

L'AREA DELLA CRONICITA' NELLE DIPENDENZE- LE RIFLESSIONI DEL SERVIZIO SOCIALE DEL SERT

A cura degli assistenti sociali del Dipartimento Dipendenze della Azienda Sanitaria di Firenze

Premessa

Parlare di area della cronicità¹ non ha il senso di emettere sentenze definitive nei confronti della condizione di determinati gruppi di persone, né di connotarle negativamente; si tratta semmai di utilizzare una definizione ormai invalsa a livello nazionale, e che identifica un particolare gruppo di utenti dei Ser.T che si è stabilizzato nella dipendenza, o nella cura farmacologica, senza che questa debba essere intesa come una condizione definitiva, irreversibile.

Si tratta effettivamente di un termine, quello di cronicità, che si presta a fraintendimenti e strumentalizzazioni, che è mutuato dall'ambito della pratica sanitaria. Anche questo determina ulteriori resistenze in chi opera nel sociale.

Lo scopo del presente contributo è di dimostrare che l'area della cronicità è estremamente variegata, al contrario del sentire comune, che la considera caratterizzata da persone ormai 'bruciate' e senza risorse. Vogliamo anche dimostrare come i Ser.T ed il privato sociale, nonostante l'ambiguità del mandato sociale, nonostante la rappresentazione sociale negativa dell'area della cronicità nelle dipendenze, nonostante la carenza delle risorse, siano riusciti a promuovere e mantenere l'integrazione sociale e le competenze relazionali di molte persone che afferiscono a questa area, riuscendo a fornire un intervento di sostegno anche ai più marginali e problematici

Spunti di riflessione

Nel tempo i Ser.t ed il privato sociale che gestisce le comunità terapeutiche vedono aumentare il "peso" dell'utenza afferente all'area della cronicità. Questo dato di fatto non deve sorprendere, visto che già l'OMS definisce la tossicodipendenza da oppiacei come una patologia cronica recidivante.

Le problematiche afferenti all'area della cronicità sono aggravate dalla situazione di crisi economica, dalla precarietà del lavoro, oltre che dall'intrecciarsi di ulteriori elementi che facilitano la marginalizzazione, quali disturbi psichiatrici, una lunga storia penale ecc..

Questo determina da una parte un considerevole aumento dei bisogni, di domande di prestazioni e servizi sempre più specifici, di situazioni multiproblematiche, dall'altra difficoltà legate alle scarse risorse economiche messe a disposizione dalla ASL, Comuni, Caritas ecc.

Come ha scritto qualcuno la normativa sulle tossicodipendenze nasce con questa filosofia "ti aiuto se vuoi cambiare". La difficoltà a cessare l'uso di sostanze viene considerata la conseguenza di una cattiva volontà, o di una malafede.

Secondo lo psicologo Patrick Declerck, che si è occupato della condizione del clochard, la volontà è soltanto la capacità di dominare i desideri e le pulsioni più profonde. Tutto il resto non esisterebbe, ed afferma: "Per quale strana operazione di volontà cosciente, ad esempio, opteremmo per una carriera omosessuale piuttosto che eterosessuale? O l'inverso? Su quale inaudita esteriorità appoggiarsi per scegliere o meno di avere il desiderio, il gusto, la motivazione, in breve, la volontà di diventare magnaccia invece che pescivendolo? Soizic Bigorneau, sposata e madre di 4 bambini a Bénodet (Finistère sud) invece di vedette di strip tease a Las Vegas? Questa pretesa libertà esistenziale, già burlesca, diviene francamente assurda quando vi si ricorre rispetto

1 Un tempo li si definiva "utenti storici".

alle patologie. Chi può seriamente immaginare che si scelga di divenire alcolista invece che eroinomane? Maniaco depressivo piuttosto che schizofrenico? Nevrotico ossessivo piuttosto che sociopatico? Chi può, per un istante, sostenere che non si guarisce perché non si vuole guarire? Chi osa l'odiosa e disinvolta ingiuria di pensare, per un istante, che si vive nella strada perché lo si vuole? Perché piace? Chi? Ma tutti, sempre... (...) La verità, molto semplice e poco gloriosa, è che, come me, come te, tutti gli uomini e fino all'ultimo e più allucinato dei folli, fanno quel che possono con ciò che sono. Vale a dire non un gran ché, con quasi niente... Non ciò che si vuole ma, più miseramente, ciò che si può²".

