



DATI REALI... MA IDEOLOGICI E POCO CONDIVISI. LE DIFFICOLTA' DI UNA CORRETTA DESCRIZIONE DEL FENOMENO

Con il presente documento le realtà del privato sociale, enti gestori di servizi per le dipendenze, associate nel C.E.Ge.S.T. e Promozione Umana esprimono una loro posizione e alcune riflessioni sul documento “Rapporto sui trattamenti residenziali e sulle strutture di offerta anno 2003” e sull’introduzione preparata dalla Dott.sa Tidone Laura.

Ci riconosciamo nel lavoro avviato con il tavolo di coordinamento in attesa della costituzione del Dipartimento.

Riconosciamo altresì importante il lavoro di informazione della cittadinanza in merito alle attività e ai risultati ottenuti dai servizi del pubblico e del privato che operano nell’ambito delle dipendenze.

Riteniamo però non corretti i due documenti sopra citati in merito alla forma e ai contenuti.

Pertanto chiediamo che non vengano resi pubblici nella attuale forma ma dopo un lavoro che ne individui la finalità e una maggior condivisione dei contenuti e una riorganizzazione degli stessi.

A giustificazione di questa nostra posizione presentiamo una serie di nostre riflessioni sui documenti che possono essere collocate le prime a livello istituzionale - organizzativo, le seconde a livello di contenuti e le ultime a livello di metodo nel trattamento dei dati.

1. Motivazioni di carattere istituzionale organizzativo.

- Vi è un'unica motivazione a questo livello ma di carattere determinante la valutazione del lavoro sui dati. La letteratura ci ha insegnato che non esistono dati neutri ma sempre interpretati da un contesto che è lo stesso che raccoglie i dati. Nei documenti si vorrebbe avvalorare la tesi che questo contesto, nel nostro caso il tavolo nato in sostituzione del Dipartimento, abbia raggiunto una uniformità di pensiero e che il documento è frutto di questa uniformità. Le riflessioni sugli elementi contenutistici, che vengono dopo presentate, evidenziano che questo non è vero e che di conseguenza il contesto che sta alla base dei dati prodotti è il contesto del Sert. Detto questo ne consegue che i dati rappresentano la ideologia del Sert. di Bergamo.

2. Motivazioni in merito ai contenuti.

- Sia l’introduzione al documento che lo stesso documento basano le interpretazioni del fenomeno consumo di sostanze sul concetto di malattia. Non si vuole qui negare l’utilità di questo concetto ma non lo si ritiene onnicomprensivo per la descrizione del fenomeno e soprattutto per la descrizione delle prassi utilizzate dalle comunità. Viene inoltre sottolineata nella presentazione la non coincidenza tra il concetto di malattia e quello di medicalizzazione. Di patto nella prassi questo avviene come mostreranno le successive riflessioni.
- Le dipendenze vengono definite, utilizzando un linguaggio medico, “patologie cronico recidivanti”. Questa affermazione, viene detto, si fonda su una ampia letteratura. Siamo disposti a presentare un ampia letteratura che mostra come le



dipendenze non sono necessariamente patologie recidivante. Ed anche un'ampia letteratura che mostra come è il grave disagio che si presenta nelle biografie individuali in forma anche recidivante.

