

Reinserimento sociale e dipendenze patologiche

(a cura di Enrico Mancini e Massimo Costantini)

1. Reinserimento sociale o riconnessione e sviluppo della rete relazionale?

Nell'area degli interventi trattamentali sulle dipendenze patologiche, il tema del reinserimento nei suoi diversi aspetti (*abitativi, lavorativi, del tempo libero ...*), è indubbiamente un elemento centrale dell'operatività e una questione aperta, che da sempre ha interrogato le diverse esperienze ed i diversi approcci al trattamento, spesso sollevando criticità e sviluppi sia sul piano operativo, che metodologico.

Ad oggi e ad una rilettura possibile di almeno quattro decenni di esperienze, si potrebbe capovolgere la questione e rileggere la storia degli stessi trattamenti, come conseguenza del posizionamento rispetto al tema del dopo, del reinserimento sociale, delle prospettive di sviluppo, oltre che dell'aspetto sintomatologico.

Lo stesso termine *costruisce una visione per molti versi superata*, rimandando direttamente all'ipotesi di un prima ed un dopo, di un precedente togliere, per un successivo riconnettere.

Sul piano delle trasformazioni del fenomeno delle dipendenze, è evidente che ad oggi la dipendenza patologica ha perso quasi completamente il significato iniziale di "mettersi fuori" dal sistema sociale e sembra molto più legata alla possibilità illusoria di rimanere dentro, di gestire un "dover essere" all'altezza, sia negli aspetti operativi del vivere (sport, lavoro, studio) che in quelli relazionali.

Sul piano del trattamento, esso rimanda implicitamente ad un processo lineare dove, ad una fase di cura e di guarigione in spazi altri, segua un ritorno alla socialità e al vivere cosiddetto normale.

Sul piano, infine, della persona, sembra reificare il vissuto di un comportamento sintomatologico, separato e separabile dalla complessità della propria storia, come problema da risolvere a prescindere, come accesso ad una dimensione di "ex", tossicodipendente, alcolista, gambler ..., altrettanto saturante i propri processi di individuazione.

Se invece assumiamo il significato di re-inserire in termini di riconnettere, (dal lat. In=*dentro* serere= *intrecciare, connettere, legare insieme*) è evidente come il lavoro di riconnessione, a fronte di una dipendenza patologica come condizione di isolamento e di saturazione di comportamenti e di interessi, coincida con il trattamento stesso, inteso come possibilità di riconnettersi, sia internamente che esternamente, con le diverse parti di sé e con i diversi contesti relazionali del vivere, all'interno di una più ampia comunità sociale e di un territorio.

Metodologicamente, assumere questa prospettiva significa, da un lato, leggere la Dipendenza Patologica come espressione di una disfunzionalità della propria rete relazionale, di una saturazione delle personali matrici di significazione e di un'impossibilità di accesso a prospettive di sviluppo, dall'altro spostare il focus degli interventi dalla persona ai suoi contesti relazionali: dalla famiglia, ai diversi ambiti socio-lavorativi, fino al territorio, inteso come insieme significativo di limiti e risorse.

Relativamente alla prassi clinica e socio educativa, l'evolvere delle esperienze e degli approcci può leggersi proprio come progressiva assunzione di questa visione complessa e di istanze di integrazione con i vari stakeholders e le diverse risorse pubbliche e private di un territorio.

2. L'evoluzione del concetto di reinserimento

Storicamente, nelle fasi iniziali di intervento sulle dipendenze, sia nelle Comunità Terapeutiche che nei Servizi, il tema del reinserimento si è posto proprio come fase conclusiva di un percorso lineare, successivo sia ad una condizione stabile di affrancamento, che ad una acquisizione di nuovi equilibri personali e relazionali. D'altra parte esso poneva il problema del passaggio da una condizione protetta ad un ritorno alla normalità, con inevitabile rischio di ricadute e riattivazione di modalità disfunzionali. Parallelamente, esso era intimamente legato alla prospettiva, per la persona, di ricostruirsi possibilità (economiche, abitative, relazionali) per percorrere un proprio ed autonomo progetto di vita, oltre la dipendenza, ma anche (e soprattutto), oltre lo stesso contesto di cura. Ben presto però, ci si è resi conto che, fatta eccezione per l'ipotesi di una prospettiva di vita all'interno di un sistema protetto, come sostenuto da alcuni approcci, la fase del reinserimento risultava la più delicata e strategica, ai fini di una reale possibilità di successo.