Invece, l'approccio indotto dalla normativa vigente considera la persona dipendente da sostanze 'malata' se vuol 'guarire' e ci riesce, altrimenti è un deviante. Perché la dipendenza da sostanze viene considerata un 'vizio' da devianti, per cui occorre aiutare, salvare, separare il malato rispetto al deviante, che invece va sanzionato. E' questo che distinguerebbe il tossicodipendente 'buono' da quello deviante: riuscire a smettere. Ecco allora che l'area della cronicità viene a connotarsi in modo estremamente negativo. Le persone che ne fanno parte vengono considerate pericolose, e quella che va contenuta e presa in considerazione è solo la loro pericolosità. Una riprova di questo atteggiamento può essere individuata nella normativa sulla idoneità al lavoro: mentre per gli alcolisti tale idoneità viene richiesta per le mansioni che possono comportare un rischio per sé e per gli altri, nel caso del consumo di sostanze (che non devono essere assunte in assoluto, diversamente dall'alcol), l'idoneità è valutata solo per quelle mansioni che possono comportare un rischio per gli altri.

L'inadeguatezza culturale della normativa attuale si riflette anche nella operatività dei Ser.T, per cui non è chiaro se ai servizi venga chiesto di trattare una patologia o un comportamento deviante. Ultimamente l'aspetto del controllo sociale del Ser.T si è acuito, con le competenze attribuite rispetto a patenti e idoneità al lavoro.

Molte persone che afferiscono all'area della cronicità hanno tentato molti percorsi terapeutici, hanno trascorso anni in svariate comunità. Dove starebbe la loro "cattiva volontà"? Si tratta evidentemente di un approccio ideologico al problema. Dovremmo partire dai problemi, e non dalle soluzioni. Dovremmo partire dalle persone, non dagli approcci ideologici.

Fare i conti con l'area della cronicità fa paura perché si vorrebbe considerare le sostanze come un elemento estraneo alla nostra società e cultura, il loro consumo sarebbe da considerare semplicemente come una 'incidente di percorso' in età giovanile, da recuperare. Invece, il consumo di stupefacenti ha ormai una lunga storia, la sua diffusione non conosce età, non sempre se ne esce e dovremmo imparare a convivere.

Curare non significa sempre e solo guarire, ma sempre e necessariamente avere cura, come recita il giuramento di Ippocrate "Guarire, curare, comunque assistere".

Invece, vi è un modo di pensare molto diffuso, grazie anche all'approccio culturale della normativa attuale, per cui un tossicodipendente "guarisce" del tutto oppure è un "cronico", sottintendendo una persona da cui non ci si può aspettare niente, **ma in senso negativo: un irrecuperabile irriducibile**. Per questa tipologia di persone si approntano servizi a bassa soglia, cioè ridotti al minimo indispensabile. La bassa soglia, più che definire una accoglienza che pone poche condizioni, finisce per indicare la limitatezza delle opportunità a cui una persona con problemi di cronicità può aspirare. In questo quadro, avere bisogno di servizi ed assistenza diviene quasi una vergogna, e si rischia di disconoscere la dignità di coloro che non ce la fanno. I soldi spesi nei loro confronti possono apparire allora una sorta di 'spreco'.

Invece, negli anni, l'intervento nei confronti di questa fascia della popolazione ha

- ridotto l'intervento del circuito penale

2 Declerck P. "Le sang nouveau est arrivé. L'horreur SDF", Gallimardi, Paris, 2005, pagg. 69-70.

- ha contribuito a migliorare la qualità della loro esistenza,
- ha contribuito a protrarre la durata della loro vita,

tutto questo ha reso possibile un percorso di affrancamento dalle sostanze, per un certo numero di persone.

In realtà, vedremo che l'-area della cronicità, identifica un gruppo di persone estremamente vario, tranne che per un lungo rapporto con gli stupefacenti o con l'alcol. Vi sono persone che, come abbiamo già accennato, sono state accolte più di una volta in comunità terapeutica, ed altri che non hanno mai intrapreso tale scelta, c'è chi conduce uno stile di vita improntato alla marginalità e chi è ben inserito nel proprio contesto lavorativo e sociale. Anche il rapporto con le sostanze è diversificato.