- Grave disagio, stato di sofferenza, esclusione. Sono concetti che maggiormente interpretano il nostro modo di leggere il fenomeno dipendenze. In questo senso non ci riconosciamo nel termine, sempre medico, che indica la finalità del nostro lavoro: guarigione. Preferiamo parlare di benessere, di recupero di vecchi o nuovi significati nelle biografie individuali, di maggior partecipazione ai diritti di cittadinanza e di consumo o non consumo di sostanze.
- Nel documento sui dati non viene fatto nessun accenno sulle motivazioni per cui vengono proposti dei percorsi residenziali a differenza dei percorsi ambulatoriali. Si fa riferimento spesso al concetto di gravità in riferimento agli esiti (altri due termini che trovano senso in riferimento al concetto di malattia il primo e guarigione il secondo e quindi fondamentalmente medici). Se osserviamo la tabella sugli esiti due possono essere le conclusioni: la prima che le comunità sono servizi incapaci in merito all'esito guarigione, la seconda che nelle comunità vengono inviati i soggetti cosiddetti cronici per cui è quasi impossibile l'esito della guarigione. La seconda avvalorava meglio la percezione che come servizi abbiamo del nostro ruolo. Non che questo sia il ruolo che vogliamo ma che di fatto serviamo a questo, che il trattamento residenziale sia l'ultima possibilità offerta ai soggetti quando non ha funzionato quello ambulatoriale. La prima conclusione, purtroppo, ci sembra sia la tesi non esplicita che dà senso al documento.
- L'ideologia medica che regge tutto l'impianto è evidente nelle modalità di valutazione degli interventi. L'esito degli interventi ha come presupposto il concetto di guarigione. Ogni guarigione è effetto di una completa terapia. L'unico metro che abbiamo però per valutare la completezza della terapia nell'ambito degli interventi residenziali è il tempo trascorso. Per cui implicitamente il documento dice i soggetti che hanno completato la loro terapia sono guariti gli altri no. La realtà al contrario ci mostra come il completamento del percorso è un indice di buon esito ma non sufficiente, così come l'interruzione non necessariamente corrisponde a un esito negativo. Ciò succede se abbiamo come metro di misura la guarigione. Infatti questo non permette di fare una valutazione sulle nuove capacità acquisite dai soggetti né fare una valutazione del contesto che ha organizzato l'intervento. Infatti il termine malattia rimanda a una dimensione del problema unicamente soggettiva non prende in considerazione l'organizzazione dei servizi né il contesto in cui il soggetto vive.
- Infine non crediamo che l'intervento ambulatoriale costi meno di quello residenziale in quanto la residenzialità ospedaliera non regge il paragone (vedi rette). Al riguardo per non essere ideologici possiamo documentare questa affermazione con ricerche.



3. Motivazioni di carattere metodologico.

Per questo aspetto ci siamo fatti aiutare da una persona esperta nel trattamento di dati. Riportiamo al riguardo il testo integrale e la fonte.

Le seguenti note si riferiscono alla lettura della bozza del “Rapporto sui trattamenti residenziali e sulle strutture dell’offerta – anno 2003” predisposto dall’Osservatorio delle Dipendenze dell’Asl.

La lettura del rapporto porta ad alcune considerazioni sia complessive che di merito su singole parti del documento.

Nel suo complesso:

1. Il documento sottolinea spesso come il rapporto sia esclusivamente descrittivo, quantitativo e, quindi, non voglia entrare nell’analisi della efficacia sul lavoro svolto. Se ciò è in parte comprensibile, dall’altra però non aiuta a comprendere la “filosofia” complessiva del servizio, il raggiungimento di alcuni obiettivi stabiliti a priori e che il rapporto dovrebbe aiutare a verificare, proprio per migliorare con più efficacia e produttività il lavoro svolto dai vari soggetti istituzionali e no coinvolti. Più in generale, è necessario capire come questo servizio sia “dentro” un progetto di salute del territorio bergamasco e sia vissuto non solo come servizio tecnico ma anche come momento di elaborazione culturale di un pensiero comune, da parte di diversi soggetti, del pubblico e del privato sociale.
2. La premessa al rapporto è, di fatto, una premessa metodologica e non una presentazione del territorio, dei suoi bisogni, dei suoi servizi, delle sue risorse. La sua mancanza impedisce di cogliere il “senso” di un lavoro che contraddistingue la realtà di Bergamo dal resto della Lombardia e dell’Italia.
3. La mancanza del capitolo sulle conclusioni del rapporto pone l’interrogativo sul significato e utilità di un simile rapporto. La mancanza di una analisi sistemica sui dati presentati certamente non facilita il tirare alcune fila complessive che aiutino a meglio definire “chi fa che cosa” e su quali priorità conviene ovviamente lavorare di più. E’ la parte che dovrebbe aiutare a riposizionare gli obiettivi e i ruoli dei singoli soggetti coinvolti. La sua assenza porta a domandarsi quale è lo scopo del rapporto e, soprattutto, cosa si intende fare in questo strategico settore socio-sanitario.
4. La maggior parte delle tabelle sono elaborate statisticamente ma non “lette” nei suoi contenuti. E’ sicuramente una scelta rispettabile ma non aiuta a comprendere il significato tecnico dei dati, le sue luci ed ombre: se questo documento, come è probabile, sarà adeguatamente pubblicizzato anche al di fuori dei soggetti coinvolti, diventa necessario, a maggior ragione, aiutare chi legge a comprendere meglio il significato dei dati presentati.