Ciò ha comportato, nelle Comunità Terapeutiche, una serie di cambiamenti progressivi, molto rilevanti e difficili, riassumibili in alcune dimensioni:

- l'apertura al territorio e alle sue risorse (servizi, associazionismo, settore produttivo ...);
- il rivolgersi preferenzialmente, in molti casi esclusivamente, a persone dello stesso territorio di appartenenza;
- l'ampliamento dei tempi delle fasi di reinserimento ed una riduzione dei tempi delle fasi residenziali in senso stretto e comunque di protezione rispetto al proprio ambiente di vita, sia familiare che sociale. Ciò ha significato anche la sperimentazione di nuove modalità di accoglienza, dal centro diurno, alla semi-residenzialità, alla creazione di appartamenti protetti e di diverse situazioni "di passaggio", dal dentro al fuori, attraverso percorsi di autonomizzazione progressiva.

Qualcosa di simile è avvenuto all'interno dei Servizi dove, gradualmente, i percorsi sociali e/o di inserimento lavorativo iniziano ad essere utilizzati non come elementi conclusivi, ma come strumenti concomitanti ad altri trattamenti, sia di tipo farmacologico che psicoterapeutico.

La stessa costituzione dei Dipartimenti per le Dipendenze, laddove assunta ed attuata, rappresenta sia il bisogno che l'espressione di percorsi complessi, che agiscono contemporaneamente su più piani e su più aspetti della vita delle persone ed il tentativo di operare secondo logiche di integrazione delle diverse risorse. Il sistema dei Servizi, pubblici e del privato sociale, tende a trasformarsi da possibilità di scelte e di percorsi separati e alternativi (intervento farmacologico, psicoterapia, intervento residenziale, inserimento lavorativo ecc...), a rete di strumenti e risorse, da utilizzare per disegnare percorsi e programmi, sempre più individualizzati e contestualizzati.

Si può dire che il reinserimento, da fase conclusiva di un intervento, diventa possibilità di sviluppare percorsi trattamentali con e attraverso la rete delle risorse territoriali, a partire dalle potenzialità personali, ancora in essere nella specifica situazione. In un'ottica di progettualità complessa e di integrazione, quindi, l'inserimento socio-lavorativo è sempre più spesso parte integrante del trattamento ed è diversamente modulato secondo elementi di contenimento, di fattibilità, di risorse della persona e dei suoi contesti, di fase del ciclo di vita e di specifiche esigenze di un più ampio percorso: trattamentale, ma soprattutto di sviluppo. Ciò rende possibili numerose opzioni e variabili, non solo fra le diverse persone, ma all'interno dell'articolazione di uno stesso programma: è sempre più frequente, ad esempio, l'utilizzo di esperienze lavorative protette,

propedeuticamente alla possibilità di accesso a percorsi più propriamente di cura, quali le psicoterapie o gli stessi programmi residenziali che, in tal caso, sono chiamati ad assumere esigenze di continuità e di ulteriore sviluppo.

3. Strumenti, esperienze e buone prassi sul fronte dell'inserimento sociale

Il tema del reinserimento può rideclinarsi in diversi aspetti legati ad obiettivi specifici, per ciascuno dei quali, nel tempo, sono stati creati strumenti ad hoc, utilizzati e utilizzabili nella costruzione degli interventi. Si propone qui una distinzione in tre grandi aree di operatività: l'area abitativa, l'inserimento lavorativo e l'area del tempo libero (interessi, attività, riconnessione alle risorse del e per il territorio).

Per ciascuna area si possono evidenziare alcuni tra i principali strumenti attualmente utilizzati, nell'ipotesi di costruzione di una "cassetta degli attrezzi", capace di guidare all'individuazione e alla sperimentazione di progetti calati, e appunto "connessi", con la specificità del territorio, della sua cultura, degli stakeholders individuabili e coinvolgibili.