Una parte consistente delle persone che rientrano nella cronicità hanno bisogno di sostegno e supporti, per mantenere una compatibilità sociale, che sono diversi da quelli di cui si avvalgono le persone che non sono da considerare "croniche". Si tratta insomma di elaborare, individuare risposte diverse e più appropriate.

L'esperienza dei manager e quadri di multinazionali per le quali le imprese pagano l'assistenza ed il trattamento dimostra che anche in presenza di recidive o cronicità, le persone maturano e mantengono capacità importanti, talvolta non sostituibili, in termini di responsabilità, capacità relazionali, di progetto, creatività ecc.

Si tratta di considerazioni che vengono confermate anche rispetto alla utenza dei Ser.T. Molti sono utenti da tanti anni, ma dimostrano di saper mantenere un lavoro, di gestire in modo più o meno adeguato le responsabilità genitoriali e familiari.

Abbiamo l'impressione che nei confronti di queste persone vi sia un pregiudizio analogo a quello che vi era un tempo nei confronti degli invalidi civili: il fatto che presentino una o più disabilità non impedisce necessariamente che possano condurre una soddisfacente vita di relazioni e professionale.

Occorre allora pensare a queste persone come soggetti che hanno bisogno di servizi di sostegno ed appoggio che consentano di mantenere e sviluppare l'integrazione sociale, anche in momenti di difficoltà. Non interventi volti immediatamente alla remissione, ma flessibili e tempestivi.

I dati degli *operatori territoriali* dimostrano che vi è un certo numero di persone che evidenziano una marginalità che non è recuperabile, ed un gruppo più consistente di persone che afferiscono all'area della cronicità e che rischiano, nel tempo, di scivolare nel primo gruppo, se non si interviene con azioni adeguate. Rischiano di divenire soggetti nei confronti dei quali non è più possibile nessun intervento che consenta comunque una compatibilità sociale.

L'incapacità di alcuni utenti del Ser.T a gestire la propria autonomia spinge talvolta gli operatori a inserimenti protratti presso EAC, o a passare comunque da un inserimento ad una comunità terapeutica ad un'altra, senza una aspettativa terapeutica, né di ricompenso, ma solo di contenimento e/o ospitalità, in un'ottica di ricovero. In questi casi sarebbero più opportune risposte di tipo assistenziale mirate. In assenza di questo, già un certo numero di persone marginali afferenti all'area della cronicità vengono ospitate in RSA.

Occorrerebbe differenziare i programmi residenziali a seconda che siano finalizzati all'area della cronicità, e quindi finalizzati al ricompenso, o ad utenti con buone possibilità di uscita dalla dipendenza. Invece le comunità, non riuscendo a proporre percorsi differenziati, rischiano di diventare fini a se stesse e di perdere credibilità.

Inoltre, nella situazione attuale, i programmi protratti nel tempo demotivano i pazienti più problematici a tornare nei luoghi provenienza, poiché sono stati ormai persi i contatti ed i legami del passato. Si preferisce rimanere vicino alla comunità, e questo, nel tempo, ha creato rilevanti problemi di integrazione nelle realtà su cui insistono comunità terapeutiche. Sarebbero opportuni programmi più brevi, con un progetto ben definito da parte del Ser.T inviante.

Il percorso di recupero, o comunque di aiuto, si dovrebbe svolgere anche all'esterno della comunità, affiancando e accompagnando i pazienti. Ciò consentirebbe di prevenire, contenere i problemi della marginalità e considerare il territorio come una risorsa terapeutica. Deve essere quindi riconosciuta una retta anche per nuovi programmi "esterni". In caso contrario, le persone che hanno terminato le fasi della comunità rischiano di non essere seguite da nessuno, specialmente se mantengono la residenza di provenienza. L'accompagnamento è la chiave di volta degli interventi rispetto all'area della cronicità.