Nei singoli contenuti

1. Fatto salvo le tabelle 1.1.1 e 1.1.2 è fuorviante avere voluto cumulare in una unica somma le persone tossicodipendenti e alcoldipendenti. Sarebbe stato più corretto presentare sempre due tabelle distinte che aiutassero a cogliere meglio le specificità delle due dipendenze studiate, più che limitarsi ad una somma algebrica che può essere utile come dato statistico ma non aiuta a leggere, nel dettaglio, i vari fenomeni.



Nel merito del capitolo 1.1 - *I soggetti in trattamento residenziale*: è da sottolineare come, al di là delle percentuali, colpisce il fatto che il numero dei soggetti in trattamento residenziale sia rimasto immutato (433). Ciò avviene in presenza di un aumento del 2,5% dei soggetti in trattamento.

A cosa è dovuta la diminuzione di persone tossicodipendenti in trattamento? Le spiegazioni fornite dal rapporto (pag 4) paiono troppo generiche e non comprensibili.

Manca, inoltre, una tabella che aiuti a comprendere i nuovi soggetti che, per la prima volta, si sono rivolti ai servizi per iniziare un trattamento di recupero. Ciò aiuterebbe a capire come il fenomeno tende o no ad ampliarsi e, al contrario, se i servizi sono in condizione di intercettare in modo costante lo sviluppo delle dipendenze analizzate.

2. A fianco della presentazione dell'età media dei soggetti "trattati", sarebbe stato molto utile avere tabelle sulle specifiche dipendenze, suddivise anche per fasce di età (tabella 1.1.4). Ciò avrebbe aiutato a leggere meglio e a verificare alcuni luoghi comuni sulla "persona tipo" coinvolta da fenomeni di devianza. A completamento del dato, sarebbe stato utile capire, a fianco del fenomeno della "doppia diagnosi", anche l'attività lavorativa o meno dei soggetti coinvolti ed il loro status sociale (sposato, celibe) per meglio leggere la tipologia tipica delle persone coinvolte.

Non meno importante, infine, alla luce anche della presenza di 14 ambiti territoriali sociali, avere qualche dato che aiutasse a cogliere la distribuzione territoriale del fenomeno, così come può essere letta a partire dai soggetti avvicinati dalle strutture dei Sert. Ciò sarebbe stato un valido aiuto, per i Comuni bergamaschi, nel capire meglio il proprio territorio e a pensare ad interventi preventivi e di accompagnamento anche per questi particolari fenomeni di devianza.

3. Nel capitolo 1.2 - *I trattamenti*: viene affermata la variabilità di comportamenti dei singoli Sert della Provincia. Ciò però pone l'interrogativo sul loro grado di funzionalità e/o di impostazione metodologica del lavoro. In particolare, colpisce il bassissimo numero di trattamenti svolti dal Sert di Lovere (184) e la scarsa percentuale di trattamenti residenziali proposti dal Sert di Gazzaniga (6,97%) contro una media del 10% a livello provinciale.
4. Crediamo utile, come modalità etimologica, evitare di parlare di "trattamenti residenziali" come indicato a partire in particolare dal capitolo 1.2 in avanti. Crediamo più rispettoso delle persone coinvolte, l'utilizzo del termine "inserimenti residenziali". Più in generale, va inoltre specificato in maniera comune, cosa si intenda per "trattamento", in quanto tale termine "ombrello" rischia di contenere il tutto ed il contrario di tutto.
5. Il grafico 1.2.2, a pag. 9, presenta, per la prima volta, gli Enti del privato sociale coinvolti nella progettazione sulle dipendenze. Sarebbe stato interessante ed utile prevedere uno specifico capitolo per queste realtà che aiutasse a cogliere la loro presenza ed utilità sul territorio, la loro distribuzione territoriale, la loro specificità rispetto alle dipendenze presentate dal rapporto e il grado di coinvolgimento e progettazione con le istituzioni pubbliche. In altri termini, sarebbe stato più utile completare meglio il capitolo 2 della relazione.