3.1 Area abitativa

Il reperimento di una situazione abitativa rappresenta un passo fondamentale nel processo di autonomia delle persone con problemi di dipendenza. Almeno tre sono gli strumenti da evidenziare in merito:

- il primo è rappresentato dai **percorsi semiresidenziali**, proposti da alcuni Centri e Comunità Terapeutiche, che permettono alla persona di sperimentarsi nelle realtà lavorative e sociali del territorio e di utilizzare, per brevi periodi, la semiresidenzialità, in un'ottica di accompagnamento graduale ad un maggior livello di autonomia abitativa ed affettiva (*"fase di sgancio"*);
- il secondo consiste nelle esperienze dei cosiddetti "**appartamenti protetti**", ovvero, situazioni di semi autonomia abitativa che si collocano tra il percorso trattamentale della persona, anche di natura territoriale, e l'autonomia vera e propria. In genere gli appartamenti ospitano piccoli nuclei di convivenza dove operatori sociali (educatore, facilitatore, tutor), assicurano una presenza giornaliera di qualche ora, finalizzata ad un lavoro educativo, di mediazione e di verifica;
- il terzo è quello relativo alle esperienze di **housing sociale**. Tale strumento, generalmente inserito all'interno delle politiche abitative del territorio, vede il virtuoso incontro tra risorse di natura privata e risorse pubbliche, tanto da prevedere alloggi con canoni agevolati, che rappresentano un tentativo di risolvere il problema dell'emergenza abitativa, per soggetti a rischio di esclusione sociale.

3.2 L'inserimento lavorativo

Con l'obiettivo di facilitare tutte quelle persone in situazione di svantaggio, che hanno difficoltà nell'accedere o nel rientrare nel mercato del lavoro, sono sorte su gran parte del territorio nazionale almeno due fondamentali esperienze, particolarmente utilizzate in percorsi di reinserimento di soggetti con dipendenza patologica.

La prima è rappresentata dai **Servizi di Accompagnamento (Inserimento) al Lavoro** (S.A.L., S.I.L., ecc.), in genere servizi di secondo livello, nei quali operatori dedicati e, in rari casi, équipes multidisciplinari (vedi il S.A.L. della Zona Sociale 8 dell'Umbria), valutano ed effettuano progetti

di inserimento lavorativo, attuando un lavoro di mediazione tra Servizi invianti, soggetti beneficiari ed aziende ospitanti.

Tali servizi, utilizzano strumenti quali:

- **orientamento e bilancio delle competenze**, fase che permette di conoscere la persona e di individuare percorsi adeguati alle sue caratteristiche, tenendo conto delle opportunità offerte dal territorio;
- **consulenze informative**, rispetto alla normativa nazionale e regionale vigente in materia di sgravi fiscali, agevolazioni e contributi per le assunzioni;
- **tirocini formativi** (*borse lavoro, borse di osservazione, borse educative*), ovvero esperienze formative a tempo determinato (3-6 mesi) in azienda, in cui la persona si sperimenta nel mondo del lavoro e l'azienda ha la possibilità di conoscere e di formare il soggetto accolto, anche in vista di una possibile assunzione (art. 18 L.196/97, art. 13 L. 68/99);
- **borsa terapeutica**, esperienza integrativa di un più ampio intervento terapeutico, che favorisce la socializzazione e la relazione della persona utilizzando l'ambiente lavorativo;
- **monitoraggio post assunzione**, attività di prevenzione e di mediazione dei conflitti, utilizzata nella prima fase del rapporto di lavoro in casi particolarmente complessi, a tutela della continuità lavorativa.

Una seconda e significativa realtà è rappresentata dalla cooperazione sociale di tipo B che, ai sensi della Legge 381/91 art. 4, prevede l'esonero dalla contribuzione previdenziale ed assistenziale per l'inserimento di soggetti con svantaggio sociale, come definito nel medesimo articolo.

In questi ultimi anni, la cooperazione sociale di tipo B non è rimasta solo nel ruolo istituzionale di strumento privilegiato per l'inserimento lavorativo ma, occupandosi di produzione lavoro in ambiti quali: la salvaguardia di beni pubblici ambientali, il riciclo, la produzione di energia attraverso fonti rinnovabili, le produzioni agricole alimentari biologiche, la gestione di sistemi di distribuzione a filiera corta e quant'altro, sta contribuendo allo sviluppo territoriale di modelli di economia sociale, che integrano il sistema produttivo locale.

