



Assessorato alle Politiche Sociali  
Direzione per i Servizi Sociali  
Servizio Prevenzione delle Devianze



# “*Contatti*”

**Ricerca e sperimentazione in tema di  
reinserimento socio-lavorativo di persone  
tossicodipendenti**

**Progetto Speciale Regionale: triennio 1999-2001**



A cura della  
**Azienda ULSS 12 Veneziana Unità Operativa Riabilitazione Dipendenze**  
*Ser.T. di Venezia-Terraferma*  
**Responsabile Dott. Mario Zotta**

In collaborazione con il  
**Centro Studi Veneziano – Ce.I.S Don Milani – Mestre –**



**Venezia, Ottobre 2001**

**Assessorato alle Politiche Sociali  
Direzione dei Servizi Sociali  
Servizio Prevenzione Devianze**

**Azienda ULSS 12 Veneziana  
Unità Operativa di Riabilitazione Dipendenze  
Ser.T di Venezia- Terraferma**

*In collaborazione con il*  
**Centro Studi Veneziano  
Ce.I.S. Don Milani – Mestre**

# **“Contatti”**

**Ricerca e sperimentazione in tema di  
reinserimento socio-lavorativo di  
persone tossicodipendenti**

*A cura di*  
*Mario Zotta, Marco Zamarchi e Monica De Angeli*

**Venezia, Ottobre 2001**

### **Ringraziamenti**

*Si coglie l'occasione per ringraziare coloro i quali hanno reso possibile la realizzazione di questo lavoro: l'Assessorato alle Politiche Sociali - Regione Veneto nelle persone di Antonio De Poli e Lorenzo Rampazzo; la Direzione dell'Azienda ULSS 12 Veneziana nelle persone di Antonio Padoan, Sandro Marton, Amedea Lo Russo, PierGuido Nardi; il Centro Don Milani Ce.I.S di Mestre nelle persone di Don Franco De Pieri, Angelo Benevegnù; il Consorzio delle Cooperative Sociali G. Zorzetto. Inoltre, un particolare ringraziamento va a tutti gli operatori dei Ser.T della Regione Veneto che con la loro disponibilità hanno permesso la raccolta e divulgazione di queste informazioni.*

---

*Realizzazione grafica e impaginazione:*  
*Disegno in copertina: Sabrina Metelli*  
*Realizzazione:*  
*Anno 2001*

---

## INDICE

### Presentazione

Assessore Regionale A. De Poli.....	pag.
Direttore Generale A. Ulss 12 A. Padoan.....	pag.
Coordinatore del Dipartimento delle Dipendenze P. G. Nardi .....	pag.

### Prefazione

Mario Zotta, Marco Zamarchi, Monica De Angeli.....	pag.
--	------

### Introduzione: Il Progetto Contatti

M. Zotta, M. Zamarchi, .....	pag.
------------------------------	------

### **Parte Prima: lo studio sul rapporto “tossicodipendenza e lavoro”** .....

#### **Capitolo 1** - Indagine conoscitiva sui progetti di inserimento e reinserimento al lavoro di persone in carico ai Ser.T della Regione Veneto

(a cura di M. Zotta, M. De Angeli) .....

Introduzione.....	pag.
Materiale e metodo.....	pag.
Appendice A.....	pag.
Appendice B.....	pag.
I Ser.T della Regione Veneto.....	pag.
I risultati.....	pag.
Appendice C.....	pag.

#### **Capitolo 2** - Indagine in tema di lavoro e tossicodipendenza tra gli utenti dei Ser.T dell’Azienda ULSS 12 Veneziana

(a cura di M. Zotta, M. De Angeli, L. Leonardini) .....

Introduzione.....	pag.
Materiale e metodo.....	pag.
I risultati della ricerca.....	pag.
Analisi statistiche.....	pag.
Conclusioni.....	pag.
Bibliografia.....	pag.
Appendice D.....	pag.