Si tratta quindi di ampliare l'offerta delle prestazioni erogate e di diversificarle in funzione dei bisogni espressi, ma anche di ottimizzare il sistema dei servizi, perseguendo il principio di sussidiarietà, solidarietà e integrazione tra pubblico e privato sociale. La rete dei servizi relativi alla dipendenza si configura come una risorsa essenziale rispetto al contenimento ed alla prevenzione della marginalità più in generale. Non sono pochi gli utenti dei Ser.T che, a fronte di un buon compenso farmacologico, sono da considerarsi marginali per problematiche che non hanno a che fare con le dipendenze.

Se non si interviene si rischia un progressivo scivolamento verso la strada ed il carcere.

Delimitazione empirica dell'area della cronicità e delle sue specificità

Poiché non vi è una definizione unanimemente accettata rispetto alla individuazione di tale area, abbiamo pensato di delimitare, empiricamente, l'insieme delle persone che in modo più evidente appaiono fare parte di questa popolazione.

Per questo abbiamo individuato i seguenti criteri:

- Persona in carico al Ser.T da almeno 10 anni, e che hanno già alle spalle lunghi programmi di trattamento con il Ser.T .
- persone con un'età maggiore di 30 anni.

Per definire le caratteristiche 'interne' dell'area della cronicità, e per elaborare gli interventi più opportuni nei confronti di chi vive una condizione di maggiore difficoltà, abbiamo elaborato una tipologia che suddivide questa popolazione in sei fasce:

- A.** Persone "stabilizzate" e ben inserite socialmente, in carico a mantenimento farmacologico. Si rivolgono al servizio esclusivamente in funzione del trattamento farmacologico. Non si tratta di persone a rischio di marginalizzazione.
- B.** Persone che periodicamente si scompensano, ma che non sono a rischio di marginalizzazione. Possono essere in carico sia saltuariamente che a mantenimento farmacologico. Si rivolgono al servizio in funzione del trattamento farmacologico, di ricompenso nei momenti di crisi.
- C.** Persone ben inserite socialmente, che a cause delle ricadute divengono a rischio di marginalità.
- D.** Persone che fanno uso continuo o ricorrente di sostanze, marginali, molto fragili e poco compensate, ma con qualche risorsa. Frequente compresenza di patologie di tipo psichiatrico.
- E.** Persone che fanno uso continuo o ricorrente di sostanze, fortemente marginali e con risorse inconsistenti.
- F.** Persone in carico farmacologico a mantenimento, stabilizzate, ma marginali per ragioni diverse dalla dipendenza.

Per semplificare ulteriormente la suddivisione che abbiamo definito, abbiamo elaborato il seguente schema.

	Farmaco a mantenimento	Uso di sostanze	Risorse (familiari e/o personali)	Marginalità
A	Mantenimento	No	Sì	No
B	Mantenimento	Continuativo o saltuario	Sì	No
C	Mantenimento	Continuativo o saltuario	Sì	Rischio
D	Mantenimento o istituzionalizzati	Continuativo o ricorrente o istituzionalizzato	Poche	Sì o istituzionalizzato
E	Mantenimento o istituzionalizzati	Continuativo o ricorrente o istituzionalizzato	Inconsistenti	Sì o istituzionalizzato
F	Mantenimento	No	Inconsistenti	Sì

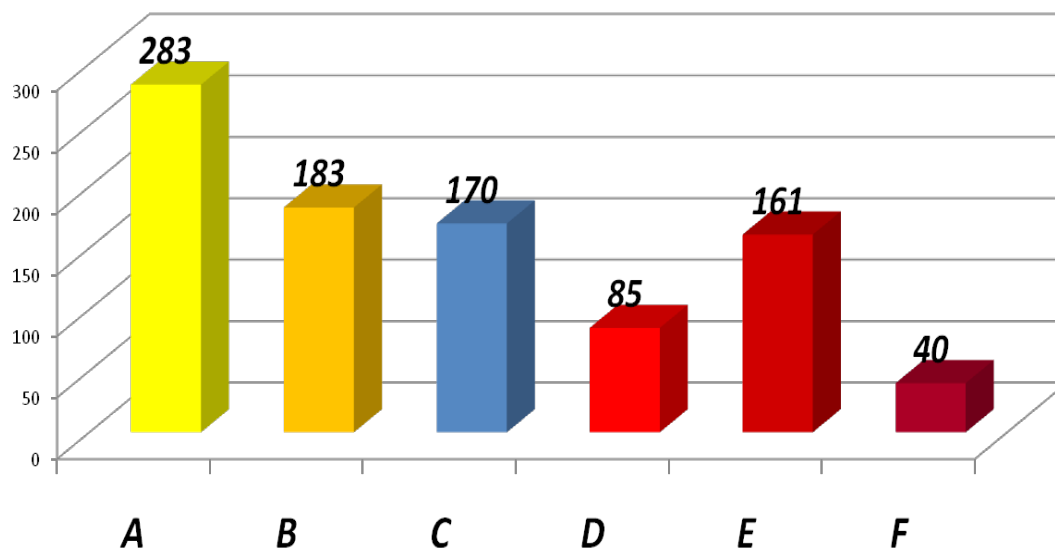
Quantificazione dell'area della cronicità

