioni di reinserimento funzionale.

IIB) Area Coesione Sociale/*Welfare* Territoriale.

Integrazione e sviluppo di reti di connessioni tra area trattamentale e del reinserimento (cfr punto I) con gli ambiti territoriali di coesione sociale e con le iniziative locali di innovazione sociale e *welfare* territoriale favorendo prassi che si muovono in ottica ri-compositiva e sinergica.

In questo senso le dinamiche relative alle relazioni tra Servizi, Enti e altri attori (erogatori di interventi/servizi o *stakeholder* a vario titolo) e l'attuazione di pratiche collaborative stabili e coordinate rivestono una rilevanza sempre più strategica per sostenere i processi di reinserimento sulle aree della socialità e dell'abitare che, accanto al lavoro, ne costituiscono gli assi portanti.

Bibliografia

Castegnaro, C., Pasquinelli, S., Pozzoli, F. (2021). I budget di salute: dalle a promesse a quale realtà? <https://welforum.it/il-budget-di-salute-dalle-promesse-a-quale-realta/>

Cimagalli, F. (2013). Coesione sociale e nuove alleanze nel welfare locale. Studi di Sociologia 3-4-(2013), 259-271.

EMCDDA (2012). Social reintegration and employment: evidence and interventions for drug users in treatment.

Monaci, P., Oggero, S. (2014). Il reinserimento lavorativo nei Servizi per le Dipendenze: le buone pratiche in Piemonte. Torino, Ananke.

ONU Consiglio Economico e Sociale (2011). Attuazione della Dichiarazione Politica e del Piano d'Azione sulla Cooperazione Internazionale verso una Strategia Integrata e Bilanciata per Contrastare il Problema Mondiale della droga: Riduzione della domanda e misure collegate- Vienna 21-25 marzo 2011

Progetto RELI (2011). Manuale Teorico Pratico. Dipartimento Politiche Antidroga- Presidenza del Consiglio dei Ministri, 2011.

SAMSHA (2012). Recovery defined: a unified working definition and set of principles. <https://store.samhsa.gov/sites/default/files/d7/priv/pep12-recdef.pdf>

6.4.4 Servizi di accompagnamento al lavoro per persone svantaggiate, l'esperienza in Toscana finanziata dal POR FSE Asse B Inclusione sociale e lotta alla povertà

Alessandro Salvi

Nell'ambito del POR FSE 2014-2020, nell'anno 2018 è stato pubblicato l'avviso "Servizi di accompagnamento al lavoro per persone svantaggiate" per un importo totale di Euro 7.793.160,40.

L'avviso si è collocato nella priorità di investimento "B.1 (9.i) - Inclusione attiva, anche per promuovere le pari opportunità e la partecipazione attiva, e migliorare l'occupabilità" e prevedeva la seguente finalità:

Migliorare l'occupabilità di persone svantaggiate in carico ai servizi sociali attraverso lo sviluppo di percorsi di sostegno all'inserimento socio-lavorativo e l'attivazione delle risorse personali e di contesto, ed in particolare:

- consolidare l'infrastrutturazione territoriale dei servizi per l'accompagnamento al lavoro di soggetti vulnerabili in carico ai servizi socio-sanitari territoriali;
- favorire elementi di connessione tra i Servizi Sociali zonali e i Centri per l'Impiego, sia in fase di programmazione generale che in fase di implementazione delle misure dirette ai destinatari finali;
- valorizzare la valutazione multidimensionale e la progettazione personalizzata dei percorsi inclusivi;

Per la progettazione degli interventi i soggetti attuatori si sono attenuti alle linee di indirizzo definite nella DGR nr. 570 del 29/5/2017 che prevede:

- l'approccio della co-progettazione pubblico/Privato Sociale;
- l'integrazione e la coerenza con il sistema degli interventi e delle prestazioni sociali, sanitarie e sociosanitarie previsti dalle normative regionali e dagli atti di programmazione regionale e territoriale;
- l'individuazione delle Zone-Distretto quali ambiti territoriali di riferimento per la ripartizione delle risorse finanziarie, distribuite sulla base di criteri di proporzionalità tra popolazione residente e numero di soggetti in condizioni di disabilità, di non autosufficienza, di svantaggio socioeconomico e/o di vulnerabilità sociale.

Sono stati finanziati 26 progetti, uno su ogni zona-distretto, realizzati da partenariati tra soggetti pubblici e privati che operano nel recupero socio lavorativo di soggetti svantaggiati.

I destinatari degli interventi erano Soggetti disoccupati o inoccupati, in particolare condizione di svantaggio socioeconomico e in carico ai servizi sociali territoriali, con particolare attenzione ai seguenti gruppi vulnerabili:

- donne sole con figli a carico;
- disoccupati che vivono in famiglie multiproblematiche;
- persone appartenenti a nuclei familiari monoreddito;
- persone inserite in strutture di accoglienza o in programmi di intervento in emergenza alloggiativa;
- persone inserite nei programmi di assistenza ai sensi dell'Art. 13, Legge, 11 agosto 2003, nr. 228 a favore di vittime di tratta;
- persone inserite nei programmi di intervento e servizi a favore di vittime di violenza nelle relazioni familiari e/o di genere.

Modalità di reinserimento socioriabilitativo e occupazionale come parte del continuum terapeutico

I progetti hanno previsto l'attuazione delle seguenti attività:

- accesso e presa in carico: selezione specifica dei partecipanti finalizzata alla valutazione della possibilità di inserimento nei percorsi di accompagnamento al lavoro;
- promozione e/o integrazione di accordi di collaborazione con i Centri per l'Impiego; valutazione socio-professionale in funzione della progettazione personalizzata;
- progettazione personalizzata (predisposizione dei progetti personalizzati e pianificazione delle attività specifiche rivolte a ciascun partecipante)
- azioni di supporto e sostegno ai percorsi di inserimento in azienda
- orientamento dei partecipanti (finalizzato alla comprensione delle competenze potenziali ed espresse)
- erogazione indennità di partecipazione alla persona
- *scouting* (*scouting* delle imprese interessate ad accogliere i partecipanti in stage) *matching* domanda/offerta di lavoro
- *tutoring* in azienda per i partecipanti

L'avviso si poneva come obiettivo i seguenti risultati:

- offrire la copertura delle misure di accompagnamento al lavoro ad almeno 2841 persone su tutto il territorio regionale;
- attivare complessivamente un numero minimo pari a 1421 progetti personalizzati di accompagnamento al lavoro, in grado di fornire risposte differenziate in funzione delle caratteristiche e dei bisogni dei singoli destinatari;
- consentire ad almeno 284 persone con progetti personalizzati di accompagnamento al lavoro, la possibilità di attenuare la propria condizione di fragilità sociale attraverso l'inserimento nel mondo lavorativo, con contratti anche a tempo determinato per almeno 3 mesi.

I 26 progetti avviati a dicembre 2018 si sono conclusi a gennaio 2021 per cui, al momento, non disponiamo di dati definitivi di monitoraggio.

6.4.5 La visione della Fict nel reinserimento

Luca Sartorato

È oramai riconosciuta sia da parte del pubblico che del Privato Sociale l'importanza del percorso di reinserimento socio lavorativo del paziente dopo il periodo di trattamento terapeutico, nei servizi ambulatoriali, semi residenziali o residenziali.

Tale elemento è ancora più pregnante, se possibile, al termine del percorso in comunità terapeutica, quando si rende necessario restituire la persona alla comunità territoriale di riferimento, riportandola come risorsa e non come peso da sopportare.

Una fase estremamente delicata ed importante, purtroppo ancora estremamente sottovaluta, si in termini normativi che di opportunità di servizi.

Se da una parte il percorso della comunità risulta come una palestra dove l'atleta si allena per raggiungere l'obiettivo prefissato, il reinserimento rappresenta per la gara, il momento della prova, dove l'atleta applica tutto ciò che ha preparato in allenamento, al fine di raggiungere l'obiettivo di vincere la gara.

Il percorso di reinserimento, dopo la comunità, permette alla persona di "gareggiare" nel ritorno alla vita senza sostanza.

Per tale motivo riteniamo assolutamente imprescindibile, e non più rinviabile, considerare, sia in termini normativi che di risorse, il reinserimento sociale e lavorativo quale parte integrante del percorso terapeutico individuale, e non come semplice eventuale corollario.

La diversità dei territori che compongono la nostra realtà nazionale ci impedisce di ragionare sul tema del reinserimento con una politica di azioni uguale per tutti ma, ci spinge ad una applicazione con delega alle regioni che consenta da un lato un approccio effettivamente individuale, e dall'altro la necessaria integrazione tra i diversi attori territoriali che concorrono al raggiungimento degli obiettivi di reinserimento.

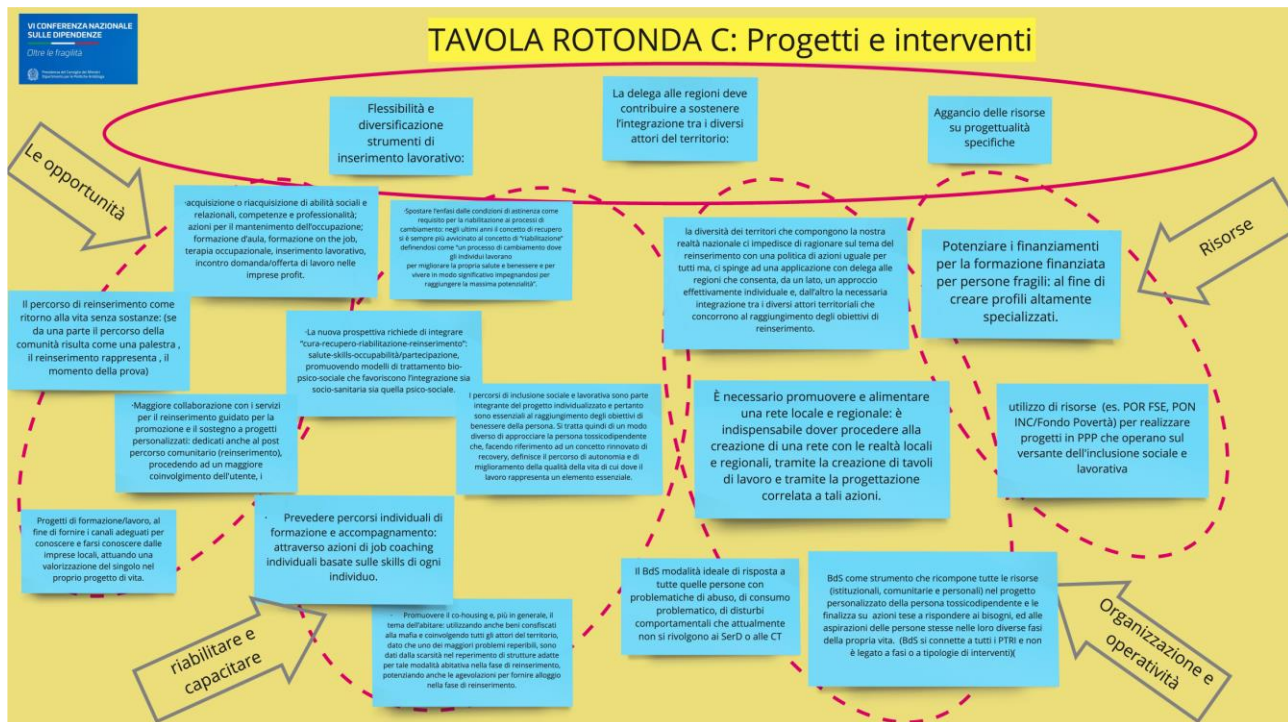
Il percorso di reinserimento ha bisogno di una azione di accompagnamento della persona, attraverso azioni di *job coaching* individuali basate sulle *skills* di ogni individuo.

Percorsi personalizzati, formazione ed accompagnamento mirato attraverso le risorse di ogni territorio permettono il raggiungimento di percentuali maggiori di successo.

La richiesta della Fict è di un sistema territoriale che a seconda delle caratteristiche tipiche applichi le azioni specifiche di quel territorio per permettere sempre di più un trattamento personalizzato e centrato sulla persona.

La pandemia ci costringe a immaginare un prossimo periodo con rigidità economiche e ad una difficoltà a reperire risorse ma, proprio per questo la visione territoriale ed individuale della persona permette comunque una risposta puntuale e precisa.

6.4.6 Sintesi Tavola Rotonda C – Progetti e interventi



I temi di carattere generale emersi nell’ambito della Tavola Rotonda relativa a “Progetti e interventi” sono:

- la necessità di diversificare gli strumenti per l’inserimento lavorativo, che devono essere flessibili anche rispetto alle necessità delle persone con dipendenza;
- l’esigenza di un ruolo forte da parte delle Regioni in modo tale da dare delle indicazioni ai diversi attori del territorio, al fine di strutturare questa strumentazione, che deve avere il carattere della flessibilità e della diversificazione;
- l’aggancio delle risorse su progettualità specifiche.

Gli elementi dagli interventi proposti dagli Esperti possono essere suddivisi in quattro macro – aree:

1. Le opportunità. Il sistema in essere, pur con tutte le criticità che presenta, può essere in grado di fornire delle opportunità valide in relazione all’acquisizione o riacquisizione di abilità sociali e relazionali, di competenze e professionalità. In particolare, alcune opportunità proposte sono la formazione d’aula, quella *on the job*, la terapia occupazionale, l’inserimento lavorativo e dei sistemi di incontro della domanda e dell’offerta di lavoro nelle imprese *profit*. Il percorso di reinserimento deve essere inteso come esito di un ritorno alla vita senza sostanze: infatti, se da una parte il percorso della comunità risulta come una palestra, il reinserimento rappresenta, il momento della prova, in quanto permette di dimostrare alla persona che è in grado di affrontare i compiti che la vita gli sta mettendo davanti. In questo contesto vi è l’esigenza di una

Modalità di reinserimento socioriabilitativo e occupazionale come parte del continuum terapeutico

maggiore collaborazione con i servizi per il reinserimento guidato, per la promozione e il sostegno a progetti personalizzati, dedicati anche al post percorso comunitario (reinserimento) prevedendo anche un maggiore coinvolgimento attivo da parte della persona. Pertanto, risultano necessari dei progetti di formazione/lavoro, al fine di fornire i canali adeguati per conoscere le opportunità del mondo del lavoro e farsi conoscere dalle imprese locali, in modo da far convergere domanda e offerta, attuando una valorizzazione del singolo nel proprio progetto di vita.

2. Riabilitare e capacitare. Emerge la necessità di spostare l'enfasi dalle condizioni di astinenza come requisito per la riabilitazione ai processi di cambiamento: negli ultimi anni il concetto di recupero si è sempre più avvicinato al concetto di "riabilitazione" definendosi come "un processo di cambiamento dove gli individui lavorano per migliorare la propria salute e benessere e per vivere in modo significativo impegnandosi per raggiungere la massima potenzialità". Questa nuova prospettiva richiede di integrare percorsi di "cura - recupero - riabilitazione - reinserimento" con la salute delle persone, le *skills*, l'occupabilità e la partecipazione delle persone, promuovendo in questo senso approcci e trattamenti bio-psicosociali che favoriscono l'integrazione sia sociosanitaria sia quella psicosociale. Inoltre, emerge la necessità di prevedere percorsi individuali di formazione e accompagnamento attraverso azioni di *job coaching* individuali, basate sulle *skills* di ogni individuo. Infine, si propone il *cohousing* e, più in generale il tema dell'abitare, come un aspetto essenziale e importante nel percorso di inserimento e inclusione delle persone che sono in trattamento. Relativamente a questo strumento si suggerisce l'utilizzo anche di beni confiscati alla mafia e il coinvolgimento di tutti gli attori del territorio, in quanto i principali problemi sono dati dalla scarsità nel reperimento di strutture adatte per tale modalità abitativa nella fase di reinserimento, potenziando anche le agevolazioni per fornire alloggio nella fase di reinserimento. I percorsi di inclusione sociale e lavorativa sono parte integrante del progetto individualizzato e pertanto sono essenziali al raggiungimento degli obiettivi di benessere della persona. Si tratta quindi di un modo diverso di approcciare la persona tossicodipendente che, facendo riferimento ad un concetto rinnovato di *recovery*, definisce il percorso di autonomia e di miglioramento della qualità della vita di cui dove il lavoro rappresenta un elemento essenziale.

3. Organizzazione e operatività. La diversità dei territori che compongono la realtà nazionale impedisce di ragionare sul tema del reinserimento con una politica di azioni uguali per tutti ma indirizza verso un'applicazione con delega alle Regioni che consenta, da un lato, un approccio effettivamente individuale e, dall'altro, la necessaria integrazione tra i diversi attori territoriali che concorrono al raggiungimento degli obiettivi di reinserimento. È necessario promuovere e alimentare una rete locale e regionale, tramite creazioni di tavoli di lavoro e tramite la progettazione correlata a tali azioni. Dal punto di vista organizzativo e operativo, il Budget di salute rappresenta uno strumento che può garantire un'integrazione non solo sul versante sociosanitario ma anche in altri ambiti. Rappresenta, di fatto, una modalità ideale di risposta a tutte quelle persone con problematiche di abuso, di consumo problematico, di disturbi comportamentali che attualmente non si rivolgono ai Ser.D e che non ritengono le comunità residenziali e semiresidenziali delle risposte adeguate ai loro bisogni. Il Budget di Salute va inoltre visto come strumento che ricomponete tutte le risorse (istituzionali, comunitarie e personali) nel progetto personalizzato della persona tossicodipendente e le finalizza alla messa a terra di azioni tese a rispondere ai bisogni, ed alle aspirazioni delle persone stesse nelle loro diverse fasi della propria vita. È pertanto uno strumento che si connette a tutti i PTRI e come tale non è legato a fasi o a tipologie di interventi.

Modalità di reinserimento socioriabilitativo e occupazionale come parte del continuum terapeutico

4. Risorse. Sul versante delle risorse, si evidenzia la necessità di un potenziamento di finanziamenti per la formazione per le persone fragili, così da creare dei profili che siano poi spendibili sul mercato, si riporta anche una buona pratica da parte della Regione Toscana in cui si è utilizzato delle risorse sia nazionali che europee (come POR FSE, PON INC/Fondo povertà) per realizzare progetti in Partenariato Pubblico – Privato (PPP) che operano sul versante dell'inclusione sociale e lavorativa. Tali risorse non sono state destinate unicamente alle persone con dipendenza ma all'insieme delle persone a difficile occupabilità o che necessitano di percorsi di inclusione sociale. In questo ambito è fondamentale il collegamento come la programmazione territoriale o con la co-programmazione da un lato e la co-progettazione dell'altro

Si riporta una precisazione rispetto alla Tavola Rotonda numero 2: in riferimento al tema del potenziamento del personale che è stato promosso nel piano nazionale sociale è necessario sottolineare il fatto che il potenziamento di tale personale avviene unicamente negli ambiti territoriali, ossia è solo in capo ai Comuni, mentre dall'altra parte si registra una diminuzione sempre maggiore di figure sociali all'interno del comparto della sanità. Pertanto, da una parte si realizza un potenziamento ma dall'altra si registra un continuo impoverimento di questo personale all'interno delle aziende sanitarie.