#### **Capitolo 3** - Il laboratorio “Contatti”

(a cura di C. Salandin, F. Ronchini, E. Cattapan) .....

La progettazione .....	pag.
Alcuni dati .....	pag.
Osservazioni in corso d’opera.....	pag.
Lettura dell’esperienza dal punto di vista educativo.....	pag.
Descrizione del setting e del dispositivo complessivo.....	pag.
Conclusioni.....	pag.
Appendice E.....	pag.
Bibliografia.....	pag.

**Parte Seconda: Formazione e divulgazione** ..... pag.

**Capitolo 1** - Atti della giornata studio: “Progetto Contatti: I percorsi della riabilitazione”

(a cura di M. Zotta, L. Suardi) ..... pag.

Premessa..... pag.

Le politiche e gli interventi regionali in materia di  
reinserimento lavorativo di tossicodipendenti – *Lorenzo Rampazzo*.....pag.

La dimensione clinico-terapeutica dei percorsi  
riabilitativi - *Vincenzo Balestra*.....pag.

Quali possibili percorsi nell’inserimento lavorativo del  
tossicodipendente? - *Lorena Bergozza, Antonio Saccardo*... pag.

Progetto “Percorso lavoro” del Ser.T  
e del S.I.L. di Treviso - *Miriam Bordignon, Chiara Gobbo*.....pag.

Il progetto Contatti:parte terza – *Mario Zotta, Laura Suardi*.....pag.

Se il buongiorno si vede dal mattino – *Chiara Salandin*.....pag.

Il laboratorio Contatti – *Massimo Urso Rainer*.....pag.

La ricerca Contatti – *Marco Zamarchi, Monica De Angeli*.....pag.

**Capitolo 2** – Atti dei seminari P.F.T. in materia di reinserimento socio-lavorativo

(a cura di M. Zotta, P. Balbo) ..... pag.

Premessa.....pag.

Strumenti e strategie per l’inserimento lavorativo dei tossicodipendenti:

l’esperienza italiana - *Luca Fazzi*.....pag.

L’inserimento lavorativo nei programmi terapeutici, quando dove e  
perché? – *Leopoldo Grosso*.....pag.

Sintesi dei lavori di gruppo – *Monica De Angeli e Marta Fenza*.....pag.

Per un lavoro di rete nel campo del reinserimento socio-lavorativo  
nelle dipendenze – *Fabio Folgheraiter*.....pag.

Ruolo del Dipartimento nelle politiche del reinserimento in  
ambito dipendenze - *Vincenzo Balestra* .....pag.

Sintesi dei lavori di gruppo – *Monica De Angeli e Marta Fenza* .....pag.

## **ELENCO DEGLI AUTORI**

### **BALBO PATRIZIA**

*Responsabile*

Cooperativa sociale "Nuova Vita" (VI)  
Co.Ve.St. Regione Veneto

### **LEONARDINI LISA**

*Psicologa*

Centro Studi Veneziano  
Ce.I.S. Don Milani (Mestre)

### **BALESTRA VINCENZO**

*Coordinatore*

Dipartimento delle Dipendenze  
Azienda ULSS 6

### **NARDI PIER GUIDO**

*Coordinatore*

Dipartimento delle Dipendenze  
Azienda ULSS 12 Veneziana

### **BERGOZZA LORENA**

*Psicologa-Psicoterapeuta*

Ser.T Thiene (VI)  
Azienda ULSS 4 Alto Vicentino

### **PADOAN ANTONIO**

*Direttore generale*

Azienda ULSS 12 Veneziana

### **BORDIGNON MIRIAM**

*Educatrice Professionale*

Ser.T Treviso (TV)  
Azienda ULSS 9

### **RAINER URSO MASSIMO**

*Educatore Professionale*

Centro Studi Veneziano  
Ce.I.S. Don Milani (Mestre)