La ricerca ha coinvolto tutti i Ser.T della Azienda Sanitaria di Firenze, è relativa al periodo 1.1.2010-30.10.2010. Le persone che rientrano nell'area della cronicità sono state 922, su un totale di 4285 pazienti in carico. L'area della cronicità 'copre' il 21,5% della popolazione totale.

Gli uomini sono 747, pari all'81% del totale, le donne sono 175, pari al 19% del totale.

L'età varia dai 30 ai 79 anni, in quest'ultimo caso si tratta di un paziente etilista, ma vi è un certo numero di tossicodipendenti ultra sessantenni. L'età media è di 44, 6 anni.

Distribuzione dell'utenza secondo i criteri individuati



Commento al grafico sulla suddivisione per gruppi dell'utenza cronica

Abbiamo verificato che non vi sono differenze significative tra utenza maschile e femminile rispetto alla distribuzione all'interno delle varie fasce.

Il gruppo che afferisce alla fascia 'A' è di gran lunga il più consistente. Questo ci ha spinto a sviluppare alcune considerazioni, ad esempio sul fatto che la cronicità si caratterizza anche in

base alla logica dei servizi. Ad esempio molti tra coloro che afferiscono al gruppo 'A', potrebbero ritirare il farmaco che assumono a mantenimento in farmacia, magari su prescrizione del medico di medicina generale. In questo modo, da un punto di vista di immagine sociale, sarebbero semplicemente pazienti in cura, come lo sono coloro che assumono psicofarmaci a mantenimento. Il fatto di essere costretti a rivolgersi al Ser.T per assumere i farmaci e sottoporsi ai controlli, ne fa dei tossicodipendenti cronici tuttora in trattamento.

Questa considerazione ci spinge a porci la domanda: possibile che la dimissione degli utenti dal Ser.T possa avvenire solo in assenza di assunzione di farmaci? Per quale motivo le persone stabilizzate, che rientrano nel gruppo A, non potrebbero continuare la loro terapia senza rivolgersi necessariamente al Ser.T? Il servizio dovrebbe rimanere a disposizione in caso di ricadute e momenti di crisi, ma una volta raggiunti gli obiettivi prefissati, che in questi casi potrebbero essere una stabilizzazione ed una cura a mantenimento, la persona potrebbe essere dimessa ed essere seguita dal medico di medicina generale, come tutti gli altri cittadini.

Secondo noi tutto ciò non avviene perché implicitamente il legislatore considera i farmaci che vengono utilizzati nel Ser.T delle 'droghe'. In pratica, si ritiene che gli operatori del Ser.T curino i propri pazienti 'drogandoli'. Ancora una volta, appare l'aspetto ideologico che sostiene la normativa vigente, che mortifica la professionalità degli operatori, ne mina la credibilità a scapito di un approccio di tipo scientifico. In questo modo, una buona terapia a mantenimento, che favorisce l'inclusione, viene vissuta, a livello sociale e dai pazienti, come la prova di un fallimento personale, oltre che di una pericolosità latente di chi vi ricorre.

Dal grafico emerge che circa la metà delle persone che rientrano nell'area della cronicità non sono marginali. Riteniamo che i gruppi A e B siano molto consistenti, anche grazie al lavoro ed alla presenza dei Ser.T.