6.5 Introduzione ai lavori della seconda giornata

La ripresa dei lavori del Tavolo Tecnico “Modalità di reinserimento socioriabilitativo e occupazionale come parte del continuum terapeutico” in seconda giornata si è articolata in una brevissima introduzione del Coordinatore, cui ha fatto seguito la sessione di risposte alle domande e alle considerazioni pervenute via chat dal pubblico iscritto al *webinar* durante la prima giornata del Tavolo.

Le due sessioni sono qui di seguito riportate in sintesi. Seguono le domande e le osservazioni pervenute via chat durante la seconda giornata cui non è stato possibile offrire risposta.

Concludono i lavori della seconda giornata le precisazioni espresse da alcuni degli Esperti e la relativa risposta del Coordinatore.

6.5.1 Introduzione del Coordinatore

Il Coordinatore si riserva di fare un intervento a conclusione dei lavori.

6.5.2 Domande e risposte

Quanto incide l'eventuale assunzione di farmaci da parte dei soggetti tossicodipendenti sulla possibilità di inserimento lavorativo all'interno di aziende che svolgono attività manuali con rischi medi ed elevati?

Dr. Augusto Consoli

Dal mio punto di vista, ritengo il tema proposto dalla domanda molto interessante e in grado di abbracciare sia le attività lavorative o meglio, la vigilanza nel campo di certe attività lavorative, sia altre attività, come la guida degli autoveicoli e, quindi, la concessione di patente. Ad oggi, la norma prevede che ci sia un elenco di mansioni (carrellisti, autisti, ecc.) soggette a particolare vigilanza da parte del medico competente ossia il medico dell'azienda che svolge una funzione di vigilanza costante. Nel momento in cui emergono dubbi circa l'assunzione di farmaci o il consumo di sostanze in grado di ridurre la reattività e la vigilanza della persona, si procede ad una valutazione di seconda istanza condotta dai servizi specialistici. La procedura in oggetto vigila sulla sicurezza sia dell'impiegato, che della collettività e di conseguenza, risultano essere di grande importanza le valutazioni di primo e di secondo livello. Da questo punto di vista, non emergono particolari problematiche a parte la difficoltà nel determinare o meno la presenza di un consumo instabile ed eccessivo di farmaci. Sulla base di quest'ultima affermazione, è possibile identificare il rischio con un'eccessiva prudenza da parte del medico competente e del servizio pubblico per le dipendenze associata ad uno svolgimento improprio dell'attività da parte del lavoratore. D'altro canto, una ridotta prudenza potrebbe comportare l'affidamento di incarichi onerosi ad un lavoratore che in quel momento non risulta essere in grado di svolgerli; in questo contesto, la norma prevede l'impossibilità di licenziamento o sospensione per il lavoratore a favore di un cambiamento di mansioni. Benché la procedura descritta abbia una sua logica e sia dotata di efficacia, molto spesso emergono forti difformità rispetto alla messa in atto di determinate azioni. Per citare un esempio, in riferimento alla concessione della patente, in Italia esistono una moltitudine di commissioni per il

Modalità di reinserimento socioriabilitativo e occupazionale come parte del continuum terapeutico

rilascio della patente che hanno agito in maniera differente; alcune commissioni hanno approvato la stabilizzazione della persona con la somministrazione del metadone mentre altre non hanno accettato suddetta possibilità neanche in riferimento alla somministrazione di altri farmaci quali, ad esempio, la buprenorfina o farmaci ansiolitici. La riduzione di questa notevole difformità ha richiesto un lungo processo come anche l'aver dei criteri che rispecchino il rispetto del singolo individuo e della collettività. Dal punto di vista procedurale quindi non sono necessarie modifiche, ma piuttosto un cambio di prospettiva che comprenda sia gli aspetti culturali che l'aumento della consapevolezza, tenendo presente che in questo processo sono implicati due interessi contrapposti, l'autonomia e la valorizzazione del singolo e la tutela della comunità.

È richiesto un commento su:

- Un terzo dei detenuti in Italia sono incarcerati per reati in violazione della legge sulle droghe. Per non parlare di chi perde il lavoro a causa delle sanzioni amministrative.

Dr. Hassan Bassi

La seguente domanda fa riferimento a due questioni identificabili come conseguenze dell'attuale normativa sulle droghe e sulle impostazioni della 309/90. In riferimento alla prima questione, in Italia, un terzo delle persone in carcere è detenuto a seguito dell'applicazione della norma 309/90 e a questo consegue che, una diversa impostazione della stessa, comporterebbe una soluzione per quanto concerne il sovraffollamento carcerario nel nostro Paese. Inoltre, tra i carcerati che rientrano in questa categoria, sono presenti sia coloro che sono detenuti a causa della sopracitata norma, sia coloro che hanno problemi di dipendenza o che fanno uso di sostanze stupefacenti. La normativa sulle droghe fa riferimento a delle convenzioni internazionali che comportano l'impossibilità da parte di un governo singolo della messa in atto di un intervento volto a modificare la norma stessa in una chiave "antiproibizionista"; tuttavia, è possibile promuovere dei correttivi. Rispetto al contesto occidentale, la normativa italiana sulle droghe è la più severa di tutte: in alcuni casi, le pene previste per i reati associati allo spaccio di sostanze o collegati al tema delle droghe sono più severe rispetto a quelle previste per gli omicidi o per i reati violenti. Da questo punto di vista, l'ex presidente americano Barack Obama è intervenuto negli Stati Uniti a favore della decarcerizzazione di tutti quei reati associati alle droghe, ma che non prevedono violenza, ossia quei reati che non intervengono a danno delle persone o delle cose. Tendenzialmente, le persone che hanno dipendenze, per poter consumare le sostanze, agiscono in contiguità con il mondo della criminalità organizzata rischiando altresì di commettere reati. In linea con questo è necessario prendere in considerazione anche l'aspetto socio-economico del consumatore, il quale potrebbe ritrovarsi ad essere sfruttato dalla criminalità per attività legate al piccolo spaccio. Per quanto concerne la seconda parte di questa domanda, la norma italiana non prevede pene per coloro che consumano unicamente sostanze, ma prevede sanzioni amministrative vincolanti per coloro che si avvicinano al lavoro. In quest'ultimo ambito le sanzioni maggiori riguardano la revoca della patente, la sospensione del permesso di soggiorno per una persona straniera, la sospensione del porto d'armi e la sospensione del passaporto. Queste tipologie di sanzioni possono essere applicate anche durante il percorso di inserimento lavorativo e di recovery.

Modalità di reinserimento socioriabilitativo e occupazionale come parte del continuum terapeutico

Chi ha esperienza di inserimento nelle aziende private conosce che in questo tipo di inserimenti l'astensione dall'uso di sostanze stupefacenti è fondamentale anche a fronte della normativa che prevede per alcune mansioni l'incompatibilità con la cura con farmaci sostitutivi. Pur condividendo la non premialità dell'accompagnamento al lavoro, e che si tolleri ricadute di lieve entità, mi chiedo se il non porre comunque una condizione di astensione come motivazione ci porti ad inserimenti esclusivi nel circuito del cooperativismo e ad allontanarci dal mercato del lavoro.

Dr. Luca Sartorato

Ad oggi esistono delle normative in grado di rispondere e prevedere la considerazione espressa all'interno della domanda. Gli ambiti riferiti alla tossicodipendenza e all'inserimento lavorativo sono dati sensibili; una persona in cerca di lavoro in un'azienda privata non è tenuta a mettere in luce il fatto che abbia intrapreso un percorso di cura, ma è dovere del medico del lavoro dell'azienda tutelare il lavoratore rispetto ad alcune particolari lavorazioni. Inoltre, un aspetto che necessita di essere preso in considerazione, è il mondo delle cooperative sociali. Quest'ultimo risponde alle normative sul mercato del lavoro e di conseguenza, non è presente un'effettiva differenza tra il mondo privato e il mondo della cooperazione quando ci si riferisce alle situazioni di accoglienza di persone sotto trattamento o che lo hanno concluso da poco. Di conseguenza, non dovrebbe sussistere una distinzione tra il mondo del lavoro privato e il mondo delle cooperative in riferimento all'intraprendere un percorso individuale nel momento in cui si interfaccia con il consumo di sostanze.

È richiesto un commento su:

- È noto che operatori ex opportunamente formati svolgono un ruolo essenziale di trait d'union e di mediazione culturale. Esistono situazioni paradossali, come quella della Regione Lazio, ove per l'accreditamento degli Enti Privati, questa figura di esperto non viene richiesta ma, diversamente, è stata resa indispensabile quella di operatori OSA.

- Vogliamo tutelare il prezioso lavoro che tanti operatori "ex" prestano anche già da molti anni presso gli Enti del Privato Sociale? Riporto la criticità della Regione Lazio ove questo criterio non è previsto per l'accreditamento. Si sostiene quindi la proposta della fissazione di CRITERI MINIMI NAZIONALI per l'accreditamento che prevedano la presenza di questa essenziale figura.

Dr. Alberto Rovere

Gli stimoli presentati contengono due istanze: il ruolo del survivor e l'accreditamento. Per quanto concerne il ruolo del survivor, questo ha una sua valenza rispetto alla sua figura, alla sua presenza, alla sua testimonianza, al ruolo svolto all'interno dei percorsi, come supporto alla socializzazione al sistema di cura. Personalmente, non metto in discussione questa figura. Non ho conoscenze in riferimento al contesto laziale in quanto, mi è più prossimo il contesto piemontese, ma sono a conoscenza di alcune realtà che riguardano enti ausiliari accreditati nei quali sono attivamente e operativamente presenti queste tipologie di figure. Dall'altro lato l'istanza che mi sembra di leggere è quella relativa al sistema dell'accreditamento. Lo conosciamo tutti: in sé porta uno stimolo rispetto a una garanzia di qualità assistenziale, rispetto alla garanzia assistenziale, una qualità di questa assistenza, di questa cura e rimanda un po' a un tema che abbiamo intravisto visto ieri rispetto alle differenze territoriali. Noi sappiamo che la normativa è quella che parte dal

Modalità di reinserimento socioriabilitativo e occupazionale come parte del continuum terapeutico

'92, attraversa il '99 e in qualche modo delega le Regioni rispetto alla fissazione di questi criteri. Una mediazione tra queste due istanze ce la portano proprio i nostri interlocutori nelle loro domande: faccio riferimento a due termini. Il primo è il tema della formazione, che ci porta il primo contributo, quando ci parla di operatori ex opportunamente formati. In questo caso mi viene da sottolineare l'importanza della formazione come momento di maturazione e di messa a regime di conoscenze procedurali e di maturazione nella direzione della strutturazione, anche in senso dichiarativo, di quelle competenze, di quell'expertise che uno porta con sé. mi viene inoltre da sottolineare, sempre rispetto alla formazione, la sua importanza come momento di tutela nei confronti del lavoratore, nei confronti dell'organizzazione, nei confronti dell'utenza che a quel servizio poi afferisce. Il secondo termine che può fungere da mediatore rispetto a queste due istanze penso che possa essere il tema dei criteri. Sappiamo che i criteri possono essere tanti e con caratteristiche diverse: penso che la considerazione da fare in questo caso può essere quella relativa a una distinzione tra criteri professionali e criteri esistenziali-esperienziali, dove va da sé che un sistema che deve individuare dei criteri di accreditamento è facile, inevitabile, che metta in risalto l'importanza di criteri formativi e professionali e forse in seconda battuta tenga presente quelli più esperienziali-esistenziali. Sostanzialmente non avrei altro aggiungere. Rispetto a questi criteri la domanda che mi pongo è legata alla difficoltà nel soppesare criteri di tipo formativo e criteri di tipo esperienziale. In questo caso penso che la risposta è tutta da discutere, da riflettere. Spero in qualche modo di aver dato degli spunti e resto a disposizione per eventuali precisazioni.

Appare evidente che l'attuale paradigma fondato sulla malattia e la penalizzazione del consumo comporti delle disuguaglianze.

Quali modifiche di legge potrebbero essere necessarie per rimuovere gli ostacoli alla Inclusione Sociale?

Dr.ssa Sabrina Petrelli

All'interno della rete dei servizi per le dipendenze gravita una notevole eterogeneità riferita alle persone che ne usufruiscono. Tuttavia l'impianto del Testo Unico sulle droghe 309/90 riflette il periodo storico durante il quale è stato redatto ed è impostato su una generica criminalizzazione dei consumatori di sostanze nella loro complessità e totalità. Nonostante nel 2016 siano state apportate modifiche al testo sopracitato, quali la riscrittura dell'art. 72 e l'abrogazione dell'art. 75bis, ad oggi permangono alcuni aspetti focalizzati in particolare sulla stigmatizzazione della condizione e sulle conseguenze sul piano amministrativo riferite ai consumi, come il ritiro della patente o le segnalazioni che hanno un impatto sugli aspetti di inclusione sociale e inserimento lavorativo. Suddetto approccio non riconosce alle persone la possibilità di rivolgersi spontaneamente ai servizi e impedisce la piena realizzazione dell'individuo. Sulla base di questo, è auspicabile una modifica degli aspetti criminalizzanti e stigmatizzanti del documento al fine di facilitare anche un cambiamento dal punto di vista culturale tra gli operatori fornendo loro più risorse per gli aspetti di accompagnamento e cura. Infine, è altresì auspicabile una modifica al DPR del 14/02/2001 al fine di superare la divisione di competenze in favore di accordi interistituzionali basati sui bisogni espressi dalla persona.

Modalità di reinserimento socioriabilitativo e occupazionale come parte del continuum terapeutico

Chiedo una riflessione sul taglio dell'assegno mensile di disabilità (74-99%) per coloro che tentano un reinserimento lavorativo, spesso le diagnosi duali ne fanno parte, e come ciò possa facilitare la *recovery*.

Dr.ssa Stefania Boscato

La presente riflessione si riferisce al Messaggio 3495 diramato dall'INPS lo scorso 14 ottobre riferito alle modifiche dei requisiti in base ai quali è possibile beneficiare dell'assegno di invalidità. Fino a suddetta data, l'assegno di invalidità veniva riconosciuto a persone con un'invalidità compresa tra il 74% e il 99% sia nel caso in cui non avessero alcun lavoro, sia nel caso in cui fossero iscritti al collocamento mirato. Nello specifico, il messaggio dell'INPS dispone che l'assegno sia corrisposto solo agli invalidi civili che non hanno un lavoro; a questo proposito è presente un recente pronunciamento della Corte di Cassazione che si muove nella direzione disposta dall'INPS. Tali sollecitazioni saranno prese in considerazione in riferimento al nuovo piano sulla non autosufficienza. Inoltre, il Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza prevede al suo interno un progetto – modelli di autonomia per le persone con disabilità – atto a promuovere l'autonomia nelle persone con tali fragilità sia in ambito abitativo che lavorativo sfruttando le nuove potenzialità offerte dalle tecnologie informatiche. Nello specifico, il progetto si compone di tre linee di attività che riguardano: la definizione del progetto individualizzato, l'abitazione e lo sviluppo delle competenze digitali per il lavoro a distanza.

Qual è la risposta delle pubbliche amministrazioni, degli Enti Locali, rispetto all'agevolazione di contrattualizzazione di cooperative sociali o imprese sociali per lo svolgimento di lavori pubblici?

Dr.ssa Ivana Boccolini

Le pubbliche amministrazioni rispondono secondo le normative vigenti nel decreto legislativo 117/2017 - codice del Terzo Settore – all'interno del quale, sono previsti gli istituti della co-programmazione e della co-progettazione che, nel caso della gestione di servizi sociali e sanitari, è molto più adeguato rispetto all'appalto. Le cooperative sociali, oltre ad essere imprese, sono anche Terzo Settore che in ordine alla partecipazione e alla costruzione dell'evidenza pubblica, rivestono un ruolo più forte rispetto all'impresa economica normale. Tuttavia, per quanto concerne la co-progettazione non sono previste agevolazioni. Dal punto di vista normativo, esistono normative regionali, come quelle presenti nella nostra regione, come la legge 9/2004 o 15/2012, che prevedono la possibilità per le associazioni di volontariato presenti nell'elenco regionale di stipulare convenzioni con gli enti pubblici per la realizzazione di attività, servizi assunti integralmente in proprio, o attività integrative di supporti ai Servizi Pubblici. Di conseguenza, non si parla di contrattualizzazione, ma di convenzione per la quale non sono previste agevolazioni. Ad oggi, non sono a conoscenza del fatto se le suddette agevolazioni possono essere previste a livello locale perché non abbiamo questo livello di riscontro; tuttavia, nell'ambito della programmazione regionale, vengono gestite delle risorse aggiuntive che, attraverso degli accordi di settore con gli enti accreditati nel Privato Sociale, vengono investite nella realizzazione di progettualità che possono essere programmate o nei servizi aggiuntivi molto spesso innovativi che sono concertate all'interno dei Comitati di Dipartimento per la loro realizzazione. A prescindere, è necessario affidarsi a quanto previsto dal codice degli appalti perciò, attraverso manifestazioni pubbliche e bandi di gara. Purtroppo, all'interno dei Dipartimenti, emergono notevoli difficoltà nel momento in cui necessitano di essere acquistati i servizi e le prestazioni attraverso il sistema dei bandi di gara poiché l'applicazione del codice degli appalti e le difficoltà amministrative - come la carenza del personale dedicato

Modalità di reinserimento socioriabilitativo e occupazionale come parte del continuum terapeutico

e competente - allungano notevolmente i tempi di affidamento. Purtroppo, a livello regionale, è possibile imbattersi in situazioni diverse che lavorano e funzionano in modi simili, ma non uguali. Sulla base di questo, non ci possiamo più permettere che l'offerta dei Servizi Pubblici sanitari e sociali sia frutto di un incontro fortunato tra le buone proposte, fondi disponibili, personale amministrativo competente e motivato e la tenacia di chi all'interno dei servizi continua a chiedere quello di cui ha bisogno; i Servizi Pubblici dovrebbero poter far fronte alle proprie necessità in maniera autonoma.