### **CATTAPAN EMANUELA**

*Pedagogista*

Unità Operativa di Riabilitazione delle Dipendenze  
Ser.T Mestre-Venezia  
Azienda ULSS 12 Veneziana

### **RAMPAZZO LORENZO**

*Dirigente*

Servizio Prevenzione Devianze  
Direzione dei Servizi Sociali  
Regione Veneto

### **DE ANGELI MONICA**

*Psicologa*

Centro Studi Veneziano  
Ce.I.S. Don Milani (Mestre)

### **RONCHINI FAUSTA**

*Assistente Sociale*

Unità Operativa di Riabilitazione delle Dipendenze  
Ser.T Mestre-Venezia  
Azienda ULSS 12 Veneziana

### **DE POLI ANTONIO**

*Assessore*

Servizi e Politiche Sociali  
Regione Veneto

### **SACCARDO ANTONIO**

*Responsabile Servizio Integrazione Lavorativa*

Thiene (VI)  
Azienda ULSS 4 Alto Vicentino

### **FAZZI LUCA**

*Docente di politica sociale e sociologia del terzo settore*  
Università di Trento – Facoltà di Sociologia

### **SALANDIN CHIARA**

*Psicologa-Psicoterapeuta*

Unità Operativa Clinica  
Ser.T Mestre-Terraferma (VE)  
Azienda ULSS 12 Veneziana

### **FENZA MARTA**

*Tirocinante Psicologa*

Centro Studi Veneziano  
Ce.I.S. Don Milani (Mestre)

### **SUARDI LAURA**

*Medico Tossicologo*

Unità Operativa di Riabilitazione delle Dipendenze  
Ser.T Mestre-Venezia  
Azienda ULSS 12 Veneziana

**FOLGHERAITER FABIO**

*Docente*

Diploma in Servizio Civile  
Università di Trento

**ZAMARCHI MARCO**

*Responsabile*

Centro Studi Veneziano  
Ce.I.S. Don Milani – Mestre

**GOBBO CHIARA**

*Assistente Sociale*

Servizio Integrazione Lavorativa  
Treviso  
Azienda ULSS 9

**ZOTTA MARIO**

*Responsabile*

Unità Operativa di Riabilitazione delle Dipendenze  
Ser.T Mestre-Venezia  
Azienda ULSS 12 Veneziana

**GROSSO LEOPOLDO**

*Responsabile*

Gruppo Abele  
Torino

# ***PRESENTAZIONE***

"*Contatti*" si inserisce tra le progettualità di rilievo sostenute, dalla Regione Veneto, nell'ambito della programmazione regionale degli interventi di prevenzione e recupero nel settore delle tossicodipendenze.

Obiettivo generale del Progetto suddetto è l'organizzazione delle risorse pubbliche e private della Comunità locale, per la realizzazione di esperienze diversificate, innovative e integrate di prevenzione, accoglienza e reinserimento sociale, valorizzando le specificità territoriali.

Tra le azioni programmatiche, previste all'interno di "*Contatti*" ed affidate all'Azienda ULSS n. 12 Veneziana in collaborazione con il Centro Studi Veneziano Don Milani di Mestre, significative sono le iniziative concernenti la riabilitazione e il reinserimento sociale finalizzate ad aumentare la comprensione, sia a livello istituzionale che a livello sociale, delle tematiche relative al reinserimento dei tossicodipendenti.

In questo senso, il progetto si è concretizzato nel compimento di iniziative quali: il laboratorio propedeutico al lavoro; la ricognizione sui Ser.T. della Regione Veneto; la costruzione di una rete e la ricerca sui tossicodipendenti e il mondo del lavoro.