3.3 Area della socialità e del tempo libero

Nel processo di reinserimento delle persone con problematiche di dipendenza, risulta altresì importante promuovere e sviluppare le competenze socio-culturali, al fine di riconnetterle alla rete relazionale locale. La dipendenza, spesso, ha una funzione saturante e il venir meno del sintomo getta la persona in un "vuoto" di interessi di natura culturale, sportiva, politica, religiosa ecc.. Le esperienze presenti nel panorama nazionale sembrano concordare sulla necessità di una progettazione dei percorsi di accompagnamento e di reinserimento sociale, che passa in primo luogo da una "mappatura" degli enti socio-culturali e delle risorse informali presenti sul territorio, attraverso la sperimentazione di contesti di socializzazione, che possono rispondere alle esigenze peculiari di cui le persone sono portatrici, fino all'integrazione vera e propria nel tessuto locale, allo scopo di aumentare l'empowerment e l'espressione di "cittadinanza

Attraverso la sperimentazione di prassi virtuose, è stato possibile organizzare e proporre, a persone inserite in Comunità Terapeutiche o in programmi semiresidenziali, l'approfondimento di alcune specifiche tematiche, grazie alla presenza di rappresentanti di realtà associative e culturali, finalizzata all'animazione di attività strutturate ed esperienziali, propedeutiche a successivi percorsi di inserimento sociale.

4. Inserimento socio lavorativo e percorsi trattamentali complessi.

Gli strumenti elencati sono ad oggi i più utilizzati nell'ambito del panorama nazionale, va tuttavia ricordato che, in questo settore, le esperienze sono in continua evoluzione e ricerca, sia per scelta che per necessità, ed aprono uno scenario ricco e variegato, di "buone prassi".

Gli strumenti già evidenziati, così come altri, sono tanto più efficaci, ed efficienti, quanto più rispondono a logiche di coerenza interna (attenzione ai contesti-territori, obiettivi, valutazione in progress...) e alla possibilità di essere un'esplorazione di "ciò che è possibile fare", nel qui ed ora di un determinato contesto storico, culturale e relazionale, come sviluppo delle risorse del territorio stesso (esperienze, progetti, buone prassi...) e come sviluppo di percorsi personali individualizzati, che guardano oltre la risoluzione del sintomo. In tal senso, essi sono utilizzabili, e utilizzati classicamente come elementi separati da interventi più propriamente trattamentali di diverso tipo (farmacologici, psicoterapeutici o di comunità residenziale), spesso conseguentemente agli esiti di quest'ultimi, in una logica lineare di intervento trattamento-reinserimento.

Sempre più frequente sono, invece, come illustrato in premessa, il bisogno e la sperimentazione di interventi complessi, che lavorino *contemporaneamente e fin dalle prime fasi*, con spazi, modalità e professionalità adeguate alla specificità della situazione, su obiettivi sintomatologici, di sviluppo personale e di inserimento sociale. Pienamente nell'area dei trattamenti integrati ed in una visione bio-psico-sociale, è possibile definirli come interventi trattamentali *di, con, attraverso la rete*: di cura (Ser.T. o Dipartimenti per le Dipendenze, Servizi Sociali, Comunità e Privato sociale in genere) e di vita del soggetto stesso (famiglia, area lavorativa, reti amicali e/o di interesse).

In questa accezione, da un lato l'inserimento sociale, e le sue problematiche, sono parte integra ed integrata del trattamento (ovvero una delle forme di trattamento), dall'altro gli obiettivi si declinano ben oltre la risoluzione del sintomo (affrancamento) e, in molti casi, a prescindere da esso (con il permanere di terapie farmacologiche e/o di comportamenti sporadici di uso/abuso), come riappropriazione di autonome possibilità di sviluppo (individuazione) e di sviluppo/riconnesione con la propria rete relazionale e la propria storia (passata, attuale e soprattutto futura).

L'esperienza mostra che un'integrazione delle risorse e degli interventi produce un generale innalzamento dell'efficacia dei percorsi, non riconducibile alla specificità dei singoli interventi, ma alle loro interconnessioni e alla qualità dei loro livelli di integrazione in un tutto coerente e significativo.

Il crescente bisogno di programmi individualizzati, flessibili, contestuali, integrati, così come la possibilità di interventi nelle nuove forme di dipendenza, possono trovare risposte più adeguate e funzionali non tanto nella creazione di esperienze strutturate ad hoc, pur se in alcuni casi e per alcuni aspetti necessarie, quanto nella possibilità di integrare ed utilizzare proficuamente, e diversamente, le risorse e le esperienze già presenti. Il focus si sposta, quindi, su un attento lavoro sui processi, oltre e più che sui contenuti e su una lettura del sintomo stesso, come espressione di una disfunzionalità nella rete relazionale e sociale della persona, nel suo contesto di vita e di appartenenza. Conseguentemente, l'azione trattamentale in senso ampio tende ad integrare e a perseguire, parallelamente ad obiettivi di sviluppo della persona, obiettivi di sviluppo dello stesso territorio, transitando dalla "cura", alla possibilità di "prendersi cura".