È richiesto un commento:

- relativamente al tema della disomogeneità regionali sottolineo che pure delle regioni considerate virtuose e non del sud (ad es Fvg) non hanno comunità per doppia diagnosi.

Dr. Giampaolo Nicolasi

Relativamente alla doppia diagnosi, o meglio definita come comorbidità psichiatrica, è necessario affrontare l'argomento prendendo in considerazione due aspetti: l'aspetto amministrativo e l'aspetto tecnico. A causa del commissariamento, alcune regioni del Sud Italia, come il Lazio, non hanno avuto la possibilità di investire nel miglioramento della sanità regionale. La disparità sanitaria a livello regionale risale al 2001, anno in cui la riforma del titolo quinto ha comportato la regionalizzazione della sanità, ossia l'attribuzione di ampi poteri alle regioni in materia di organizzazione e gestione dell'offerta sanitaria. A livello nazionale, buoni livelli di assistenza per la comorbidità psichiatrica sono presenti in Lombardia, Liguria, Friuli-Venezia Giulia, nelle Province Autonome di Trento e Bolzano, in Emilia-Romagna e in Toscana, le quali rappresentano delle realtà particolarmente all'avanguardia. Per quanto riguarda le regioni del sud Italia, le uniche regioni che si avvicinano alla presa in carico della comorbidità psichiatrica e allo sviluppo di modelli virtuosi ed efficaci sono l'Umbria, le Marche e la Puglia. Dal mio punto di vista, tali differenze potrebbero dipendere dalle linee guida; ad esempio, per quanto concerne l'accreditamento per la comorbidità psichiatrica, sono previste rette differenti da regione a regione. Per citare un esempio, in Umbria la retta giornaliera si aggira intorno ai 120/130 euro diarie mentre, in altre regioni del nord, le rette si riferiscono a cifre intorno ai 200 euro. Tale dato mette in evidenza il fatto che, a livello regionale, sono previsti criteri di accreditamento diversi. In Umbria, tutti i giorni e con contratto a tempo indeterminato, è prevista la presenza di tutte le figure professionali quali: il direttore sanitario, il medico di medicina generale, gli psichiatri, e gli psicologi. Di conseguenza, tale richiesta aumenta l'onere di spesa per la struttura che intende accreditarsi. Inoltre, lavorare in un contesto di comorbidità psichiatrica richiede maggiori sforzi e impegno rispetto al lavorare con persone ergoterapiche. Infine, ritengo opportuno che, all'interno delle strutture di recupero, sia necessario regolare gli orari e le impostazioni a tutte le persone presenti sia con comorbidità, sia con altre patologie.

Modalità di reinserimento socioriabilitativo e occupazionale come parte del continuum terapeutico

Il reinserimento socio lavorativo di una persona in uscita dalla comunità e l'accesso a progetti territoriali (*cohousing*, borse lavoro), se fuori Regione, a quale Regione è in carico dal punto di vista economico e la persona ha diritto d'accesso se in possesso di domicilio sanitario e non di residenza?

Dr. Vincenzo Lamartora

Il soggetto fuori regione ha il diritto di partecipare a qualunque progetto riabilitativo, co-housing e borse lavoro, purché il Ser.D che lo ospita abbia chiesto e avuto il nulla osta dal Ser.D di appartenenza territoriale. Di conseguenza, tale diritto permane anche se la persona è in solo possesso del domicilio sanitario presso una Regione diversa da quella di residenza. In quest'ultimo caso, la persona si lega al Ser.D più vicino al domicilio sanitario e chiede di essere preso in appoggio il Ser.D il quale, richiede il nulla osta al Ser.D di origine e, una volta ottenuto, può accogliere il paziente in attività territoriali. Nel caso in cui tali attività richiedesse una remunerazione, sarà il Ser.D di origine a provvedere alle spese.

Vorrei sapere quanto è importante e come viene gestita la formazione specifica degli operatori/lavoratori delle Cooperative Sociali di tipo B e delle Imprese Sociali che si occupano di seguire e che lavorano a fianco dei soggetti inseriti.

Dr. Caterina Pozzi

Le Cooperative sociali di tipo b e le Imprese Sociali rappresentano un universo organizzativo; si passa da cooperative sociali di inserimento lavorativo, che in qualche modo sono collegate a un'evoluzione degli enti accreditati e, quindi, hanno un'organizzazione della produzione dove ancora al centro ci sono gli ex-utenti o i tirocinanti, a cooperative sociali che sempre di più si devono confrontare con un mercato privato. Che cosa può significare questo per una cooperativa sociale? Ciò significa dover svolgere un lavoro molto faticoso: stare sul mercato e quindi rispondere in maniera adeguata ai tempi e ai modi dello stesso. Suddetta evoluzione ha reso secondario l'aspetto di supporto educativo all'interno delle cooperative sociali di inserimento lavorativo. Ad oggi, il rischio è che in alcune realtà le persone svantaggiate che provano ad essere inserite sono in realtà quelle meno svantaggiate. Di conseguenza, ai lavoratori e agli operatori che lavorano all'interno delle cooperative sociali di inserimento lavorativo è richiesto di avere questo doppio sguardo: da una parte la capacità di accompagnare e sostenere e prendersi degli spazi di colloquio extra lavorativi per essere al fianco dei lavoratori svantaggiati, e dall'altra l'occuparsi della produzione. In conclusione, ritengo importante che le cooperative sociali di tipo b stesse debbano riproporsi sul mercato, ma con l'ente pubblico, come organizzazioni che hanno ancora una funzione pubblica.

Modalità di reinserimento socioriabilitativo e occupazionale come parte del continuum terapeutico

Alcune domande e considerazioni, arrivate dal pubblico iscritto al Tavolo Tecnico nella seconda giornata dei lavori, vengono qui riportate nonostante non sia stato possibile offrire una risposta durante i lavori.

Ho fatto questa domanda ...ma mi riferivo all'organizzazione dei tirocini da parte dei servizi...in cui qualcuno ha proposto di inserire anche soggetti che non intendono smettere di usare sostanze

Perdonate la banalità ma...due elementi quali il più che dimezzato organico dei Ser.D e le procedure dei finanziamenti a progetto hanno contribuito a frenare la propulsione della propulsione "dal basso"? (lettura dei bisogni - modelli intervento sperimentali - verifica dei risultati - esportazione del modello - circolarità delle esperienze...)

Il disegno di Autonomia Regionale differenziata legata all'attuale legge di bilancio sembra avere segno contrario a quanto auspicato ieri in merito a possibili linee guida e a interventi ad alta integrazione tra sanità - sociale - scuola e formazione?

Avrei preferito una risposta meno prudente da parte del Dr. Rovere: l'osservazione che tali figure sono presenti nelle *equipe* degli enti del Privato Sociale è sì un dato di fatto ma il passo successivo dovrebbe essere il riconoscimento del loro valore come figure essenziali per l'accreditamento tutelando così sia il loro stesso lavoro che il contributo che esse danno al raggiungimento degli obiettivi di trattamento cura e riabilitazione. Garantire la loro presenza va nel superamento del paternalismo e dell'assistenzialismo, e promuove l'*empowerment* di persone che sono state in difficoltà con la droga. Concordo con la prudenza raccomandata da Consoli, qui non si tratta di un problema di razza ma di esperienza

Una raccomandazione per il Dr. Bassi, si è importante essere attenti al linguaggio quando si parla di persone che sono state nel problema delle sostanze, così anche quando si parla di spaccio occorre distinguere quello "diciamo piccolo" da quello agito in collaborazione con le organizzazioni criminali, e questi io lo chiamerei "traffico" senza mezzi termini

Non scherziamo dott. Barra, le ricadute non sono tutte uguali!

Buongiorno a tutti, sono un'operatrice sociale e sono una *former drug addict*, ex tossicodipendente, mi occupo di aiutare persone che usano sostanze da anni. La visione di Massimo Barra è vincente mettere in *equipe* per la cura la nostra professione, perché così è, non è riconosciuta da nessuno solo dai ragazzi che ci incontrano nel loro percorso.

6.5.3 Precisazioni degli Esperti e risposta del Coordinatore

A conclusione dei lavori alcuni Esperti hanno chiesto la possibilità di poter esprimere in brevi interventi alcune puntualizzazioni rispetto allo svolgimento dei lavori alle quali è seguita la risposta del Coordinatore.

Si riportano di seguito i relativi interventi.

Dr. Augusto Consoli

Desidero segnalare due aspetti. Il primo aspetto riguarda l'esperienza della Regione Piemonte relativa ai piani locali delle dipendenze. Suddetti piani si caratterizzano per una progettualità della durata di tre anni che si riattiva anno per anno e coinvolgono diversi attori quali: Enti Locali, dipartimenti, enti accreditati e volontariato. I piani locali hanno una disposizione di fondi definita almeno il 5% del budget generale del Dipartimento per le Dipendenze viene usato soprattutto per attività riabilitative, ma anche per attività di tipo terapeutico. Su questo punto, esistono numerose delibere regionali ed esperienze vissute dalle ASL del Piemonte. Relativamente all'ambito dell'inserimento, potrebbe essere interessante prendere in considerazione la Legge del Terzo Settore, politiche e Budget di salute 381/1991 in quanto è integrata con il contesto riferito al welfare e fornisce una specificità e degli strumenti sia progettuali che economici al settore delle dipendenze. Sembrerebbe interessante, io posso inviare anche le delibere che hanno istituito questo istituto e c'è materiale di esperienze realmente sviluppate e gestite. Questo il primo punto. Il secondo aspetto riguarda invece l'ambito delle persone ex-dipendenti. Personalmente, ho sviluppato a Torino una delle attività di bassa soglia di maggior continuità a livello nazionale, attività che prevedeva l'esperienza di outreach continua caratterizzata dalla presenza di operatori professionali e pari. All'interno del consiglio direttivo del mio dipartimento è prevista e sostenuta la presenza di persone che hanno avuto esperienza della dipendenza. Di conseguenza, si evince quanto tutto questo è ritenuto da me importante. Dal mio punto di vista, ritengo sia importante stare attenti a celebrare l'inserimento degli ex, come se fosse una sorta di attività da sdoganare o in cui la persona resta imprigionata. Per concludere, credo quindi che sia necessario evitare di pensare a dei provvedimenti che comportino la normalizzazione dell'identità attraverso la malattia; tale ambito necessita di essere trattato con grande attenzione, ricchezza di sfumature e rispetto per le persone.

Dr. Hassan Bassi

Sulla base dell'intervento del Dr. Consoli, chiederei una mozione d'ordine in merito al non utilizzo del termine tossicodipendente all'interno dei testi. In merito a questo, possiamo fare riferimento al documento "Words Matter". Ad oggi, in tutti gli ambienti facenti capo ad un contesto sociale si usano termini quali "persona migrante", "persona con disabilità" e "persona con dipendenza" in virtù del fatto che tali condizioni si riferiscono a condizioni che possono essere temporanee e che non si legano all'identità di una persona. Di conseguenza, chiedo al nostro Tavolo di non utilizzare più il termine "tossicodipendente" neanche nei documenti riassuntivi e cambiare il suddetto con la dicitura "con dipendenza". Inoltre, chiedo la possibilità di poter rispondere alle domande pervenute durante la mattinata.

Modalità di reinserimento socioriabilitativo e occupazionale come parte del continuum terapeutico

Dr. Alberto Rovere

Condivido la riflessione esternata dal Dr. Consoli. Inoltre desidero aggiungere un mio personale contributo in riferimento all'importanza del momento formativo, non solo come aspetto di tutela nei confronti della triade. Al primo posto della triade ho volutamente inserito la persona, l'ex a cui facevano riferimento i contributi pervenuti dal pubblico. Nell'ambito, avevo in mente un potenziale aspetto per considerare la complessità della questione e tutte le varie sfaccettature che essa porta con sé, così come l'aspetto dei criteri.

Dr.ssa Caterina Pozzi

Desidero riprendere il tema relativo all'housing first. Nella sintesi del Dr. Barra è emersa tale considerazione ossia, la necessità di una casa. L'esperienza di Bologna è costituita dalla presenza di poco più di 100 appartamenti dedicati all'housing first e una serie di dormitori. Concordo sulla necessità di avere un tetto tra i bisogni principali e all'interno delle politiche sociali integrate l'housing first è da ritenersi una risposta importante in quanto funziona sulla base di dati comprovati scientificamente.

Dr. Luca Sartorato

Innanzitutto concordo perfettamente e, tra l'altro, trovo anche strano che torni continuamente fuori questo argomento quando, di fatto, sulla questione delle persone con disabilità, che siano ex o non ex, chiamiamoli come vogliamo, siamo abbastanza tutti d'accordo. Però puntualmente torna fuori questo argomento perché evidentemente qualcuno ha interesse a farlo sottolineare più volte. Il rapporto Stato-Regione riveste una sua importanza all'interno delle nostre considerazioni. Tuttavia, i rappresentanti delle Regioni invitati a questo Tavolo sono dei tecnici, mentre le scelte degli investimenti vengono affrontate da un punto di vista politico. Siamo tutti dei professionisti importanti, che rappresentano l'eccellenza, perché in Italia spesso volentieri la creatività, con i bisogni, ha fatto emergere davvero potenzialità significative, e poi ci troviamo nelle condizioni in cui, chi davvero ha delle responsabilità sulle scelte regionali, su differenziare, sulla risposta ai bisogni dei cittadini e sul fatto che la Sicilia non sarà mai uguale al Veneto piuttosto che il Friuli alla Calabria, sui Tavoli non è presente. Vorrei capire chi ha delle responsabilità sulla gestione dei cittadini, chi risponde a questi tipi di interrogativi, altrimenti continuiamo a girare introno dicendo: "siamo un'Italia diversa ma la vogliamo uguale". Qui rappresentiamo un Tavolo di bisogni ampi, siamo una rappresentanza nazionale e ci occupiamo di fare in modo che l'Italia intera funzioni tenendo conto di tutte le diversità che ci caratterizzano.

Dr. Augusto Consoli

Mi trovo d'accordo con la proposta del Dr. Bassi, una proposta che, se accolta, ricadrà sulla struttura del documento. Inoltre, segnalo un clima che non riconosco: rispetto alle precedenti conferenze, evidenzio una minore possibilità di scambio di produttività.

Dr. Mauro Soli

Mi dispiace Dr. Consoli che lei consideri questa fase poco produttiva e poco aperta allo scambio. In ogni caso, la considerazione del Dr. Bassi è stata registrata ed entrerà a far parte delle considerazioni che il Coordinatore porterà all'interno del Tavolo. Non credo che ci sia una votazione rispetto a possibili mozioni: non è questo il Tavolo, non è questa la modalità che abbiamo scelto e che è stata condivisa. Da questo punto di vista, tutti i

Modalità di reinserimento socioriabilitativo e occupazionale come parte del continuum terapeutico

passaggi che abbiamo fatto e che ci hanno portato alla giornata odierna erano anche di condivisione del metodo che non prevedeva delle votazioni. Quindi, se lei ritiene che questo sia pregiudizievole rispetto al dibattito ne posso prenderne atto, ma credo di assumermi anche la responsabilità di quello che sta succedendo in questa conduzione per cui credo che non posso far altro che registrare questa cosa e chiedere di nuovo se ci sono altri interventi da parte di altri Esperti per poi andare oltre. Se non ci sono, passo la parola al Coordinatore, il Dr. Barra.

6.5.4 Conclusioni

Dr. Massimo Barra

Ritengo che l'attitudine complessiva di questa mattinata non sia tesa a promuovere "il nuovo". Mi illudevo che la Conferenza potesse essere un'occasione per dare degli stimoli e andare avanti. In linea con questo, non sono mai riuscito a far capire o a promuovere l'idea che le forze dell'ordine, essendo i first responder, hanno un ruolo che non può essere limitato al ruolo repressivo, ma deve essere esteso al ruolo terapeutico. Siccome esistono nel mondo esperienze di ruolo terapeutico da parte delle forze dell'ordine, chiedo che l'Italia si ponga in questa ottica, che almeno ci siano delle interlocuzioni. La settimana scorsa a Budapest c'è stata una riunione del consiglio d'Europa - gruppo Pompidou - rivolta agli operatori di polizia e l'Italia non era presente. Personalmente, vorrei potermi occupare di questo argomento, ma non ho un interlocutore; non so chi sia la persona che, nel complesso della struttura della governance italiana, è capace di recepire un tale stimolo.

In riferimento alle persone "ex", ritengo che non si debba essere troppo nominalisti e formalisti. Tale figura ha una professionalità che nessun altro in questo settore ha, soprattutto nell'ambito delle unità di strada. Ritengo sia molto più stigmatizzante non riconoscergli un ruolo piuttosto che utilizzare il termine tossicomane, in quanto l'"ex" è comunque una persona che ha intrapreso un percorso, l'ha superato e sta migliorando. Non capisco perché non si debba riconoscere questo merito, merito che interessa tutta la collettività. Ritengo sia molto più stigmatizzante non riconoscere la sua professionalità, piuttosto che definirlo ex-tossicomane.

Proprio perché in rappresentanza di tutta l'Italia, abbiamo il dovere di far avanzare chi sta dietro e non di far arretrare chi è avanti. Non ritengo vero il fatto che la Calabria non sia stata rappresentata e non ritengo che la questione dei first responders debba essere alla base delle scelte delle Regioni. Inoltre, penso esista un'altra questione che meritava una risposta da parte nostra: la questione che fa riferimento alle patenti e al metadone. Reputo che sarebbe il momento di smettere di considerare il metadone una terapia sostitutiva e basta; il metadone è un farmaco e non un oggetto di abuso. Questa è una questione di conoscenza sulla quale, secondo me, la Conferenza è una buona sede per dare una definizione. Inoltre, il governo dovrebbe essere stimolato a dare un'interpretazione autentica sulla questione delle patenti.

Per quanto riguarda la questione dell'housing posso essere d'accordo: tuttavia non mi ritengo d'accordo con il "first". Prima dell'"housing first", sarebbe necessario un "bed first". L'housing consiste nell'evoluzione del sistema ma, ad oggi, vi è una carenza della possibilità di accoglienza notturna per persone che vivono per strada.

Infine, credo che la Conferenza serva anche a decongestionare una serie di situazioni che per 12 anni non hanno avuto possibilità di risposta. Di conseguenza, nonostante il nostro dirigismo, l'impossibilità di rispondere e la mancanza di dialogo, che tutto questo vada nella giusta direzione e sia l'inizio di un percorso che noi ci attendiamo da parte del Ministro.