Vorremmo fare adesso alcune considerazioni sulla marginalità, ed a questo scopo accorpriamo le sei fasce riportate nel grafico a tre, per comodità. Nella prima, che include A e B, si hanno persone che non presentano problemi di marginalità, nella seconda fascia si avrebbe il gruppo C, che comprende gli utenti che possono essere definiti a rischio di marginalità, mentre i gruppi restanti rientrerebbero nella fascia della marginalità più o meno grave.

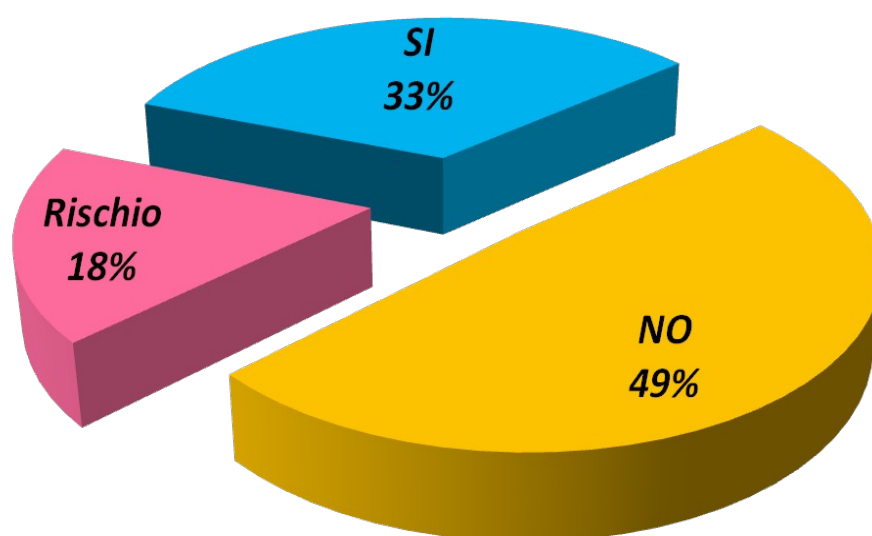
Si tenga presente che la marginalità non è esclusiva della cronicità e, sulla base del grafico, ci chiediamo se la percentuale di cronici marginali sia molto diversa da quella di marginali non cronici utenti del Ser.T. Cioè, la marginalità potrebbe essere trasversale tra cronici e non cronici.

Il fatto che un certo numero di utenti dell'area della cronicità non rientrino nei gruppi D, E o F dipende dal fatto che dispongono di un buon contesto sociale che li sostiene

Molte persone che rientrano nella marginalità sono seguite e sostenute con interventi di istituzionalizzazione di vario tipo. In questo modo, la loro sofferenza ed il rischio sociale che ne può derivare, vengono contenuti.

Analizziamo adesso, più nel dettaglio, la condizione femminile.

Gruppi di utenti donne in base alla marginalità



Commento al grafico sulla suddivisione per fasce tra le donne

Le donne che rientrano nella terza fascia, quella della marginalità, sono multiproblematiche (disturbi psichiatrici, insufficienza mentale, invalidità civile, prostituzione ecc.)

Per loro, diversamente dagli uomini, non ci sono opportunità specifiche (tranne le donne con figli piccoli), come strutture flessibili residenziali o comunità di vita, in genere riservate agli uomini. Poiché la convivenza tra i due sessi viene ritenuta problematica da gestire, di fatto ci si rivolge ad una utenza esclusivamente maschile.

Le donne marginali tendono a legarsi in misura maggiore, rispetto agli uomini, a persone marginali e/o devianti.

Vi è una maggiore conflittualità delle donne nei confronti dei servizi, soprattutto in relazione alle problematiche che si presentano rispetto ai figli.

Rispetto agli uomini le donne sono costrette molto più spesso ad accontentarsi di lavori a nero, precari e mal retribuiti (pulizie, accudimento ecc.)