5. Strumenti di governance per il lavoro sui processi e sullo sviluppo/manutenzione della rete.

Questa prospettiva apre questioni di governance di percorsi complessi, che coinvolgono diverse professionalità, istituzioni, organizzazioni. Inoltre, diviene fondamentale la creazione di *spazi di*

riflessione che permettano la ricostruzione continua di una cornice di senso e significato, capace di sottrarre, sia gli operatori che gli utenti, ad un agito sull'onda dell'urgenza, indirizzandoli verso una trasformazione del fare in esperienza narrabile e trasferibile in altri contesti e situazioni.

E' possibile individuare alcuni elementi di carattere metodologico e processuale che, alla luce delle esperienze e delle buone prassi, possono parimenti essere assunti come strumenti per il lavoro di governance, sia degli interventi di inserimento/reinserimento socio-lavorativo, che, più in generale, di interventi trattamentali integrati.

Tali elementi, qui riportati nella prospettiva di un'articolazione modellistica in termini metodologici, possono ricondursi su tre livelli distinti ed interrelati: quello della persona, quello del trattamento/inserimento sociale come intervento integrato e quello della rete territoriale, in termini di stakeholders (politiche socio-sanitarie, privato sociale, associazionismo, sistema produttivo, sistema scolastico/formativo...).

5.1 Il posizionamento rispetto ai destinatari

Sul versante dei beneficiari degli interventi, possiamo brevemente elencare cinque elementi metodologici fondamentali, tra loro interrelati:

1. Spostamento dell'attenzione, dai deficit alle risorse attualmente disponibili ed attivazione di processi di empowerment.
2. Coinvolgimento degli utenti nelle fasi progettuali di individuazione dei percorsi e di condivisione degli obiettivi di breve-medio periodo, perseguibili e verificabili.
3. Lavoro con e nei contesti familiari e sociali di appartenenza.
4. Orientamento ad una riappropriazione della cittadinanza attiva, per cui l'inserimento in attività lavorative, sociali e del tempo libero, sia anche una possibilità e un'occasione di sperimentazione ed offerta di una propria competenza ai contesti e al territorio stesso.
5. Spazi di riflessione e di risignificazione con la persona, sull'insieme degli elementi emersi nei diversi contesti, in termini di narrabilità e consapevolezza del proprio percorso di cura/inserimento.

5.2 Livelli di integrazione e strumenti di governance in percorsi complessi

La questione del livello di integrazione raggiungibile è l'elemento centrale della governance di percorsi complessi per/con la persona e delinea i limiti e le potenzialità di "sviluppo possibile", fin dalle fasi progettuali. Valutare l'attuabilità e la sostenibilità dei processi di integrazione delle risorse, in un determinato contesto di intervento, significa evitare di posizionarsi su aspettative di soluzioni definitive ed aprioristicamente valide, spesso anticamera e principale causa di fallimenti.

L'esperienza permette, ad oggi, di operare una distinzione dei livelli di integrazione, in ordine progressivo, da intendersi come sviluppo di processi dinamici che possono, in tempi e spazi diversi, spostarsi avanti o indietro, in funzione del qui ed ora, dei contesti, degli attori (operatori ed utenti) e degli scenari socio-politici.

Ad un primo livello, l'integrazione può declinarsi in termini di reciproca conoscenza e comunicazione. Il sapere "chi può fare cosa" attiene sia alla possibilità di un lavoro di *mappatura* degli attori e delle risorse potenziali, che all'attivazione di prassi e di sistemi operativi, in grado di garantire e di facilitare uno *scambio di comunicazioni*, sia formale che informale. Ciò consente la realizzazione di un contesto e di una cultura condivisi, di una base di relazioni e di conoscenze che permette, da un lato la costruzione di ipotesi possibili, dall'altro l'opportunità di pensarsi in uno spazio di "lavoro comune".