Relazione Tecnica del Coordinatore

a cura di Massimo Barra

Esperti partecipanti:

Hassan Bassi, Ivana Boccolini, Stefania Boscato, Giovanni Cabona, Adriana Ciampa, Augusto Consoli, Claudia Fiaschi, Roberto Gatto, Stefano Granata, Vincenzo Lamartora, Giampaolo Nicolasi, Sabrina Petrelli, Caterina Pozzi, Alberto Rovere, Alessandro Salvi, Luca Sartorato



Modalità di reinserimento socioriabilitativo e occupazionale come parte del continuum terapeutico

7.1 Modalità di reinserimento socioriabilitativo e occupazionale come parte del continuum terapeutico

Principali criticità

Il Tavolo è stato unanime nel considerare un retaggio del passato la distinzione netta tra terapia e recupero attraverso le azioni di inclusione sociale e lavorativa affermando:

“In passato la fase di *recovery* è stata definita come il mantenimento di una condizione *drug e alcohol free* raggiunta dopo trattamento medico e riabilitazione, come il raggiungimento di un ottimale stato di benessere psicofisico. In quest’ottica il reinserimento sociale ha rappresentato un aspetto secondario/successivo del processo di recupero e mantenimento dell’astinenza”.

Nel tempo il concetto di *recovery* si è sempre più avvicinato a quello di “riabilitazione” definendosi come “un processo di cambiamento dove gli individui lavorano per migliorare la propria salute e il benessere impegnandosi per raggiungere la massima potenzialità”, ossia il miglior equilibrio possibile stante le condizioni date. In tale prospettiva l’enfasi sulle condizioni di astinenza come requisito per la riabilitazione si è progressivamente spostata sui processi di cambiamento.

Oggi l’inclusione sociale e socio-lavorativa e percorsi terapeutici risultano essere “ogni intervento che persegua l’obiettivo di integrare i consumatori problematici, quelli attivi e quelli che hanno smesso il consumo, nella comunità”.

I pilastri dell’integrazione sociale sono l’occupazione (lavoro/formazione/istruzione), l’abitazione, le relazioni personali e l’appartenenza alla comunità, veri e propri diritti inalienabili della persona.

In quest’ottica i trattamenti medici, sanitari o psicoeducativi meglio risultano quando altamente integrati e le azioni sull’inclusione e il reinserimento si prevedano non solo dopo il completamento del trattamento farmacologico o integrato ma fin da subito, in un progetto che metta al centro la persona.

Tali misure contribuiscono anche al raggiungimento degli obiettivi di cura prevenendo le ricadute e riducendo le conseguenze negative prodotte dal consumo non controllato e dal contesto sociale e penale in cui esso si inserisce. È stato rilevato infatti che l’impianto punitivo delle vigenti disposizioni normative incide negativamente sui processi di inclusione socio-lavorativa, come sulla vita delle persone che consumano droghe in generale, specialmente quando prevedono prescrizioni o misure che non favoriscano il mantenimento di un posto di lavoro o l’adesione a programmi nel tempo libero, influenzando altresì negativamente la relazione con le istituzioni ed i servizi costretti al monitoraggio dell’applicazione di tali disposizioni.

Il Tavolo è unanime nel criticare l’attuale situazione assistenziale: “Esiste un’enorme difformità tra le Regioni, e addirittura tra le singole ASL di una stessa Regione, per ciò che riguarda i percorsi di cura delle dipendenze patologiche, l’importanza assegnata alla fase di riabilitazione e al reinserimento socio-lavorativo, il valore riconosciuto al Privato Sociale, l’esternalizzazione dei servizi e la consistenza del budget annuale da assegnare alle dipendenze. Più in dettaglio, la titolarità delle Regioni in materia di Sanità ha portato a una condizione tale da configurare nel Paese e nelle singole Regioni un effetto a macchia di leopardo per ciò che concerne le prestazioni assistenziali. Nelle Regioni in cui i Dipartimenti delle Dipendenze sono fusi con i Dipartimenti di Salute Mentale, arrivano meno risorse alle attività di inclusione sociale e reinserimento occupazionale, essendo sbilanciata l’attenzione sugli aspetti strettamente di cura.”

Modalità di reinserimento socioriabilitativo e occupazionale come parte del continuum terapeutico

Una criticità condivisa è quella relativa alla diversità di potere tra servizi pubblici e servizi privati accreditati, in alcuni casi in qualche modo subordinati ai committenti (per lo più i servizi pubblici) con diversità macroscopiche tra le diverse Regioni anche per quanto riguarda il trattamento economico degli operatori e con diversità tra le diverse Regioni.

Il tutto in clamoroso contrasto con le vigenti previsioni di legge sulla garanzia dei LEA e con la previsione della attuale normativa 309/90 che prevede l'esistenza di servizi aperti 24 ore su 24 e la libera scelta del medico e del luogo di cura nell'intento disatteso di favorire la presa in carico di coloro con problemi di uso non controllato o di dipendenza da sostanze (e non solo) come interesse primario dello Stato.

Le proposte di sviluppo dei percorsi di inclusione sociale e lavorativa chiamano in causa diverse competenze necessarie a organizzare interventi integrati ed efficaci a sviluppare le capacità professionali e la partecipazione attiva alla vita sociale. Richiedendo perciò una collaborazione tra ambito sociale e sanitario, con il coinvolgimento di quei soggetti, in primis il mondo della cooperazione e delle imprese sociali, della formazione e il tessuto produttivo, in grado di offrire opportunità di inserimento durature e coerenti. La valorizzazione e lo sviluppo delle risorse (della persona, istituzionali e di comunità) a disposizione dei percorsi individuali potrebbe trovare un'efficace attuazione all'interno del modello del Budget di salute (o Budget di inclusione sociale), secondo l'importante principio del coinvolgimento delle persone con problemi legati all'uso non controllato o dipendenza da droghe nella definizione del proprio percorso di *recovery*.

È quindi necessario lavorare sul potenziamento delle infrastrutture territoriali, per renderle capaci di offrire risposte integrate e orientate a un approccio globale al progetto di vita delle persone. Il tema del ritorno a finanziamenti dedicati rappresenta una naturale proposta verso l'applicazione di questo paradigma orientato all'*empowerment* delle persone.

Di seguito vengono presentate le principali evidenze e proposte emerse dalla discussione degli Esperti partecipanti alle tre Tavole Rotonde.

Percorsi di trattamento e inclusione sociale

1) Linee di indirizzo

Emerge la necessità di uniformare i percorsi a livello nazionale. Data l'eterogeneità tra e all'interno delle stesse Regioni è necessaria la definizione di linee guida, che superino la sperimentality e prevedano strategie uniformi di contrasto al degrado e alla deprivazione sociale. Fra i soggetti in cura c'è un'elevata percentuale di disoccupati, una parte consistente di persone che hanno un impiego e lo vogliono mantenere e una percentuale di soggetti che sono in strada e non vogliono intraprendere percorsi terapeutici ma potrebbero essere facilitati a intraprenderli attraverso programmi di inclusione, quali la garanzia di un posto letto o attività di socializzazione.

2) Percorso Terapeutico Riabilitativo Individualizzato e Budget di salute (o Budget di Inclusione Sociale)

Il tema della progettazione individualizzata e del Budget di salute (Bds) è emerso nel dibattito su più Tavoli e sottolinea l'importanza degli interventi in continuità durante tutte le fasi del percorso, dall'accesso ai servizi, alla presa in carico fino a tutto il percorso riabilitativo e d'inclusione sociale.

I percorsi riabilitativi, oltre ad avere una valenza terapeutica, hanno il compito di ricostruire e reintegrare i legami e di riattivare e rinforzare le competenze di socializzazione secondaria, affinché un progetto possa essere efficace, è necessario quindi un supporto all'abitare, all'attività lavorativa e alla riattivazione delle relazioni sociali.

Modalità di reinserimento socioriabilitativo e occupazionale come parte del continuum terapeutico

Gli interventi attuati con il Bds devono integrare prestazioni sanitarie, azioni di supporto sociale sulla base di progetti personalizzati che abbiano come obiettivo l'autonomia delle persone secondo i principi di equità, solidarietà, partecipazione e sussidiarietà. Pertanto, il Bds è lo strumento che, rivisto e riattualizzato può promuovere l'innovazione, lo sviluppo e la realizzazione di progetti che rispondano ai bisogni mutevoli nelle diverse fasi evolutive rappresentando anche una modalità di risposta per coloro che non si rivolgono ai Ser.D e che non ritengono le comunità terapeutiche adeguate ai loro bisogni. È auspicabile che l'integrazione del mondo Sanitario e Sociale avvenga in modo omogeneo in tutte le Regioni.

Gli interventi di recupero del Bds non si devono contrapporre al trattamento di cura e al progetto di vita e costituiscono una prassi d'intervento che pone la persona e il suo benessere al centro, devono necessariamente quindi prevedere una partecipazione attiva dell'interessato all'interno di tali percorsi.

È necessario finanziare un nuovo Fondo Nazionale Droga attraverso stabili e adeguate quote del Fondo Sanitario Nazionale (attraverso i proventi ottenuti dal contrasto al narcotraffico) che entri direttamente nel Fondo Sanitario Regionale in maniera vincolata e diretta al sistema dei Ser.D e non correlato a progettualità estemporanee, che potrebbero essere invece proposte periodicamente solo per specifiche sperimentali. Occorre una normativa di carattere nazionale attraverso cui lo Stato assegni alle Regioni fondi vincolati (non finalizzati o indistinti), destinati a riabilitazione e reinserimento socio-lavorativo. Sarebbe inoltre auspicabile che le Regioni potessero stipulare convenzioni con gli Enti del Privato Sociale accreditati, dai quali acquisire quei servizi che non vengono svolti direttamente dai Ser.D (es centri di pronta accoglienza, comunità educative, laboratori espressivi, borse lavoro).

Occorre rivedere i criteri essenziali per l'accreditamento delle strutture private, stabilendo regole minime nazionali e includendo i requisiti di formazione e professionalità (anche da parte di chi ha avuto esperienza di dipendenza e ha completato percorsi terapeutici) che siano ritenuti idonei a garantire servizi qualitativamente alti, efficaci ed efficienti.

È importante che alla definizione e realizzazione dei diversi percorsi individuali di inclusione sia assegnato personale con formazione specifica sia sui percorsi riabilitativi sia sulla gestione clinica e relazionale, sia sulla conoscenza normativa, con competenze sulle azioni in reti interistituzionali. Nel caso di collaborazioni con persone con esperienza diretta o associazioni di consumatori, al fine di valorizzarne la sensibilità e la capacità di contatto, questo personale dovrebbe essere adeguatamente formato secondo standard uniformi in relazione ai compiti assegnati.

Il livello delle istituzioni

1) Infrastrutturazione territoriale

Occorrono linee guida nazionali che consentano alle strutture operative delle ASL di stipulare accordi con le realtà produttive incidendo anche su disparità e disomogeneità territoriali.

Si propone l'assegnazione di un budget annuale destinato alle attività dei LEA sanitarie e socio-sanitarie, che consentano di intervenire anche nei contesti in cui è più difficile avere servizi che rispondano alle diverse esigenze delle persone con dipendenza sul modello ad es del Piano Locale delle Dipendenze (Dipartimenti delle Dipendenze della Regione Piemonte) che prevede una quota annua di almeno il 5% del budget totale del Dipartimento da dedicare ad attività progettuali e riabilitative svolte prevalentemente da Enti accreditati e Cooperative di territorio. ES. l'istituzione di un'area riabilitativa di integrazione lavorativa accreditata, con fondi vincolati e personale dedicato e appositamente formato.

2) *No-profit e for-profit*

È fondamentale il coinvolgimento del settore *no-profit* con particolare attenzione alle cooperative di tipo B, alle clausole sociali e alle risorse per questi strumenti.

È necessario riconoscere maggiormente il ruolo di funzione pubblica delle cooperative sociali di inserimento lavorativo rafforzando le modalità di sostegno e agevolazione di questa tipologia di impresa, nel rispetto delle sue peculiarità e facilitando la possibilità di offrire risposte flessibili alle singole esigenze dei progetti di recupero.

Per realizzare interventi sul versante inclusivo sono necessarie agevolazioni fiscali per le imprese che collaborano esternalizzando attività produttive a cooperative e imprese sociali di inserimento lavorativo. Allo stesso modo, è necessaria una crescita e una professionalizzazione del personale riconoscendo e remunerando la formazione *on the job* e certificando le competenze. (Vedi normativa per le cooperative sociali (L. 381/91) e riordino del Terzo Settore).

Pertanto, il rapporto con il mondo produttivo diventa fondamentale ed è necessario aprire tavoli di coordinamento intersettoriali regionali che facilitino i contatti tra servizi e realtà produttive.

Progetti e interventi

1) Le opportunità

Il sistema attuale può essere in grado di fornire opportunità valide per l'inclusione socio-lavorativa con l'acquisizione o riacquisizione di abilità sociali e relazionali, di competenze e professionalità. Alcune proposte sono la formazione *on the job* oltre a quella d'aula, la terapia occupazionale, l'accompagnamento e l'inserimento lavorativo, i sistemi d'incontro domanda/offerta nelle imprese *profit*. Il diritto alla casa, in forma singola o mutualmente associata è una condizione determinante per i percorsi di inserimento sociale e di riabilitazione. Si possono avere forme di supporto differenziate, in relazione alla scelta delle stesse persone e dei loro bisogni/desideri e si può fornire sostegno attivo temporaneo, finalizzato all'autonomia nella gestione del quotidiano e del proprio ambiente di vita, attraverso interventi domiciliari.

Il reinserimento deve essere inteso come fase di un percorso complessivo che può caratterizzare sia PTRI finalizzati a una condizione *drug free*, sia progetti che possono prevedere il persistere della condizione di consumo di sostanze (ad esempio progetti nell'ambito delle strategie della RdD). Nel contesto dell'inclusione socio-lavorativa vi è quindi l'esigenza di una maggiore collaborazione con i servizi per il reinserimento guidato, per la promozione e il sostegno a progetti personalizzati, dedicati anche al post percorso comunitario (reinserimento) o ai percorsi di RdD/LdR, prevedendo un maggiore coinvolgimento attivo da parte delle persone con dipendenza. Risultano necessari anche progetti di formazione/lavoro per fornire i canali adeguati a conoscere le opportunità del mondo del lavoro e a rendersi visibili e soggetti d'interesse per le imprese locali.

2) Organizzazione e operatività

È necessario promuovere e alimentare una rete locale e regionale, tramite tavoli di lavoro e progettazione inclusiva che consenta, da un lato, un approccio individuale e, dall'altro, la necessaria integrazione tra i diversi attori territoriali. Tali azioni devono essere all'interno di un quadro di riferimento, di condivisione normativa e di principi di livello nazionale.

Modalità di reinserimento socioriabilitativo e occupazionale come parte del continuum terapeutico

3) Risorse

È necessario il potenziamento dei finanziamenti per la formazione di persone fragili, così da creare profili spendibili sul mercato. In tale ambito è fondamentale il collegamento con la co-programmazione e la co-progettazione.

Area tematica	Quadro sintetico delle proposte
Percorsi di trattamento e inclusione sociale	Definire linee guida nazionali per i percorsi di inclusione sociale e lavorativa
	Adozione del Budget di salute (Bds) come modello d'intervento
	Rafforzare la presenza di professionisti dell'area sociale per la progettazione dei percorsi favorendo percorsi professionalizzanti per le persone con esperienza diretta che vogliono intraprendere carriere lavorative nel settore, facilitando l'accesso ai titoli professionali necessari anche alle persone con esperienza di uso di sostanze opportunamente formate come operatori di supporto
Istituzioni e infrastrutture di servizi	Assicurare LEA e LEPS, anche attraverso un budget annuale destinato ai Dipartimenti delle dipendenze e applicazione del Piano Locale delle Dipendenze
	Istituire un'area riabilitativa di integrazione lavorativa
	Valorizzare ruolo e competenze di Coop. e imprese sociali per l'inserimento lavorativo
	Definire linee guida nazionali affinché le ASL possano siglare convenzioni con le Coop. sociali, finalizzate alla realizzazione di progetti di riabilitazione e reinserimento: gruppi appartamento (<i>co-housing</i>), progetti di educativa territoriale, <i>drop-in</i> , unità di strada, centri crisi, centri di formazione e riqualificazione professionale ecc.
	Istituire tavoli di coordinamento intersettoriali regionali per il contatto tra Servizi e realtà produttive
	Punti Unici di Accesso ed Equipe multiprofessionali per la gestione dell'integrazione socio-sanitaria
	Rifinanziare il Fondo Nazionale Droga attraverso adeguate quote del Fondo Sanitario e anche attraverso le attività di contrasto al narcotraffico
Progetti e interventi	Maggiore coinvolgimento attivo della persona nella definizione dei percorsi individualizzati di formazione/lavoro
	Potenziare il finanziamento dei percorsi di formazione



Modalità di reinserimento socioriabilitativo e occupazionale come parte del continuum terapeutico

Le statistiche



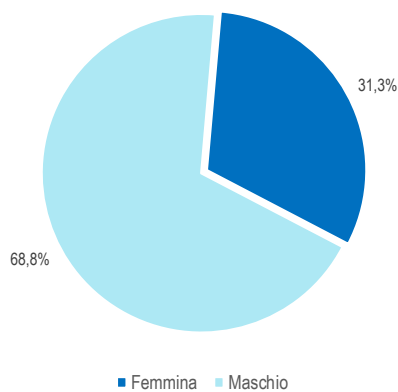
Modalità di reinserimento socioriabilitativo e occupazionale come parte del continuum terapeutico

8.1 Gli Esperti

Ai lavori del Tavolo Tecnico hanno partecipato in totale (compresi gli assenti al *webinar*) 16 Esperti, per il 69% di genere maschile.

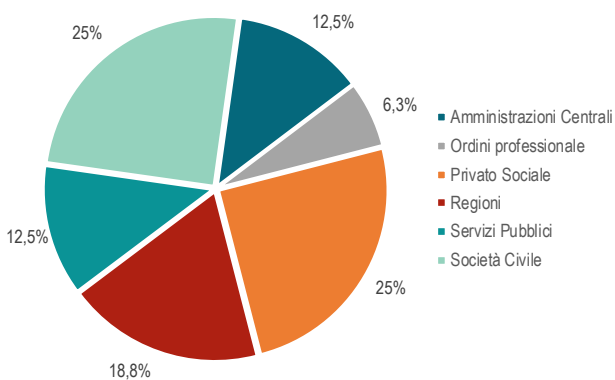
Privato Sociale e Società Civile, entrambe al 25%, sono le categorie maggiormente rappresentate seguite da Regioni (19%), da Amministrazioni Centrali e Servizi Pubblici, rappresentate in egual misura (12,5%) e dagli Ordini Professionali (6,3%).