Risposte auspicabili nei confronti delle problematiche relative all'area della cronicità

Sulla base delle riflessioni di cui sopra, riteniamo che sarebbe opportuno predisporre le seguenti risposte, al disagio specifico dell'area della cronicità:

A livello regionale:

- Prevedere un osservatorio regionale sul fenomeno, in stretto contatto con i servizi,** per individuare le esigenze ed adeguare le risposte conseguenti.
- Prevedere e finanziare la formazione e l'aggiornamento degli operatori sui temi della cronicità e marginalità.**

A livello territoriale

- Prevedere forme di coordinamento ed integrazione tra le Società della Salute ed i Servizi dell'Azienda Sanitaria**, relativamente ai bisogni che emergono in tema di cronicità, marginalità ed inclusione sociale
- Somministrazione metadone direttamente in farmacia**, per coloro che non intendono avvalersi di ulteriori interventi terapeutici e che, nonostante l'uso protratto di sostanze, mantengono una buona inclusione sociale ed un buon equilibrio personale. Si tratta delle persone identificate nella fascia 'A', rispetto all'area della cronicità. Questo contribuirebbe a semplificare l'accesso al Ser.T da parte di persone che risiedono in aree decentrate e che potrebbero avvalersi delle farmacie più vicine. Il Ser.T sarebbe comunque pronto a riprendere in carico i pazienti in caso di ricadute o momenti di crisi.
- Programmi residenziali finalizzati al ricompenso con tempistiche flessibili**, in piccoli appartamenti, con percorsi ed obiettivi individualizzati per persone identificate nella fascia 'C', rispetto all'area della cronicità. Dunque, sarebbero funzionali per persone che comunque dimostrano un buon inserimento sociale e che non hanno bisogno né di periodi lunghi in cui riflettere rispetto al loro futuro, né di una struttura finalizzata alla sola disintossicazione. Questi nuovi programmi dovrebbero protrarsi da due ad un massimo di sei mesi; si manterrebbe un rapporto, per quanto possibile, con i familiari e le persone di riferimento; si consentirebbe alle persone di non perdere i legami con il proprio territorio, e quindi la possibilità di un veloce reinserimento nei luoghi di provenienza. Si tratta dunque di nuovi percorsi comunitari, diversi concettualmente rispetto ai programmi per fasi individuati dalla del. Reg. 1165. Anche in questo caso si tratterebbe di una razionalizzazione degli interventi rivolti alla area della cronicità, considerato che molti hanno già alle spalle diverse lunghe esperienze di comunità residenziali.
- Programmi residenziali per persone caratterizzate da marginalità**, in piccoli appartamenti, con percorsi ed obiettivi individualizzati per persone identificate nella fascia 'D', rispetto all'area della cronicità. I percorsi dovrebbero essere individualizzati rispetto ai contenuti dell'esperienza ed ai suoi tempi. L'appartamento per donne marginali che stiamo sperimentando a Borgo San Lorenzo risponde a queste caratteristiche. Anche in questo caso si tratta di nuovi percorsi comunitari, diversi concettualmente rispetto ai programmi per fasi individuati dalla del. Reg. 1165. Si tratterebbe di una razionalizzazione degli interventi rivolti alla area della cronicità, considerato che molti hanno già alle spalle diverse lunghe esperienze di comunità residenziali.
- Centri diurni nel week-end e nei giorni festivi**, almeno nelle aree metropolitane, finalizzati alla socialità, per ridurre i rischi legati alla marginalità (si tratta delle persone identificate nelle fasce 'B', 'C', 'D', rispetto all'area della cronicità). E' in questi momenti che la marginalità pesa maggiormente su persone per definizione particolarmente fragili.
- Prevedere **fasi della comunità anche all'esterno dell'EAC**, pagate con retta dai Ser.T invianti. In questo modo, non dovrebbe essere la zona in cui le comunità terapeutiche si trovano a farsi completamente carico delle problematiche relative alla cronicità delle persone che sono state impegnate nel percorso comunitario, e che hanno deciso di rimanere sul territorio (si tratta delle persone identificate nella fascia 'D', rispetto all'area della cronicità). Il Ser.T inviante dovrebbe corrispondere la retta fino al termine del programma, anche se la persona ha cambiato la residenza. Anche questa nuova fase dei programmi comunitari dovrebbe comportare una modifica della del. Reg. 1165. Abbiamo definito la figura di riferimento di questa fase "operatore territoriale". In dettaglio, il suo compito è di promuovere e consolidare un'azione di integrazione e sostegno all'interno della comunità territoriale, sia per le persone provenienti da percorsi di recupero terapeutico-riabilitativo che scelgono di stabilirsi nel territorio su cui insiste la comunità, sia