Ad un secondo livello e, di solito, dopo la creazione di spazi sufficientemente stabili (quali co-progettazioni, tavoli di lavoro, accesso a risorse in termini di tempi, professionalità, sostenibilità economica), i singoli percorsi di trattamento/reinserimento possono collocarsi ed immaginarsi in una *rete coordinata*. Ciò offre la possibilità di accedere ad un “chi fa cosa”, in una dimensione strategica, dove singoli interventi (terapeutici, residenziali, socio lavorativi...) possono collocarsi, con le loro specifiche caratteristiche, all’interno di un progetto più ampio, inserendosi opportunamente in diverse “fasi”. L’elemento centrale, in questo caso, è nel ruolo di coordinamento, cui viene affidato e riconosciuto il compito di “tenere insieme” le diverse parti. Si parla di “*case manager*”, un ruolo ed una funzione che, a seconda dei contesti e degli specifici percorsi, possono essere svolti sia da professionisti del pubblico, che del privato, ai quali vengono richieste competenze e conoscenze, sia della specifica situazione (storia, condizione familiare e sociale, precedenti interventi trattamentali...), che delle risorse di rete attivabili in quel momento.

Un terzo livello, pienamente in termini di “*alta integrazione*”, può rintracciarsi nella possibilità che qualsiasi specifico intervento possa, pur nel riconoscimento della propria specificità e professionalità, confrontarsi e modificarsi in itinere, alla luce del lavoro svolto dagli altri ed in funzione di un percorso “in progress”, ridefinendo costantemente i propri obiettivi nello specifico “qui ed ora” ed in stretta connessione con un prima, con un poi e soprattutto con la variabilità delle condizioni contestuali, in ciascuna area di intervento. A questo livello, occuparsi di reinserimento socio-lavorativo significa rimanere connessi ed in evoluzione sia con le specificità di un percorso trattamentale individualizzato, che con i luoghi, i tempi ed i contesti del territorio (associazionismo, politiche abitative, inserimento lavorativo). L’elemento centrale, in questo caso, è nella possibilità di operare in “*équipe temporanee, multiprofessionali e integrate*”, costituite da operatori di diversa provenienza (Ser.T., D.S.M., Servizi Sociali, S.A.L., Comunità Terapeutiche...), coinvolti nel o negli specifici casi. Il coordinamento, funzione delicata e strategica, si esprime a questo livello, non tanto come competenza-conoscenza sulla situazione, ma sulla conduzione del gruppo di lavoro stesso: garanzia di tempi e di spazi costanti di incontro (setting), facilitazione nella gestione dei conflitti, delle criticità o delle emergenze, nella lettura delle dinamiche operative e relazionali che si sviluppano nell’ambito del progetto/percorso con la persona e con i colleghi.

5.3 Due esperienze in termini di buone prassi

Nella sperimentazione effettuata nel territorio di Foligno-Spoleto (AUSL2 Umbria), dove opera chi scrive, tali elementi hanno portato alla strutturazione di due modalità di intervento, tra loro integrate.

Il **P.A.T.** (Programma integrato di accompagnamento territoriale), servizio che prevede lo sviluppo di percorsi trattamentali con la persona direttamente nei suoi contesti di vita. Nella suggestione e nella possibilità di pensare un territorio come “comunità che si prende cura”, degli operatori con funzione di tutor accompagnano individualmente l’utente nella costruzione e nello sviluppo del proprio percorso terapeutico riabilitativo. I tutor si attivano “con la persona” nella ricerca e nella connessione con le diverse risorse già presenti nel territorio, sia da un punto di vista trattamentale che di inserimento sociale, non offrendo direttamente risposte ai diversi bisogni e garantendo una presenza nella quotidianità, proporzionata alle esigenze e alle specifiche potenzialità della persona. Parallelamente, i tutor operano per coinvolgere progressivamente i diversi professionisti che seguono il soggetto/utente in un lavoro di integrazione, attraverso la costituzione di “*équipe sul caso*”. Il P.A.T. è attivo dal 2006 e, ad oggi, impiega un’*équipe* di sei tutor, che segue circa 30 progetti altamente individualizzati, che prevedono contemporaneamente sia percorsi trattamentali

(farmacologici, psicoterapeutici e in alcuni casi, per brevi periodi, residenziali) che di inserimento socio-lavorativo. Senza entrare nelle specificità del Servizio (rif. Bibliografico), va detto che l'esperienza sta fornendo risultati incoraggianti sia nell'ottimizzazione delle risorse, che negli esiti. L'alta flessibilità che caratterizza questa proposta consente prese in carico "minime ed efficaci" nei molti casi di persone che hanno effettuato percorsi residenziali extraterritoriali. D'altra parte, nelle articolazioni più complesse, esso risulta particolarmente utile sia per problematiche di co-morbilità psichiatrica, che per interventi in contesti familiari complessi, anche con persone di giovanissima età.