Figura 8.1.1 – Percentuale degli Esperti per genere



Fonte: elaborazioni CNR-IFC

Figura 8.1.2 – Percentuale degli Esperti per ente di appartenenza

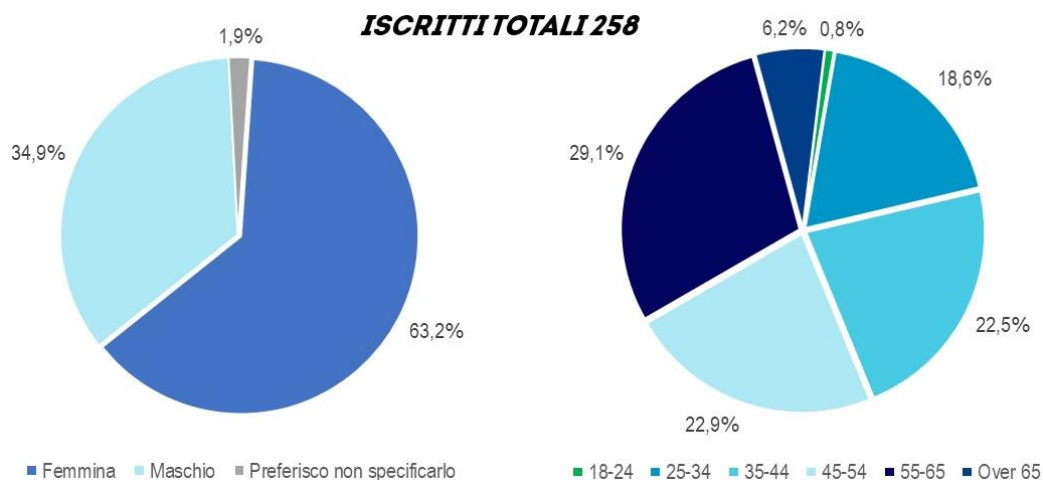


Fonte: elaborazioni CNR-IFC

8.2 Il pubblico iscritto

Dei 258 partecipanti iscritti ai lavori del Tavolo il 63% è di genere femminile, il 35% di genere maschile e il restante 2% preferisce non indicare il proprio genere. La fascia di età maggiormente rappresentata è quella dai 55 ai 65 anni (29%), seguita da quelle dei 35-44enni (23%), dei 45-54enni (22,5%) e dei 25-34enni (19%). Meno rappresentata nel campione degli iscritti la fascia degli over 65 anni (6%) e sotto all'1% quella dei più giovani (18-24 anni)

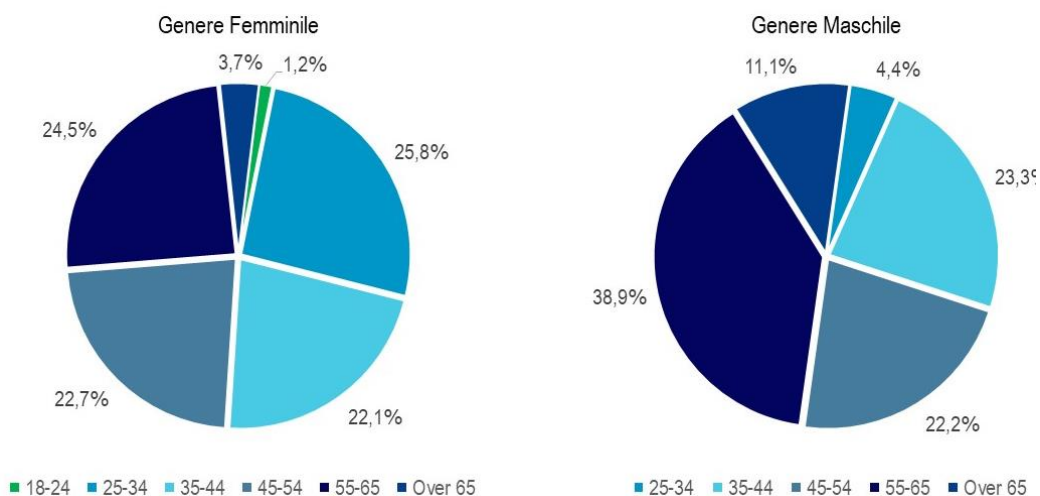
Figura 8.2.1 – Percentuale degli iscritti al Tavolo per genere e fasce di età



Fonte: elaborazioni CNR-IFC

La distribuzione per genere e fasce di età mostra che tra le iscritte il 26% ha un'età tra i 25 e i 34 anni, il 24,5% tra i 55 e i 65 anni, il 23% tra i 45 e i 54 anni e il 22% tra i 35 e i 44 anni. Tra gli spettatori di genere maschile il 39% è nella fascia di età 55-65 anni, il 23% e il 22% hanno, rispettivamente, tra i 35 e i 44 anni, e tra i 45 e i 54 anni, l'11% è over 65 e il 4,4% è tra i 25 e i 34 anni. La fascia 18-24 è rappresentata solo tra gli iscritti di genere femminile.

Figura 8.2.2 – Distribuzione degli iscritti di genere femminile e maschile per fasce di età

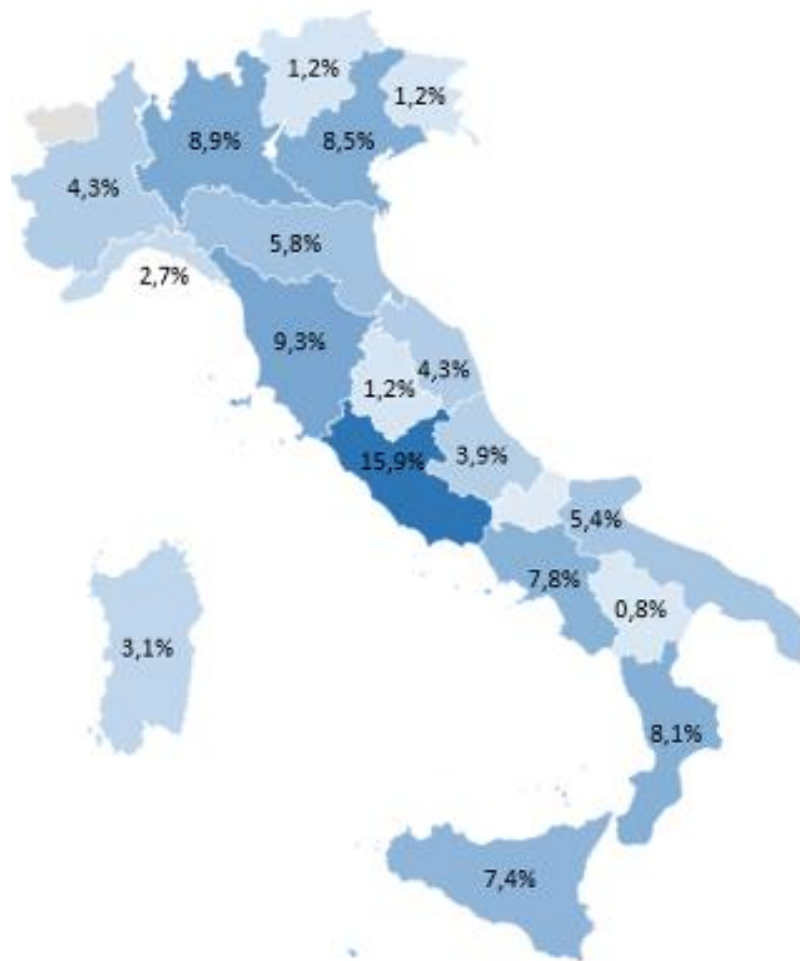


Fonte: elaborazioni CNR-IFC

Modalità di reinserimento socioriabilitativo e occupazionale come parte del continuum terapeutico

In termini di distribuzione regionale, il campione degli iscritti al Tavolo mostra un'ampia partecipazione dalle regioni Lazio (16%), Toscana (9,3%) Lombardia (8,9%) e Toscana (10%), seguite da Veneto (8,5%), Calabria (8%) Campania (7,8%) e Sicilia (7,4%).

Figura 8.2.3 – Distribuzione percentuale degli iscritti per regione di provenienza

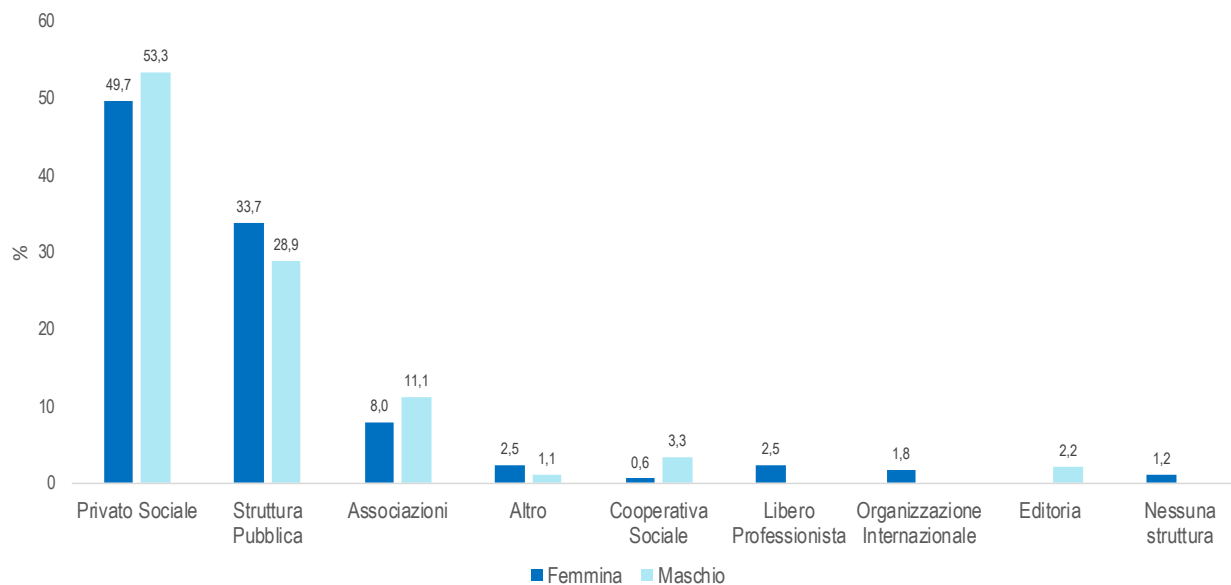


Fonte: elaborazioni CNR-IFC

L'analisi delle informazioni raccolte al momento dell'iscrizione, consente di rappresentare la distribuzione percentuale delle affiliazioni degli iscritti al Tavolo Tecnico, come mostrato in Figura 8.2.4. I dati mostrano un'ampia partecipazione da parte di iscritti provenienti dal Privato sociale (52 %) nonché da Strutture Pubbliche (31%). Seguono associazioni col 9%.

Modalità di reinserimento socioriabilitativo e occupazionale come parte del continuum terapeutico

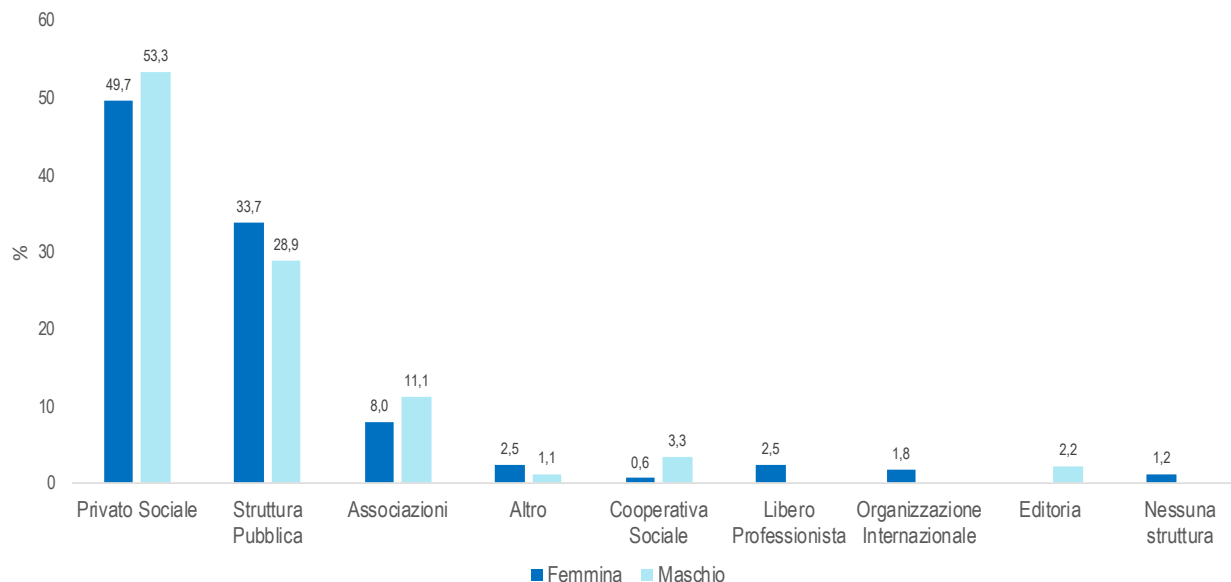
Figura 8.2.4 – Distribuzione percentuale degli iscritti per strutture di appartenenza



Fonte: elaborazioni CNR-IFC

La stessa distribuzione osservata per genere mostra una partecipazione femminile più alta tra le strutture pubbliche.

Figura 8.2.5 – Distribuzione percentuale degli iscritti per strutture di appartenenza e per genere

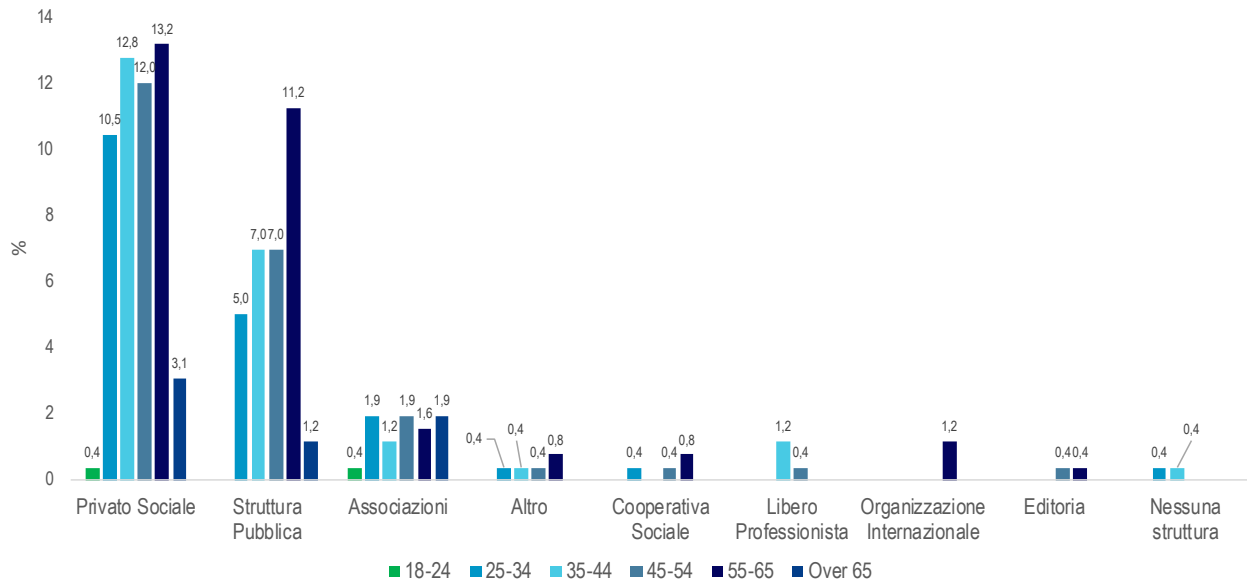


Fonte: elaborazioni CNR-IFC

Modalità di reinserimento socioriabilitativo e occupazionale come parte del continuum terapeutico

Tra gli iscritti appartenenti alle Strutture Pubbliche e nel Privato Sociale la fascia di età maggiormente rappresentata è quella 55-65 anni.

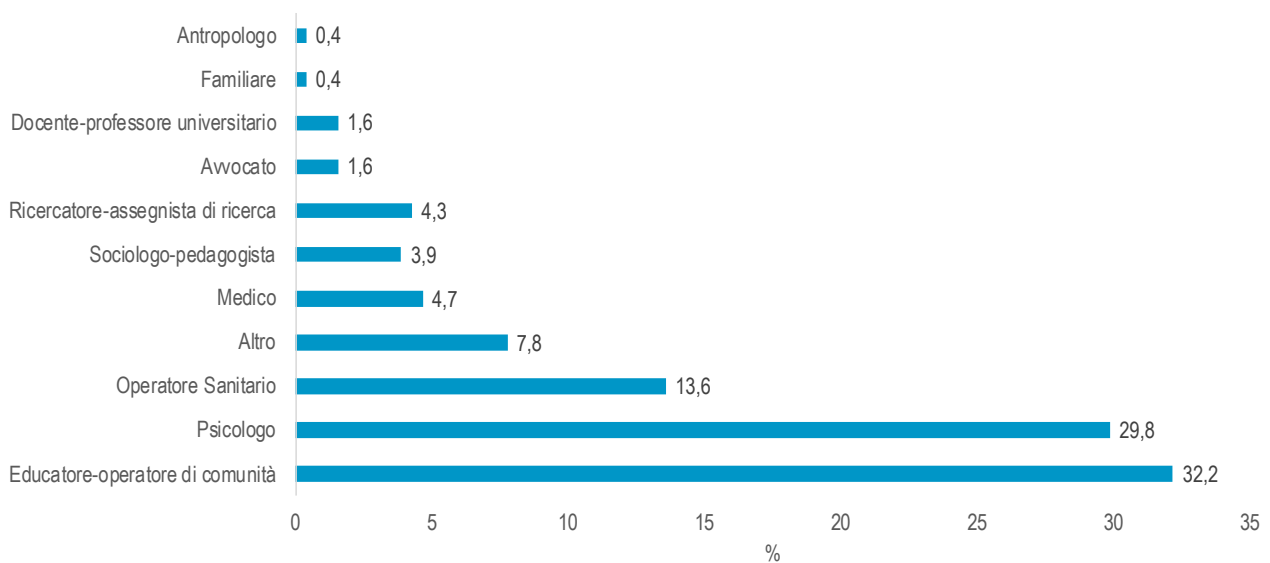
Figura 8.2.6 - Distribuzione percentuale degli iscritti per strutture di appartenenza e per fasce d'età



Fonte: elaborazioni CNR-IFC

Infine, la Figura 8.2.7 mostra la percentuale di professioni riferite dagli iscritti al momento della registrazione al Tavolo Tecnico. I dati evidenziano un'ampia partecipazione di educatori-operatori di comunità e di psicologi, seguiti dagli operatori sanitari.