per altre situazioni di povertà ed emarginazione, spesso legate a varie problematiche (immigrati, alcolisti, senza fissa dimora ...). Tale figura, esperta nell'ambito della dipendenza da sostanze, è in grado di monitorare i fenomeni all'interno del contesto in cui si trovano, al fine di contribuire all'organizzazione e integrazione delle risposte in base ad una logica di territorio e di prossimità al bisogno. L'operatore territoriale diventa anche un terminale del Sert sul territorio. In definitiva l'operatore territoriale cerca di intervenire sulle fragilità, rispetto alle persone identificate nei gruppi 'D', 'E', 'F' nella marginalità e nella fase del post reinserimento dall'EAC. Intervenendo nei luoghi di vita, l'operatore territoriale si configura anche come una risorsa per la comunità locale, poiché entra in contatto con il disagio di chi non è conosciuto direttamente dai servizi, propone risposte, diviene un tramite con i servizi pubblici ed un terminale qualificato per monitorare ed intervenire nei contesti a rischio. Rispetto alla marginalità più problematica, l'operatore territoriale può aiutare coloro che non si sanno rappresentare a rapportarsi con i servizi. In effetti la richiesta di aiuto richiede comunque delle competenze, quali il saper tenere conto degli orari dei servizi, gli eventuali contrattempi (operatori in ferie, malattie ecc.), una competenza relazionale, avere a disposizione i documenti richiesti, il saperli reperire, la continuità di rapporto attraverso il rispetto degli appuntamenti concordati ecc. che molte persone marginali non sono in grado spesso di sostenere. Questo determina conseguenze molto gravi che, oltre all'esclusione sociale, comportano la negazione di altri diritti fondamentali come avviene nel caso della cancellazione dal registro dello stato civile, che determina la condizione di 'senza fissa dimora'. Grazie all'operatore territoriale, i servizi sociali sarebbero in grado di incontrare le persone più in difficoltà: l'operatore territoriale può rappresentare un terminale dei servizi sul territorio.

- Rapporto costante con i servizi dello stato civile** dei vari comuni, perché spesso i cittadini che afferiscono all'area della cronicità rischiano di venire cancellati e perdere la residenza. Si tratta di un fenomeno da monitorare, ma consistente.
- Rapporto organico con i servizi di salute mentale**, poiché molte persone che afferiscono all'area della cronicità presentano disturbi di personalità e patologie di tipo psichiatrico (si tratta delle persone identificate nei gruppi 'B', 'C', 'D', 'E', 'F', rispetto all'area della cronicità). Talvolta, questo raccordo manca.
- Interventi socio assistenziali, sussidi ecc.**
- Rapporto organico con i centri per l'impiego** che, come afferma la LRT n. 32 del 26.7.2002, all'articolo 21 comma 2, lettera c, sostengono le "politiche contro l'esclusione sociale, al fine di favorire l'inserimento dei disabili e delle categorie svantaggiate". E' importante ricordare che un certo numero di persona afferenti all'area della cronicità sono invalidi civili o lo diverranno (si tratta delle persone identificate nei gruppi 'B', 'C', 'D', rispetto all'area della cronicità). Il rapporto con i Centri per l'impiego dovrebbe consentire, magari nella fase di reinserimento della comunità terapeutica, esperienze formative e di qualificazione professionale anche per coloro che hanno perduto il lavoro. Questo consentirebbe di finalizzare gli inserimenti lavorativi terapeutici, in una dimensione di incontro tra domanda ed offerta di lavoro.
- Rapporti definiti con Questura e Prefettura** per le procedure di rinnovo e/o regolarizzazione dei permessi di soggiorno per le persone extra-comunitarie.
- Rapporti definiti con le istituzioni e gli enti che si occupano di prostituzione, violenza sulle donne e sui minori.**
- Monitoraggio della condizione sanitaria**, poiché molti sono affetti da gravi forme di epatopatie, HIV ecc.) e supporto nella richiesta di riconoscimento di invalidità civile ed, eventualmente, di handicap.