Nel tempo, il P.A.T. ha proposto e promosso un sempre maggior utilizzo della metodologia delle "equipe sul caso" sopra citata e ad oggi adottata, in modo diffuso, sia nel Ser.T. che nelle esperienze della Comunità La Tenda. Generalmente questi spazi di lavoro integrato (incontri di circa 1- 2 ore) hanno cadenza mensile ed il coordinamento viene individuato fra gli operatori coinvolti. Pur nelle differenze, legate alle specificità delle situazioni, in diversi casi tale metodologia ha permesso uno spostamento importante nei termini di una funzione di sviluppo, e quindi terapeutica, assunta dall'intera équipe, consentendo da un lato una visione a tutto tondo della persona e dei suoi contesti, dall'altro la gestione e l'evoluzione di situazioni particolarmente complesse e critiche.

L'utilizzo sistematico di tali spazi consente, ai diversi operatori coinvolti, di governare soprattutto le situazioni di inserimento socio-lavorativo, permettendo di gestire anche le fasi critiche, che diversamente porterebbero a fallimenti e/o abbandoni. Infine, l'utilizzo di tale modalità sembra incidere particolarmente nella diminuzione dei rischi di overdose, dei ricoveri (ospedalieri e in strutture residenziali) e nel contenimento verso fasi acute di dipendenza e agito del sintomo.

6. Prospettive

In termini di strumenti di processo, una nota merita l'attivazione di *tavoli multistakeholder* che coinvolgano i diversi attori istituzionali del territorio (rappresentanze politiche, servizi, terzo settore, sindacati e associazioni datoriali, scuole...). I temi e i problemi dell'inserimento socio-lavorativo, infatti, rischiano di non trovare risposte efficaci, se non si ricollocano contemporaneamente in un processo più generale di integrazione e di presa in carico del territorio, sia come attori che come politiche. Alcune esperienze del C.N.C.A. (inserire rif. Bibliografico Spiazza...menti) rimandano alla proficua sperimentazione di tavoli di lavoro ad hoc rispetto a punti di interesse, in intersezione fra i vari soggetti: politici, economici, del welfare e dell'associazionismo. Il tema delle dipendenze si intreccia qui ad importanti aspetti che vanno dalla prevenzione, alla gestione di problematiche in atto, alla sicurezza, fino allo sviluppo dell'economia locale e della vivibilità del territorio stesso. In funzione analoga a quella delle "equipe sul caso", tali tavoli, se gestiti in un'ottica progettuale e di governance dei processi, favoriscono la costruzione e lo sviluppo di una cultura locale che permette sia l'attivazione, che il mantenimento e lo sviluppo, di percorsi individuali di inserimento.

Da un punto di vista operativo si sottolinea che il lavoro in progetti e percorsi integrati, a qualsiasi livello si possa intendere, non significa ripercorrere una dimensione confusiva in cui "tutti fanno tutto". L'esperienza mostra, infatti, che un proficuo lavoro di integrazione e quindi di completa *riconnessione ed inserimento sociale* passa, semmai, per un profondo riconoscimento e una piena valorizzazione delle *differenze*: intese come competenze ed esperienze, come vision e mission di ciascun professionista e di ciascuna organizzazione, come approcci coerentemente proponibili al problema. Significa inoltre lavorare nell'ottica di ciò che è "ragionevolmente possibile fare" dalla

propria prospettiva di intervento e rispetto ad obiettivi circoscrivibili e verificabili. Semmai, il passaggio auspicabile è verso un'ottica in cui “tutti esprimono le proprie specificità, tenendo consapevolmente conto del tutto”, uno scenario in cui è possibile ed auspicabile coinvolgere, fin dalle primissime fasi, gli stessi destinatari degli interventi, nella doppia dimensione di persone in difficoltà e di portatori di risorse, verso la costruzione di una cittadinanza attiva ed attenta allo sviluppo del territorio stesso.