Figura 8.2.7 - Distribuzione percentuale degli iscritti per strutture di appartenenza



Fonte: elaborazioni CNR-IFC



Modalità di reinserimento socioriabilitativo e occupazionale come parte del continuum terapeutico

Appendice



Modalità di reinserimento socioriabilitativo e occupazionale come parte del continuum terapeutico

Modalità di reinserimento socioriabilitativo e occupazionale come parte del continuum terapeutico

9.1 Dr. Augusto Consoli - La complessa interrelazione tra componenti soggettive e strumenti e risorse di inclusione socio-lavorativa

VI CONFERENZA NAZIONALE
SULLE DIPENDENZE

Oltre le fragilità

Presidenza del Consiglio dei Ministri
Dipartimento per le Politiche Antidroga

Tavolo tecnico 5

**Modalità di reinserimento socioriabilitativo e occupazionale
come parte del continuum terapeutico**

25 - 26 ottobre
Online

Augusto Consoli, Società Italiana Tossicodipendenze

Gruppo Nazionale delle Ricerche
IFC - Istituto di Fisiologia Clinica

VI CONFERENZA
NAZIONALE
SULLE DIPENDENZE

Oltre le fragilità

La complessa interrelazione tra componenti soggettive e strumenti e risorse di inclusione socio-lavorativa

- Lo svolgimento di un'attività lavorativa e l'appartenenza al mondo del lavoro può contribuire in modo importante alla realizzazione di percorsi terapeutici e riabilitativi e di reinserimento e inclusione sociale, ma anche a non perdere i livelli attuali di integrazione nel contesto sociale che la persona può già possedere.
- Va considerato il fatto che i livelli di integrazione vanno mantenuti costantemente al massimo livello possibile nelle diverse condizioni sia nel consumatore attivo di sostanze che nei soggetti in fase di trattamento e di riabilitazione
- Inoltre il supporto sociale, articolato e reso disponibile nelle diverse condizioni, non deve avere un valore premiale ma essere piuttosto un servizio necessario per il rispetto della dignità della persona relativamente ai suoi diritti e bisogni essenziali, come il nutrirsi, l'abitare e l'accesso alle relazioni sociali

La complessa interrelazione tra componenti soggettive e strumenti e risorse di inclusione socio-lavorativa

E' necessario e utile individuare alcune situazioni tra loro differenti:

- vi è una parte della popolazione, sia in trattamento sia non afferente ai servizi, che ha già un impegno lavorativo e riesce a mantenerlo malgrado la condizione di uso di sostanze o la dipendenza
- un'altra parte della popolazione in trattamento ha un lavoro ma, a causa del disturbo e delle relative cure, ha necessità di sospenderlo temporaneamente e quindi occorre operare delle tutele per non perdere il proprio lavoro

La complessa interrelazione tra componenti soggettive e strumenti e risorse di inclusione socio-lavorativa

- per un altro sottogruppo di popolazione con disturbo da consumo di sostanze può essere utile, nella fase ritenuta più appropriata, un inserimento in attività lavorativa nelle diverse forme esistenti, a vario livello di produttività, ma con prevalente funzione formativa e riabilitativa
- in altre situazioni, in presenza di condizioni soggettive di marcata disabilità, sono necessarie forme di attività meno impegnative che abbiano una prevalente finalità di inclusione sociale e di supporto al mantenimento, per la persona, di un atteggiamento motivazionale costruttivo e di attenzione e responsabilità rivolta verso sé e verso il contesto sociale

Modalità di reinserimento socioriabilitativo e occupazionale come parte del continuum terapeutico



La complessa interrelazione tra componenti soggettive e strumenti e risorse di inclusione socio-lavorativa

L'efficacia riabilitativa di questi abbinamenti, quando necessari e utili, dipende quindi molto:

- dalla corretta valutazione della situazione personale e dalla fase di svolgimento del progetto
- dalla buona disponibilità e accessibilità ad una ampia gamma di risposte e risorse presenti a livello locale
- dalla professionalità specialistica che può consentire di collegare le opportune risorse lavorative con le condizioni cliniche soggettive dell'individuo, nel corretto *timing* e nella adeguata intensità ed impegno dell'esperienza lavorativa

VI Conferenza Nazionale sulle dipendenze - Tavolo tecnico 5

5



La complessa interrelazione tra componenti soggettive e strumenti e risorse di inclusione socio-lavorativa

- Rispetto alla protezione del lavoro esistente non ci sono al momento norme di protezione per persone con lavoro autonomo in caso di problematiche di dipendenza
- Le norme previste invece da tempo per i lavoratori con contratto di dipendente presenti nel TU 309/90 all'articolo 124, sono state di fatto scarsamente applicate per scarsa sensibilità in questo ambito e per mancanza di dispositivi operativi adeguati, in particolare per la difficoltà nell'adempimento delle norme di protezione della privacy e dell'anonimato oltre che per la mancanza di norme di raccordo interistituzionali

VI Conferenza Nazionale sulle dipendenze - Tavolo tecnico 5

6

Modalità di reinserimento socioriabilitativo e occupazionale come parte del continuum terapeutico

La complessa interrelazione tra componenti soggettive e strumenti e risorse di inclusione socio-lavorativa

- Interessante è stata la norma, prevista dagli articoli 1 e 4 della legge 381/91 sulle cooperative sociali, che consentiva delle facilitazioni per l'inserimento lavorativo di persone con dipendenza nelle cooperative stesse
- La norma è stata applicata per diversi anni, ma si è gradualmente estinto il ricorso a tale opportunità soprattutto per la riduzione delle opportunità sul mercato del lavoro
- Inoltre tale norma è di fatto generica perché si riferisce in modo indifferenziato a problematiche di tossicodipendenza senza precisare nulla sulle forme ammissibili e sui criteri diagnostici da impiegare, creando notevoli difformità o incertezze applicative

La complessa interrelazione tra componenti soggettive e strumenti e risorse di inclusione socio-lavorativa

Possibili proposte

- Necessità di sviluppare sia una concettualizzazione sia degli strumenti tecnici per definire delle dimensioni standardizzabili e individuare il profilo tipologico delle diverse opportunità e condizioni delle possibili esperienze lavorative
- Supportare, anche con strumenti di formazione specialistica, l'individuazione sul piano clinico, nei singoli casi, dei bisogni della persona, il corretto *timing* e l'appropriata forma dell'esperienza lavorativa scelta per favorire l'avvicinamento e creare la sinergia tra attività lavorativa e percorso riabilitativo

Modalità di reinserimento socioriabilitativo e occupazionale come parte del continuum terapeutico

La complessa interrelazione tra componenti soggettive e strumenti e risorse di inclusione socio-lavorativa

Possibili proposte

- Possibilità di individuare forme di contratto più flessibili che, nel pieno e più ampio rispetto della sicurezza e del rispetto della dignità della persona, consentano maggiore flessibilità per l'accesso a diverse forme di attività di lavoro e formazione-lavoro, o norme e politiche di facilitazione e sgravi fiscali per le aziende e cooperative che rendano possibili tali esperienze e opportunità di lavoro.
- Sviluppo delle norme di raccordo e applicazione dei dispositivi previsti dal TU 309/90 (art. 124) che prevede la conservazione del posto e una aspettativa fino a tre anni per lo svolgimento di trattamenti curativi e riabilitativi in caso di dipendenza

La complessa interrelazione tra componenti soggettive e strumenti e risorse di inclusione socio-lavorativa

Possibili proposte

- Tenere conto che le strategie di inclusione, soprattutto nelle situazioni più problematiche e marginalizzate, necessitano di politiche più complessive legate all'abitare e alle relazioni, sociali oltre che alle opportunità lavorative
- Tendere sempre ad una attivazione soggettiva e a sostenere il massimo protagonismo e autonomia possibile della persona interessata nei percorsi di inclusione e di ricerca lavoro, ponendo grande attenzione ai rischi di passivizzazione dell'individuo e di riduzione del necessario atteggiamento di responsabilità nei confronti di sé stessi e del contesto sociale

Modalità di reinserimento socioriabilitativo e occupazionale come parte del continuum terapeutico

9.2 Dott.ssa Ivana Boccolini - L'integrazione sociale nei percorsi riabilitativi

VI CONFERENZA NAZIONALE
SULLE DIPENDENZE

Oltre le fragilità

Presidenza del Consiglio dei Ministri
Dipartimento per le Politiche Antidroga

Tavolo tecnico 5

**Modalità di reinserimento socioriabilitativo e occupazionale
come parte del continuum terapeutico**

25 - 26 ottobre
Online

Nome Cognome relatore



L'INTEGRAZIONE SOCIALE NEI PERCORSI RIABILITATIVI

Alcune indicazioni basate sulle esperienze Regionali

Il DPR 309/1990, prevede la definizione di un programma terapeutico e socio-riabilitativo (Art. 122) per le persone in carico

Ma dopo 31 anni, a che punto siamo sul socio-riabilitativo?

Modalità di reinserimento socioriabilitativo e occupazionale come parte del continuum terapeutico



L'INTEGRAZIONE SOCIALE NEI PERCORSI RIABILITATIVI

Alcune indicazioni basate sulle esperienze Regionali

NORMATIVA DI RIFERIMENTO

- Accordo 25.05.2017 tra il Governo, le Regioni e P.A. sulle «*Linee guida in materia di tirocini formativi e di orientamento*»
- Accordo 22/01/2015 tra Governo e Regioni sulle: «*Linee guida per i tirocini di orientamento, formazione e inserimento/reinserimento finalizzati all'inclusione sociale, all'autonomia delle persone e alla riabilitazione*»

VI Conferenza Nazionale sulle dipendenze - Tavolo tecnico 5

3



L'INTEGRAZIONE SOCIALE NEI PERCORSI RIABILITATIVI

Alcune indicazioni basate sulle esperienze Regionali

SCENARIO

- Il lavoro è integrazione sociale. E' terapeutico. Il lavoro è terreno di prova e follow-up del processo terapeutico, facilitatore dell'autonomia, non solo valore in sé ma strumento di socializzazione ed autorealizzazione, e quindi espressione di un ruolo. Lavoro come produttore di "nuovo".
- Variabilità regionale vs territorialità: un'offerta che risponda a requisiti minimi comuni dovrebbe essere garantita a tutti gli utenti dei servizi, pur nella ricchezza che le sinergie di ciascun territorio possono offrire.
- Necessità di risorse: FSE, o altri Fondi Regionali.

VI Conferenza Nazionale sulle dipendenze - Tavolo tecnico 5

4

Modalità di reinserimento socioriabilitativo e occupazionale come parte del continuum terapeutico



L'INTEGRAZIONE SOCIALE NEI PERCORSI RIABILITATIVI

Alcune indicazioni basate sulle esperienze Regionali

PRINCIPALE STRUMENTO

Tirocinio Inclusion Sociale (TIS):

Il TIS non costituisce rapporto di lavoro, ma è un percorso di orientamento, formazione e reinserimento finalizzato all'inclusione sociale, all'autonomia e alla riabilitazione delle persone in carico ai servizi socio-sanitari competenti



L'INTEGRAZIONE SOCIALE NEI PERCORSI RIABILITATIVI

Alcune indicazioni basate sulle esperienze Regionali

IL TIS

Il Tirocinio si realizza sulla base di un Progetto di TIS concordato tra:

- il soggetto che ha in carico il tirocinante (Ser.D, o Struttura residenziale)
- il soggetto promotore (enti pubblici, privato sociale, terzo settore)
- il soggetto ospitante (pubblico o privato)
- il tirocinante

Il progetto definisce gli obiettivi da conseguire nonché le modalità di attuazione.

Il soggetto promotore non può coincidere con il soggetto ospitante.

Il tirocinante riceve l'indennità prevista dal Progetto (min. € 180,00 – mediamente € 400,00).

Modalità di reinserimento socioriabilitativo e occupazionale come parte del continuum terapeutico

L'INTEGRAZIONE SOCIALE NEI PERCORSI RIABILITATIVI

Alcune indicazioni basate sulle esperienze Regionali

AREE D'INTERVENTO (SOSTENIBILI!)

- Manutenzione e valorizzazione degli spazi culturali (siti archeologici, chiese, musei)
- Tutela e valorizzazione del paesaggio
- Tutela dell'ambiente
- Manutenzione del patrimonio agricolo-forestale-lacustre-fluviale
- Prevenzione del dissesto idrogeologico (manutenzione dei fossi agricoli e delle dighe)
- Artigianato

L'INTEGRAZIONE SOCIALE NEI PERCORSI RIABILITATIVI

Alcune indicazioni basate sulle esperienze Regionali

ESITI RIABILITATIVI

- Il tirocinante si sente responsabilizzato per le attività che gli vengono affidate e per la fiducia che gli viene data
- Acquisisce maggiore fiducia in se stesso
- Rapporto con la natura, vita all'aperto, attività fisica
- Socializzazione con la comunità (accettazione, riduzione del pregiudizio)
- Maggiore autonomia
- Acquisizione di competenze lavorative di base

Modalità di reinserimento socioriabilitativo e occupazionale come parte del continuum terapeutico



L'INTEGRAZIONE SOCIALE NEI Percorsi RIABILITATIVI

Alcune indicazioni basate sulle esperienze Regionali

IMPATTO SOCIOECONOMICO

- Maggiore fruibilità degli spazi culturali sia per i cittadini che per gli addetti ai lavori (es. sito archeologico fruibile come teatro all'aperto, solitamente chiuso per mancanza di manutenzione/personale addetto)
- Impulso al turismo
- Maggiore sicurezza del territorio

VI Conferenza Nazionale sulle dipendenze - Tavolo tecnico 5

9



L'INTEGRAZIONE SOCIALE NEI Percorsi RIABILITATIVI

Alcune indicazioni basate sulle esperienze Regionali

IMPATTO SOCIOECONOMICO

- Maggiore fruibilità degli spazi culturali sia per i cittadini che per gli addetti ai lavori (es. sito archeologico fruibile come teatro all'aperto, solitamente chiuso per mancanza di manutenzione/personale addetto)
- Impulso al turismo
- Maggiore sicurezza del territorio

VI Conferenza Nazionale sulle dipendenze - Tavolo tecnico 5

10

Modalità di reinserimento socioriabilitativo e occupazionale come parte del continuum terapeutico

L'INTEGRAZIONE SOCIALE NEI PERCORSI RIABILITATIVI

Alcune indicazioni basate sulle esperienze Regionali

COSA CI HANNO INSEGNATO LE ESPERIENZE: CONDIZIONI MINIME DI EFFICACIA

- Una struttura organizzativa dedicata all'interno dei servizi, con fondi sufficienti certi e costanti, con operatori specializzati e formati, che si occupi in modo stabile dell'inclusione socio-lavorativa
- Definizione di standard minimi nazionali sui programmi d'inclusione socio-lavorativa
- Trasformare le "buone prassi" territoriali in processi di sistema
- La co-progettazione come modello di integrazione pubblico/privato e socio-sanitario
- Coordinamento intersettoriale, di livello regionale, che faciliti la collaborazione tra i servizi socio-sanitari e il mondo produttivo

Modalità di reinserimento socioriabilitativo e occupazionale come parte del continuum terapeutico

9.3 Dott.ssa Claudia Fiaschi - Inserimento lavorativo: alcune proposte

VI CONFERENZA NAZIONALE
SULLE DIPENDENZE

Oltre le fragilità

Presidenza del Consiglio dei Ministri
Dipartimento per le Politiche Antidroga

Tavolo tecnico 5

**Modalità di reinserimento socioriabilitativo e occupazionale
come parte del continuum terapeutico**

25 - 26 ottobre
Online

CLAUDIA FIASCHI

Consiglio Nazionale delle Ricerche

VI CONFERENZA
NAZIONALE
SULLE DIPENDENZE

Oltre le fragilità

INSERIMENTO LAVORATIVO: ALCUNE PROPOSTE

LA COMPLESSITA' DEL FENOMENO

GRANDI DIVERSITA'

- Età
- Istruzione
- Competenze
- -etc..

VARIABILITA' NEL TEMPO



NECESSITA' di

- molteplicità di strumenti
- flessibilità nel loro utilizzo.

Modalità di reinserimento socioriabilitativo e occupazionale come parte del continuum terapeutico

INSERIMENTO LAVORATIVO: ALCUNE PROPOSTE

UNA PRECONDIZIONE

ESIGENZA BASILARE

- maggior uniformità di accesso ai servizi;
- rispetto di eseguibilità dei diritti alla cura e al reinserimento sociale e lavorativo



LIVELLI ESSENZIALI DELLE PRESTAZIONI (art 117 Cost.)