All'interno di questo capitolo, avrebbe acquisito più senso quanto presentato dalla tabella 1.2.6 nella quale si evidenzia come "solo" il 49,8% dei trattamenti residenziali sono stati attivati presso Unità d'offerta in provincia di Bergamo. Non si dà in proposito nessuna spiegazione.

6. La tabella 1.2.8, che presenta gli esiti degli inserimenti residenziali, avrebbe bisogno di una legenda che richiami il significato delle singole colonne (ad esempio completato cosa vuol dire, rispetto a cosa, ecc.).

Tra i dati interessanti di questa tabella, come delle altre del capitolo 1.2.2 occorre subito notare le grosse differenze percentuali tra le diverse realtà del privato sociale, in merito soprattutto all'interruzione degli inserimenti residenziali. Possibile che non si possa fare una lettura dei dati che aiuti a capire se tale situazione è legata alle singole realtà del privato sociale (con punte sino al 63,64% come si può presumere dalla tabella 1.2.8), o da una sbagliata diagnosi da parte del Sert (con punte sino al 47,37% del Sert di Martinengo)?

7. Il capitolo 1.3 analizza i trattamenti residenziali in regime di pronta accoglienza. Si afferma come soltanto una realtà del privato sociale abbia voluto accreditare un modulo di accoglienza. Sarebbe stato corretto, per completezza di informazione, evidenziare anche il "perché" la maggior parte delle realtà del privato sociale non abbiano voluto farsi accreditare un modulo di pronta accoglienza, soprattutto alla luce del fatto che, come si afferma a pag. 15, un inserimento su quattro viene fatto con modalità d'urgenza. Interessante, in proposito, è la sottolineatura, (pag. 16) che "solo" il 28,78% dei soggetti interessati alla pronta accoglienza abbiano voluto interrompere il proprio inserimento (contro una media di oltre il 38% delle persone complessivamente inserite in strutture residenziali). Non era possibile fare una lettura di questi dati per capire se il servizio offerto è sufficiente, in termini quantitativi, ben distribuito sul territorio, capace di rispondere fino in fondo ai bisogni sia espliciti che indotti?

8. Il capitolo 2 pone alcuni interrogativi che non trovano nel documento adeguata risposta: come superare la esclusiva presenza di servizi di tipo residenziale? Come prevedere servizi residenziali rivolti all'area dell'alcolismo? Come ampliare l'offerta di servizi rivolti all'area femminile?

Il dato più problematico, sul quale non vi è nessun commento, è che "solo" il 32% dei soggetti inseriti in strutture residenziali e/o semi residenziali, proviene dalla Provincia di Bergamo.

9. Si sottolinea, infine, come la tabella 2.2.1 risulti essere di difficile lettura soprattutto nell'analisi dei dati. E' una tabella estremamente interessante ma che si limita ad una sintetica esposizione di dati statistici che, come le precedenti tabelle, non è "letta" ma solo presentata.

(Marco Zucchelli Caritas Diocesana Bergamasca)

In conclusione riteniamo opportuno continuare il lavoro intrapreso sia a livello di tavolo che di raccolta dati, ma riteniamo inopportuna la divulgazione dei dati così fatta. Infatti non aiuta a capire il lavoro e la specificità dei servizi residenziali e presentando la valutazione solo in termini di permanenza dei soggetti nei servizi risulta denigratorio.