- loro miglior definizione
- sia per la parte sanitaria/assistenziale
 - che sociale e lavorativa

INSERIMENTO LAVORATIVO: ALCUNE PROPOSTE

IMPRESE E COOPERATIVE SOCIALI: PREZIOSE RISORSE

IMPRESE E COOPERATIVE SOCIALI

ALCUNI DATI (*fonte ISTAT, rapporto 2019 del 15/10/2021)

- Numero cooperative sociali 13.489*
- Numero dipendenti 456.928*
- Le coop sociali B
 - sono circa 1/3 del totale,
 - con circa 100.000 dipendenti, di cui circa 30.000 sono persone in inserimento lavorativo
- Le imprese sociali sono circa 1.500

Modalità di reinserimento socioriabilitativo e occupazionale come parte del continuum terapeutico



INSERIMENTO LAVORATIVO: ALCUNE PROPOSTE

UNA MOLTEPLICITÀ DI STRUMENTI

MOLTEPLICITÀ DI STRUMENTI

- acquisizione o riacquisizione di abilità sociali e relazionali, competenze e professionalità;
- azioni per il mantenimento dell'occupazione;
- formazione d'aula,
- formazione on the job,
- terapia occupazionale,
- inserimento lavorativo,
- incontro domanda/offerta di lavoro nelle imprese profit

VI Conferenza Nazionale sulle dipendenze - Tavolo tecnico 5

5



INSERIMENTO LAVORATIVO: ALCUNE PROPOSTE

COOPERATIVE SOCIALI E PERSONE IN INSERIMENTO LAVORATIVO

COOPERATIVE SOCIALI – L 381/91 art 4 comma 1 INSERIMENTO LAVORATIVO IN QUALSIASI ATTIVITÀ DI:

- invalidi fisici, psichici e sensoriali,
- ex degenti di ospedali psichiatrici, anche giudiziari, i soggetti in trattamento psichiatrico,
- tossicodipendenti,
- alcolisti,
- minori in età lavorativa in situazioni di difficoltà familiare,
- le persone detenute o internate negli istituti penitenziari, i condannati e gli internati ammessi alle misure alternative alla detenzione e al lavoro all'esterno

VI Conferenza Nazionale sulle dipendenze - Tavolo tecnico 5

6

Modalità di reinserimento socioriabilitativo e occupazionale come parte del continuum terapeutico



INSERIMENTO LAVORATIVO: ALCUNE PROPOSTE

IMPRESE SOCIALI E PERSONE IN INSERIMENTO LAVORATIVO

IMPRESE SOCIALI - D Lgs 112/17 art 1 comma 4

INSERIMENTO LAVORATIVO IN QUALSIASI ATTIVITA' DI:

a) lavoratori molto svantaggiati (art 2, numero 99), del regolamento (UE) n. 651/2014), cioè:

- 1) lavoratore privo da almeno 24 mesi di impiego regolarmente retribuito;
- 2) lavoratore privo da almeno 12 mesi di impiego regolarmente retribuito che appartiene a una delle seguenti categorie:
 - avere un'età compresa tra i 15 e i 24 anni;
 - non possedere un diploma di scuola media superiore o professionale o aver completato la formazione a tempo pieno da non più di due anni e non avere ancora ottenuto il primo impiego regolarmente retribuito;
 - aver superato i 50 anni di età;
 - essere un adulto che vive solo con una o più persone a carico;
 - essere occupato in professioni o settori caratterizzati da un tasso di disparità uomo-donna che supera almeno del 25 % la disparità media uomo-donna in tutti i settori economici se il lavoratore interessato appartiene al genere sottorappresentato;
 - appartenere a una minoranza etnica e avere la necessità di migliorare la propria formazione linguistica professionale o lavorativa

b) persone svantaggiate o con disabilità; persone beneficiarie di protezione internazionale; persone senza fissa dimora

VI Conferenza Nazionale sulle dipendenze - Tavolo tecnico 5



INSERIMENTO LAVORATIVO: ALCUNE PROPOSTE

IL RUOLO DELLA COOPERAZIONE SOCIALE NELLE POLITICHE ATTIVE DEL LAVORO

Ruoli delle cooperative sociali nelle politiche attive del lavoro e nei vari strumenti d'inserimento lavorativo

- Esecuzione di convenzioni e appalti per l'inserimento lavorativo
 - Convenzione ex art 5 L 381/91
 - Appalti riservati alla coop sociali di tipo B
 - Appalti con clausole sociali
- Formazione on the job
- Coprotagonista nella amministrazione condivisa
 - Coprogrammazione, coprogettazione e accreditamento art 55 D. Lgs 117/17
- Individuazione, Validazione e Certificazione delle competenze
- incontro domanda/offerta di lavoro

VI Conferenza Nazionale sulle dipendenze - Tavolo tecnico 5

8

Modalità di reinserimento socioriabilitativo e occupazionale come parte del continuum terapeutico

9.4 Dr. Roberto Gatto - No a 21 Servizi Sanitari differenziati

VI CONFERENZA NAZIONALE
SULLE DIPENDENZE

Oltre le fragilità

Presidenza del Consiglio dei Ministri
Dipartimento per le Politiche Antidroga

Tavolo tecnico 5

**Modalità di reinserimento socioriabilitativo e occupazionale
come parte del continuum terapeutico**

25 - 26 ottobre
Online

Roberto Gatto

Consiglio Nazionale delle Ricerche
IFC - Istituto di Fisiologia Clinica

VI CONFERENZA NAZIONALE
SULLE DIPENDENZE

Oltre le fragilità

No a 21 Servizi Sanitari Differenziati)

La legge Costituzionale del 18 ottobre 2001 n° 3

- Rafforzato il Ruolo delle Regioni con Autonomia Organizzativa
- Nell' Erogazione delle prestazioni
- Attuazione dei LEA
- ma riguarda ai LEA



Modalità di reinserimento socioriabilitativo e occupazionale come parte del continuum terapeutico



Esiste un'Italia "eccellente" soprattutto al nord ed al centro, ed un'altra Italia, soprattutto al sud, che per il 40% risulta inadempienti sulla realizzazione dei LEA.

"che il principio di uguaglianza di trattamento dei soggetti affetti da dipendenza patologica in Italia non è garantito".

Il punto di vista Calabrese

Esistono solo due tipologie di Servizi

Non esistono interventi strutturati e finanziamenti su prevenzione, reinserimento e RDD

Non esistono Servizi Accreditati su GAP e altre dipendenze senza Sostanze

Ed inoltre il sistema è Inefficiente

nel 2019 53.866 cittadini sono stati ricoverati fuori Regione con una spesa Complessiva di 222 milioni di Euro).

VI Conferenza Nazionale sulle dipendenze - Tavolo tecnico 5

3



Esistono 21 sistemi diversi per Organizzazione, risorse disponibili, e tipologie di servizi non in funzione delle diverse e legittime esigenze territoriali ma semplicemente in funzione delle **Risorse Disponibili**.

In Lombardia il Sistema dei Servizi Prevede 14 tipologie di Servizi. In Calabria ne esistono solo 2 (anche se sulla carta 5 ma autorizzate ad operare solo 2) con differenze all'interno della stessa Regione. Nella provincia di CS le ASL acquistano il 90% dei posti accreditati nella provincia di CZ meno del 50% con serie difficoltà di sopravvivenza. Situazione favorita da 12 anni di commissariamento della Sanità.

Sono penalizzati i servizi specialistici (non esistono i servizi per doppia Diagnosi ne servizi per il Gap) ed i servizi di inserimento socio Lavorativo. Ne esistono progettualità che permettono la sperimentazione. Solo per il GAP si sta usando (in ritardo rispetto alle altre Regioni) il fondo Nazionale dei 50 Milioni annui.

VI Conferenza Nazionale sulle dipendenze - Tavolo tecnico 5

4

Modalità di reinserimento socioriabilitativo e occupazionale come parte del continuum terapeutico



Io conosco in modo approfondito la situazione Calabrese ma all'interno di Intercear la situazione di carenze e di inadeguatezza del Sistema è generalizzato per tutta Italia.

Le cause sono diverse in Funzione dei diversi territori ma in generale:

Continui Tagli di Servizi e progetti considerati Costi e non Investimenti.

La proposta è di ripristinare Il **Fondo Nazionale Lotta alla Droga** e di utilizzare il **PNRR** per colmare queste disparità con l'**obbligo di rispondere ai LEA**.

Quindi con servizi in tutta Italia di:

Prevenzione

Cura

Inserimento sociale, lavorativo ed abitativo

Servizi di RDD

VI Conferenza Nazionale sulle dipendenze - Tavolo tecnico 5

5



Un'altra criticità è rappresentata dal sistema dell'accreditamento. Regolamenti rigidi che sono stati un passaggio necessario perché hanno permesso una certa omogeneizzazione e comparazione attraverso gli atti di Intesa Stato Regione che negli anni si sono succeduti.

Ma al momento non sono in grado di rispondere alle Nuove esigenze e nuove tipologie di intervento. Con categorie di servizi che rispondono ancora a Logiche legati all'uso di Eroina e cocaina mentre i nuovi sistemi di uso ed abuso sono diventati numerosi con necessità di risorse, tempi, metodologie e competenze diversificate.

La sempre maggiore necessità di personalizzazione dell'intervento necessità di strumenti meno rigidi e più flessibili che il sistema a retta onnicomprensivo non permette.

VI Conferenza Nazionale sulle dipendenze - Tavolo tecnico 5

6

Modalità di reinserimento socioriabilitativo e occupazionale come parte del continuum terapeutico

L'attuale sistema di accreditamento permette di rispondere ai bisogni di Cura e Riabilitazione PESANTI COME, COMUNITA' Residenziali e semiresidenziali, ma non permette di rispondere ne ai bisogni di prevenzione, (I progetti di prevenzione con il Taglio del Fondo Nazionale Lotta alla Droga sono stato praticamente azzerati o sono diventati un intervento residuale) nei ai bisogni del Reinserimento socio lavorativo. Che quindi da conclusione di un progetto terapeutico diventa scommessa senza risorse con i servizi che debbono essere molto creativi per cercare di dare le necessarie risposte.

Quest'ultimo aspetto è reso ancora più complicato dalle varie crisi economiche (per ultimo la Pandemia) che hanno messo sempre di più ai margini i soggetti deboli. Le varie crisi economiche hanno messo in difficoltà le cooperative sociali, ed inoltre il Codice degli appalti ha praticamente azzerato gli affidi diretti alle stesse complicando sempre di più gli accompagnamenti al lavoro di tutti i soggetti svantaggiati compresi le persone dipendenti da sostanze e senza.

Difficoltà resa ancora più complicata dalla mancata integrazione del mondo Sociale e Mondo Sanitario Sempre in Calabria i primi Piano di zona si stanno organizzando adesso (la Legge 328 è del 2000).

Il Budget di Salute come possibile risposta?

Dove è stato sperimentato permette:

L'integrazione del Sociale e del Sanitario;

Maggiore protagonismo delle persone perché viene riconosciuta la loro specificità;

Permette di Raggiungere persone che non si rivolgono ai servizi perché ritengono le risposte «classiche» non adeguate alle loro esigenze;

Permette un intervento pragmatico e meno ideologico (risolve problemi concreti come la casa ed il Lavoro)

Realizza il Welfare di Comunità con il passaggio dalla cura alla promozione del Benessere.

Modalità di reinserimento socioriabilitativo e occupazionale come parte del continuum terapeutico

Concludo lanciando un allarme

La nota di Accompagnamento al DEF (Documento di economia e Finanza) recentemente approvata dal governo ripropone il disegno di Legge sulla "Autonomia Differenziata Regionale" così come proposta da Veneto, Lombardia ed Emilia Romagna. Andare in questa direzione vuol dire accentuare ancora di più quanto descritto in questo mio intervento. Aumenterebbe ancora di più il divario tra Regioni Ricche e Regioni Povere secondo il principio di un Egoismo Territoriale mettendo in discussione l'Esigibilità dei Diritti fondamentali per tutti i cittadini della Repubblica.

Modalità di reinserimento socioriabilitativo e occupazionale come parte del continuum terapeutico

9.5 Dott. Vincenzo Lamartora - Modalità di reinserimento socio-sanitario e occupazionale. Criticità attuali e proposte di miglioramento

VI CONFERENZA NAZIONALE
SULLE DIPENDENZE

Oltre le fragilità

Presidenza del Consiglio dei Ministri
Dipartimento per le Politiche Antidroga

Tavolo tecnico 5

**Modalità di reinserimento socioriabilitativo e occupazionale
come parte del continuum terapeutico**

25 - 26 ottobre
Online

Vincenzo Lamartora

Consiglio Nazionale delle Ricerche
IFC - Istituto di Fisiologia Clinica

VI CONFERENZA
NAZIONALE
SULLE DIPENDENZE

Oltre le fragilità

Vincenzo Lamartora

MODALITÀ DI REINSERIMENTO SOCIO-SANITARIO E OCCUPAZIONALE. CRITICITÀ ATTUALI E PROPOSTE DI MIGLIORAMENTO.

Le attuali modalità di reinserimento socio sanitario e occupazionale degli utenti afferenti ai SerD presentano numerose criticità, sia nazionali che regionali. Queste difficoltà sono dovute a un insieme di fattori, tra cui primeggiano la difformità di legislazioni e interessi tra le varie Regioni italiane e tra le varie AA.SS.LL di una stessa Regione, e la mancanza di budget annuali che dovrebbero – secondo le normative vigenti – essere assegnati ai Dipartimenti delle Dipendenze Patologiche.

Tali budget, che i Direttori Generali delle ASL non assegnano affatto, permetterebbero invece ai Dipartimenti di istituire una rete con le Cooperative accreditate del Privato Sociale con la quale costruire i Servizi e i progetti di reinserimento sociale e occupazionale degli utenti.

Qui di seguito, pertanto, ho diviso la mia breve presentazione in due gruppi di slides, evidenziando innanzitutto le CRITICITÀ del sistema, e poi proponendo alcune SOLUZIONI alle stesse.

Modalità di reinserimento socioriabilitativo e occupazionale come parte del continuum terapeutico



Vincenzo Lamartora

MODALITÀ DI REINSERIMENTO SOCIO-SANITARIO E OCCUPAZIONALE. CRITICITÀ ATTUALI E PROPOSTE DI MIGLIORAMENTO

CRITICITÀ DEL SISTEMA DI REINSERIMENTO SOCIO-SANITARIO E OCCUPAZIONALE DELL'UTENTE IN CARICO AI SERD.

- 1) Esiste una enorme difformità tra Regioni Italiane, e addirittura tra le singole ASL di una stessa Regione, per ciò che riguarda l'importanza assegnata alle dipendenze patologiche, alla riabilitazione e al reinserimento socio lavorativo, l'importanza assegnata al privato sociale nell'esternalizzare i servizi. Esiste inoltre una difficoltà da parte delle ASL nel comprendere quale debba essere la consistenza del budget annuale da assegnare alle dipendenze.

Più in dettaglio, la titolarità delle Regioni in materia di sanità ha portato a un'anarchia normativa tale da rendere il Paese e le singole Regioni "a macchia di leopardo" per ciò che concerne le prestazioni assistenziali e l'attuazione dei LEA.

Infine, in diverse ASL, i Dipartimenti delle Dipendenze sono stati fusi con quelli di Salute Mentale, di modo che alle attività di reinserimento occupazionale arrivano ben poche attenzioni e finanziamenti.

VI Conferenza Nazionale sulle dipendenze - Tavolo tecnico 5

3



Vincenzo Lamartora

MODALITÀ DI REINSERIMENTO SOCIO-SANITARIO E OCCUPAZIONALE. CRITICITÀ ATTUALI E PROPOSTE DI MIGLIORAMENTO.

CRITICITÀ DEL SISTEMA DI REINSERIMENTO SOCIO-SANITARIO E OCCUPAZIONALE DELL'UTENTE IN CARICO AI SERD.

- 2) In molte ASL italiane mancano Poli o Servizi di riabilitazione, ovvero quelle Strutture e Servizi integrati nei quali si possa fare una vera riabilitazione sociale attraverso attività psicoterapeutiche e psicoeducative, e nelle quali si possa fare reinserimento occupazionale attraverso convenzioni con Cooperative che si occupino di formazione professionale di base o specialistica, anche elargendo borse lavoro per gli utenti di modo che questi possano fare i primi passi nel mondo del lavoro vero e retribuito.

Spesso, la riabilitazione e il reinserimento socio sanitario e occupazionale vengono risolti dagli operatori dei SerD in micro attività ludiche (partitella di pallone, accompagnamento degli utenti in posti suggestivi del territorio, pet therapy, ecc.), le quali, costando pochissimo, vengono sostenute dalle ASL al posto di investimenti e progettualità ben più impegnative ed efficaci (quali le convenzioni con le Cooperative Sociali, i Servizi di Educativa Territoriale, le borse lavoro, ecc.)

VI Conferenza Nazionale sulle dipendenze - Tavolo tecnico 5

4

Modalità di reinserimento socioriabilitativo e occupazionale come parte del continuum terapeutico



Vincenzo Lamartora

MODALITÀ DI REINSERIMENTO SOCIO-SANITARIO E OCCUPAZIONALE. CRITICITÀ ATTUALI E PROPOSTE DI MIGLIORAMENTO.

CRITICITÀ DEL SISTEMA DI REINSERIMENTO SOCIO-SANITARIO E OCCUPAZIONALE DELL'UTENTE IN CARICO AI SERD.

- 3) In molte ASL mancano i dispositivi cosiddetti di "area intermedia", ovvero quei dispositivi ad intensità trattamentale intermedia tra quei setting e quei progetti di bassa intensità di cura (come sono le attività ambulatoriali: accoglienza, contingency management, psicoterapie individuali, gruppi psicoeducazionali), e quei progetti che invece richiedono un alto investimento di cura (come sono le Comunità Terapeutiche residenziali o i Centri Crisi). Tra questi Servizi e questi Setting intermedi, ciò che manca soprattutto ai SerD sono
- i gruppi appartamento che permettono di ospitare in alloggi gestiti dalle Cooperative di tipo A e B accreditate dalle Regioni per le dipendenze, e che permettono una maggiore autonomizzazione del paziente, il quale ha la possibilità di sperimentare una vita più autonoma;
 - I Servizi di Educativa Territoriale, che permettono agli utenti di riabitare il proprio territorio e la propria comunità attraverso l'accompagnamento di un «compagno adulto», ovvero attraverso la presa in carico da parte di operatori di Coop. del privato sociale convenzionate con le ASL;
 - Servizi di riabilitazione e Servizi per i giovani, che accolgono tutta quella grande mole di utenti giovani e non solo, inserendoli in progetti di reintegrazione sociale e lavorativa.

VI Conferenza Nazionale sulle dipendenze - Tavolo tecnico 5

5



Vincenzo Lamartora

MODALITÀ DI REINSERIMENTO SOCIO-SANITARIO E OCCUPAZIONALE. CRITICITÀ ATTUALI E PROPOSTE DI MIGLIORAMENTO.

CRITICITÀ DEL SISTEMA DI REINSERIMENTO SOCIO-SANITARIO E OCCUPAZIONALE DELL'UTENTE IN CARICO AI SERD.

- 4) In molte ASL non esistono progetti di housing e co-housing agevolato sociale, ovvero non esistono quei moduli abitativi condivisi, chiamati spesso «gruppi appartamento» o similari, per cui diversi utenti magari con diverse abilità condividono uno stesso spazio in cui vivono e lavorano.

Tali Gruppi appartamento e tali moduli di coabitazione sono solitamente gestiti dal personale di Cooperative accreditate del Privato Sociale.

Queste Cooperative, in poche Regioni italiane, sono convenzionate con le AASSLL e ricevono da queste dei Piani terapeutici Individualizzati da svolgere, ovvero ricevono dall'equipe curante della ASL il mandato di gestire l'utente o il gruppo di utenti in modo da accompagnarlo verso la conquista di una maggiore autonomizzazione.

Si tratta di moduli trattamentali nei quali l'operatore della Cooperativa non si limita a verificare la corretta gestione della «casa comune» ma organizza anche un supporto quotidiano o settimanale, di tipo grupppale.

VI Conferenza Nazionale sulle dipendenze - Tavolo tecnico 5

6

Modalità di reinserimento socioriabilitativo e occupazionale come parte del continuum terapeutico



Vincenzo Lamartora

MODALITÀ DI REINSERIMENTO SOCIO-SANITARIO E OCCUPAZIONALE. CRITICITÀ ATTUALI E PROPOSTE DI MIGLIORAMENTO.

Di fronte a queste criticità, che impediscono all'utente dipendente di giovare di quei Servizi e di quelle attività che gli permetterebbero di raggiungere un effettivo reinserimento sociale e occupazionale, e che rendono enormi le disuguaglianze sociali tra i cittadini delle diverse Regioni e delle diverse ASL italiane, le nostre proposte di miglioramento dei Servizi sono le seguenti:

VI Conferenza Nazionale sulle dipendenze - Tavolo tecnico 5

7



Vincenzo Lamartora

MODALITÀ DI REINSERIMENTO SOCIO-SANITARIO E OCCUPAZIONALE. CRITICITÀ ATTUALI E PROPOSTE DI MIGLIORAMENTO.

PROPOSTE PER MIGLIORARE L'EFFICACIA DELLE MODALITÀ DI REINSERIMENTO SOCIO-SANITARIO E OCCUPAZIONALE DELL'UTENTE IN CARICO AI SERD.

- 1) Occorre una nuova Legge a carattere nazionale che sancisca ancora una volta come i DIPARTIMENTI DELLE DIPENDENZE debbano essere la forma standard di organizzazione dei Servizi per le dipendenze, e debbano essere AUTONOMI da altri Dipartimenti sanitari o Distretti sanitari.
L'autonomia dei Dipartimenti è indispensabile per qualunque possibilità di istituire dei percorsi finanziati per il reinserimento socio sanitario e occupazionale.
Laddove il DDP scompare perché inglobato con Dipartimenti e Distretti dall'impianto organizzativo OSPEDALIERO, anziché TERRITORIALE, i SerD vengono svuotati di risorse umane e finanziarie, poiché il reinserimento sociale e occupazionale scivola tra gli ultimi interessi dei Dipartimenti di salute mentale, la cui attenzione si concentra sul trattamento farmacologico o psico educativo dell'utente.
Pertanto, Occorre una nuova Legge - accolta dalla Conferenza Stato-regioni – che sia cogente per le diverse Regioni Italiane e che imponga il Dipartimento delle Dipendenze come organizzazione strutturale e autonoma più efficace per la risoluzione dei problemi dell'utenza dipendente.

VI Conferenza Nazionale sulle dipendenze - Tavolo tecnico 5

8

Modalità di reinserimento socioriabilitativo e occupazionale come parte del continuum terapeutico

Vincenzo Lamartora

MODALITÀ DI REINSERIMENTO SOCIO-SANITARIO E OCCUPAZIONALE. CRITICITÀ ATTUALI E PROPOSTE DI MIGLIORAMENTO.

PROPOSTE PER MIGLIORARE L'EFFICACIA DELLE MODALITÀ DI REINSERIMENTO SOCIO-SANITARIO E OCCUPAZIONALE DELL'UTENTE IN CARICO AI SERD.

2) Occorre Finanziare un nuovo Fondo nazionale Droga attraverso i proventi ottenuti dal contrasto al narcotraffico, affinché ai Dipartimenti delle Dipendenze arrivino finanziamenti stabili e non soltanto correlati a progettualità più o meno effimere.

In questi ultimi venti anni, il Fondo Nazionale per la lotta alla droga si è rineschito fino a diventare inesistente. I Dipartimenti e i SerD sono andati perdendo risorse umane e finanziarie al punto tale che un terzo di tutte le risorse umane perdute in Sanità negli ultimi 10 anni riguardano le Dipendenze e la salute Mentale. La sola boccata di ossigeno sono stati i fondi ministeriali per il contrasto al Disturbo da Gioco d'Azzardo, che tuttavia, essendo finalizzati e indistinti, spesso non vengono utilizzati dalle Regioni italiane per implementare i SerD di risorse e servizi.

Occorre quindi che il Fondo nazionale sia rimpinguato con il 5% dei proventi provenienti dal contrasto al narcotraffico e destinato in modo VINCOLATO ai Dipartimenti delle Dipendenze per l'implementazione di risorse e attività.

I Fondi «vincolati» impediscono alle ASL di distrarli su altri capitoli del bilancio aziendale.

VI Conferenza Nazionale sulle dipendenze - Tavolo tecnico 5

9

Vincenzo Lamartora

MODALITÀ DI REINSERIMENTO SOCIO-SANITARIO E OCCUPAZIONALE. CRITICITÀ ATTUALI E PROPOSTE DI MIGLIORAMENTO.

PROPOSTE PER MIGLIORARE L'EFFICACIA DELLE MODALITÀ DI REINSERIMENTO SOCIO-SANITARIO E OCCUPAZIONALE DELL'UTENTE IN CARICO AI SERD.

3) Occorre una legge a carattere nazionale, sull'obbligo per tutte le Regioni e le ASL di conferire ai Dipartimenti delle Dipendenze Patologiche un cospicuo budget annuale - così come previsto dalle normative e dai CCNL vigenti - che preveda ab ovo una compartimentazione percentuale tra i diversi capitoli (corrispondenti ai LEA) della prevenzione, formazione, interventi ambulatoriali, invii in CT semiresidenziali e residenziali, reinserimento socio lavorativo.

Allo stato attuale infatti, moltissime ASL NON ASSEGNANO ALCUN BUDGET ai Dipartimenti, e quando un Direttore Generale approva una delibera di spesa per l'acquisto di un bene o di una risorsa umana, il capitolo di spesa impegnato non viene spesso effettivamente speso.

Lo Stato e la Conferenza Stato-regioni devono imporre alle Regioni la stipula di un accordo omogeneo su tutta l'Italia affinché ai Dipartimenti delle Dipendenze vengano assegnati dei budget annuali compartimentati percentualmente nei vari settori di intervento dei Servizi: ad esempio 2 mln di euro/anno, di cui il 20 % alla prevenzione, il 30% alla cura, il 20 % alla riduzione del danno, il 30 % alla reinserimento sociale e occupazionale.

VI Conferenza Nazionale sulle dipendenze - Tavolo tecnico 5

10

Modalità di reinserimento socioriabilitativo e occupazionale come parte del continuum terapeutico



Vincenzo Lamartora

MODALITÀ DI REINserIMENTO SOCIO-SANITARIO E OCCUPAZIONALE. CRITICITÀ ATTUALI E PROPOSTE DI MIGLIORAMENTO.

PROPOSTE PER MIGLIORARE L'EFFICACIA DELLE MODALITÀ DI REINserIMENTO SOCIO-SANITARIO E OCCUPAZIONALE DELL'UTENTE IN CARICO AI SERD.

4) Occorre una Legge a carattere nazionale – Ratificata dalla Conferenza Stato-Regioni - affinché le singole Regioni italiane e le singole AA.SS.LL. possano e debbano stipulare “convenzioni” con le Cooperative del privato sociale accreditate, dalle quali acquisire quei Servizi e quelle risorse umane che non potrebbero essere impegnati direttamente dai SERD: mi riferisco:

- al “Servizio di educativa territoriale”, per accompagnare sul territorio l'utente e permettergli il recupero di abilità sociali;
- alla gestione di Gruppi appartamento, per aiutare l'utente a riacquisire un buon grado di autonomia e rispetto delle regole sociali;
- alla gestione di laboratori espressivi o formativi in tema di riabilitazione sociale, per riabilitare l'utente e fornirgli quelle capacità lavorative che aveva perso;
- alla assegnazione di borse di lavoro per l'inserimento occupazionale, per un lavoro finalmente vero e retribuito;
- Alla formazione specialistica, per l'acquisizione di nuove capacità specialistiche spendibili sui nuovi mercati del lavoro attuale.

VI Conferenza Nazionale sulle dipendenze - Tavolo tecnico 5

11



MODALITÀ DI REINserIMENTO SOCIO-SANITARIO E OCCUPAZIONALE. CRITICITÀ ATTUALI E PROPOSTE DI MIGLIORAMENTO.

Vincenzo Lamartora
Ufficio di Presidenza e Consiglio Direttivo Nazionale
FederSerD

**PROPOSTE PER MIGLIORARE L'EFFICACIA
DELLE MODALITÀ DI REINserIMENTO SOCIO-
SANITARIO E OCCUPAZIONALE DELL'UTENTE IN
CARICO AI SERD.**

GRAZIE

VI Conferenza Nazionale sulle dipendenze - Tavolo tecnico 5

12

9.6 Dott. Hassan Bassi - Facilitare i percorsi di inserimento lavorativo come parte di un processo di miglioramento della qualità della vita delle persone con dipendenza

VI CONFERENZA NAZIONALE
SULLE DIPENDENZE

Oltre le fragilità

Presidenza del Consiglio dei Ministri
Dipartimento per le Politiche Antidroga

Tavolo tecnico 5

**Modalità di reinserimento socioriabilitativo e occupazionale
come parte del continuum terapeutico**

25 - 26 ottobre
Online

Hassan Bassi

Consiglio Nazionale delle Ricerche
Istituto di Fisiologia Clinica

VI CONFERENZA NAZIONALE
SULLE DIPENDENZE

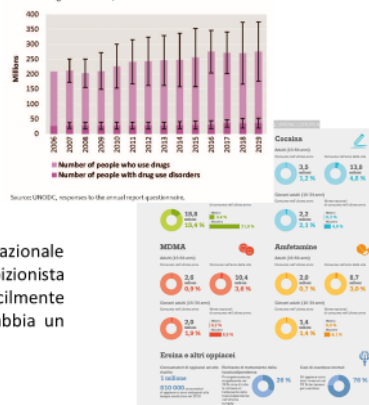
Oltre le fragilità

Facilitare i percorsi di inserimento lavorativo come parte di un processo di miglioramento della qualità della vita delle persone con dipendenza

Le persone che si rivolgono ai servizi territoriali per le dipendenze si stima che siano solo una piccola percentuale di quelle che fanno uso di sostanze stupefacenti.

I dati recuperabili dalle diverse relazioni: mondiale, europea, nazionale sono sempre molto approssimati a causa dell'impianto proibizionista che mantiene il consumo di sostanze in una zona d'ombra difficilmente conoscibile, ma si stima che circa il 13% dei consumatori abbia un consumo problematico per il quale si rivolge ai servizi dedicati.

FIG. 12 Global number of people who use drugs and people with drug use disorders, 2006-2019



Modalità di reinserimento socioriabilitativo e occupazionale come parte del continuum terapeutico



Facilitare i percorsi di inserimento lavorativo come parte di un processo di miglioramento della qualità della vita delle persone con dipendenza

Alcune di queste sono persone si trovano in situazioni sociali ed occupazionali difficili: **povertà, mancanza di lavoro, mancanza di una abitazione.** Questa condizione può essere pregressa rispetto al consumo di sostanze, o essere una conseguenza di una dipendenza duratura nel tempo. In ogni caso l'impianto culturale alimentato dalla norma proibizionista, stigmatizzante e discriminatoria rispetto alle persone che usano sostanze o con dipendenza, rende molto difficile per quest'ultimi mantenere rapporti lavorativi e sociali stabili e duraturi.

- Intervento socio sanitario come processo di «recovery» inteso come **sostegno al percorso di autonomia e miglioramento della qualità della vita (benessere) delle persone con dipendenza**
- **Non schiacciare l'identità della persona e i suoi bisogni sulla definizione di «persona con dipendenza patologica – tossicodipendente!»**
- Dare possibilità e capacità di scelta. **Protagonismo della persona**
- **Intervento su tutte le aree di bisogno della persona**

Promozione della salute come “processo che mette in grado le persone di aumentare il controllo sulla propria salute e di migliorarla”

VI Conferenza Nazionale sulle dipendenze - Tavolo tecnico 5

3



Facilitare i percorsi di inserimento lavorativo come parte di un processo di miglioramento della qualità della vita delle persone con dipendenza

In quest'ottica i **trattamenti sanitari sono una parte dell'intervento**, concorrente ma anche indipendente e non vincolante con gli altri interventi finalizzati al miglioramento delle condizioni di vita.

- **Nessun vincolo fra il rispetto del piano terapeutico e la messa a disposizione degli altri interventi sociali** (gli interventi sono parte del progetto...) – ovvero considerare il percorso di recovery non lineare o fatto di processi consequenziali
- Disponibilità dei servizi per la dipendenza a favorire l'erogazione degli altri interventi sociali (orari dei servizi erogati compatibili con le altre attività di vita)
- Percorso terapeutico sanitario che si adegua per quanto possibile alle altre esigenze di vita e **finalizzato a promuovere la maggiore autonomia possibile della persona** (es. maggior affidamento terapie agoniste)
- **Interventi nell'ottica dell'Housing first: partire dai bisogni primari, da una “casa” da gestire su cui costruire il proprio futuro**

Salute come la capacità di autogestirsi per tendere al proprio “benessere fisico, mentale e sociale” valorizzando le proprie risorse personali e sociali.

VI Conferenza Nazionale sulle dipendenze - Tavolo tecnico 5

4

Modalità di reinserimento socioriabilitativo e occupazionale come parte del continuum terapeutico



Facilitare i percorsi di inserimento lavorativo come parte di un processo di miglioramento della qualità della vita delle persone con dipendenza

Per raggiungere tali obiettivi è necessario **uno strumento flessibile e modulabile**, un esempio è quello del Budget di Salute, in cui le risorse in campo (professionali, economiche, umane e relazionali) **si attivano in maniera coordinata al fine di costruire, con il protagonismo del beneficiario, un progetto di cambiamento**

- Budget composto da risorse aggiuntive rispetto a quelle previste per i programmi sanitari
- **Intervento coordinato di tutti gli attori del pubblico e privato** sociale nel campo dei determinanti sociali della salute: casa, lavoro, formazione, socialità, affettività, cultura.
- **Protagonismo del beneficiario**
- **Flessibilità per costruire progetti personalizzati** e condivisi, che possono anche cambiare «in corsa»
- **Tensione verso la maggiore autonomia possibile del beneficiario**



VI Conferenza Nazionale sulle dipendenze - Tavolo tecnico 5

5



Facilitare i percorsi di inserimento lavorativo come parte di un processo di miglioramento della qualità della vita delle persone con dipendenza

In questo quadro il **lavoro ed il processo di inserimento lavorativo è elemento essenziale**. Sia per la capacità di produrre reddito e quindi autonomo sostentamento, che per il suo significato sociale di partecipazione e contribuzione allo sviluppo della comunità.

Per le persone più in difficoltà l'offerta di lavoro è disponibile principalmente presso **enti del terzo settore**, ed in particolare nelle **cooperative sociali** di tipo B (Legge 381/91 art 1 comma 1 e s.m.i.).

- **Sono flessibili e accoglienti**, adattano le modalità lavorative il più possibile alle persone e non pretendono il viceversa.
- Approccio al lavoro che tende a **valorizzare il contributo originale di ognuno**. Svincolando l'attività lavorativa dalla massimizzazione del profitto
- **Ruolo attivo del lavoratore** nella compagine lavorativa (cooperazione)
- Oggetto delle attività **finalizzate a «perseguire l'interesse generale della comunità alla promozione umana e all'integrazione sociale dei cittadini»**
- **Capacità di dialogo ed interazione con i servizi pubblici** nel rispetto delle reciproche competenze
- Spesso attività lavorative ad alto contenuto di valore sociale: interventi in campo ambientale, per la tutela ed il recupero dei beni comuni, produzioni etiche ed ecologiche.



VI Conferenza Nazionale sulle dipendenze - Tavolo tecnico 5

6

Modalità di reinserimento socioriabilitativo e occupazionale come parte del continuum terapeutico

Facilitare i percorsi di inserimento lavorativo come parte di un processo di miglioramento della qualità della vita delle persone con dipendenza

Questo per l'aspetto del lavoro del ruolo della cooperazione sociale si traduce nelle richieste di:

- **Flessibilità delle risorse dedicate all'avviamento al lavoro:** non solo remunerazione del beneficiario, ma anche risorse per il tutoraggio, per l'accompagnamento all'inserimento anche presso imprese profit o terze. Possibilità di gestire interruzioni, ripartenze e sospensioni temporanee.
- **Riconoscimento del ruolo del case manager** come risorsa nel coordinamento con gli enti pubblici e privati
- Disponibilità dei servizi sociali e sanitari a mantenere un rapporto di comunicazione e supporto reciproco anche quando i percorsi di avviamento sono conclusi
- Riconoscimento legale e sindacale di rapporti di lavoro particolari per adattare l'offerta di lavoro alle persone più in difficoltà (bassa soglia)
- Maggiore flessibilità nel calcolo del 30% di persone cd "svantaggiati", ma maggiori vincoli per facilitare il radicamento sul territorio delle cooperative sociali.
- Riconoscimento del progetto di cambiamento delle persone come prioritario anche rispetto ad alcune rigidità delle norme del lavoro
- Facilitare processi di riconoscimento delle professionalità acquisite durante il lavoro

«Rispetto, accoglienza, fiducia.»

VI Conferenza Nazionale sulle dipendenze - Tavolo tecnico 5

Facilitare i percorsi di inserimento lavorativo come parte di un processo di miglioramento della qualità della vita delle persone con dipendenza

Ed inoltre:

- Maggiore utilizzo delle clausole sociali negli appalti pubblici e riconoscimento di ristoro alla cooperazione di tipo B per i lavoratori che non riescono ad inserirsi in impresa profit vincitrice delle gare di appalto in concorrenza
- Riconoscimento del ccnl di categoria delle cooperative sociali che sviluppano attività diversificate proprio per garantire maggiori possibilità di inserimento lavorativo delle persone in difficoltà

Su tutto rimane la necessità di una riforma dell'impianto normativo attuale a partire dal DPR 309/90, che criminalizza le persone che usano sostanze, riempie le nostre patrie galere e incide negativamente in maniera pesante sul rapporto che le persone che usano droghe hanno con le istituzioni, siano esse sanitarie che sociali. Inoltre produce stigmatizzazione ed influenza la modalità con cui i servizi di welfare si rapportano con le persone che usano sostanze, arrivando a volte a creare un welfare selettivo in negativo. Anche il mondo del lavoro non è esente dall'essere influenzato da tale cultura limitando di fatto le possibilità di accesso delle persone.



VI Conferenza Nazionale sulle dipendenze - Tavolo tecnico 5