La "*Ricerca e sperimentazione in tema di reinserimento socio-lavorativo di persone tossicodipendenti*", che mi prego di presentare, illustra l'attività e i risultati di tre anni di indagini, studi, ricerche e formazione sul complesso rapporto tra il fenomeno della tossicodipendenza e il mondo del lavoro, con lo scopo di offrire un ulteriore contributo per una più completa comunicazione, diffusione e valorizzazione del lavoro svolto, mettendo in luce il ruolo e le competenze di chi opera concretamente nel territorio.

Un ringraziamento doveroso per quanto realizzato va, dunque, ai responsabili di "*Contatti*", alla Direzione dell'Azienda ULSS n. 12 Veneziana, nelle persone di Antonio Padoan, Sandro Marton e Pierguido Nardi - Coordinatore del Dipartimento per le Dipendenze della stessa ULSS - al Centro Don Milani di Mestre, nelle persone di Don Franco De Pieri ed Angelo Benvegnù, al Consorzio delle Cooperative Sociali G. Zorretto ed, in generale, a tutti coloro che con la propria collaborazione hanno reso possibile la realizzazione di questo progetto.

L'Assessore alle  
Politiche Sociali

**Antonio De Poli**

## ***PRESENTAZIONE***

Con piacere accolgo l'invito di presentare questo lavoro, frutto di un percorso lungo e laborioso, attuato dagli operatori dell'Unità Operativa Riabilitazione delle Dipendenze del Ser.T di Venezia-Terraferma, in collaborazione con il Centro Studi Veneziano Ce.I.S Don Milani di Mestre.

Questa amministrazione ha, da sempre, riservato attenzione all'attività nel campo delle dipendenze; in particolare nella prevenzione e nella riabilitazione e reinserimento lavorativo dei soggetti ex tossicodipendenti, consapevole del fatto che il conseguimento di un lavoro significa il ritorno all'interno di un contesto sociale, sinonimo del benessere psicofisico del soggetto che è uno dei compiti principali di una Azienda come l'ULSS, che si occupa di salute del cittadino sotto tutte le forme.

Questa pubblicazione, inoltre, è stata fortemente voluta dalla Regione Veneto per dare visibilità ad un ambito e ad un settore, qual è il reinserimento socio-lavorativo di soggetti in carico ai Ser.T, che risulta essere ancora troppo sconosciuto ai "non addetti ai lavori". Gli operatori che hanno lavorato in questi tre anni nella realizzazione del Progetto Pilota Regionale Contatti, hanno avuto il merito di costruire

- Una prima indagine conoscitiva sulla situazione dei Ser.T della Regione Veneto in relazione ai progetti di inserimento socio-lavorativi realizzati o in fase di attuazione.
- Una ricerca statistica epidemiologica, tra le prime nel suo genere, sul rapporto tossicodipendenza e mondo del lavoro in soggetti in trattamento metadonico nei Ser.T di Venezia e Mestre.
- L'avvio di una risposta concreta, attraverso il laboratorio propedeutico all'inserimento lavorativo denominato "Contatti", ai bisogni che le persone tossicodipendenti esprimono nel nostro territorio
- Una raccolta del dibattito, delle esperienze, delle richieste e proposte che gli operatori del settore del pubblico e del privato hanno raggiunto nella nostra regione

A Loro va il nostro ringraziamento, confidando nella prosecuzione dell'opera.

IL Direttore Generale

**Antonio Padoan**

## ***PRESENTAZIONE***

Il metadone ha suscitato in questi anni polemiche accese tra fautori ed oppositori che solo da poco tempo sembrano finalmente avviarsi ad un ridimensionamento alla luce dei fatti.

Fin dal comparire come possibile trattamento contro le tossicodipendenze, questo farmaco si è portato addosso un alone di negatività, legata al suo obiettivo terapeutico, il mantenimento, percepito come possibile congelamento e non già come spinta forte verso l'affrancamento dallo stato di dipendenza. Va ricordato che questo approccio pragmatico (il farmaco arrivava in Europa dopo un utilizzo massiccio negli USA e nel mondo anglossassone in generale) è stato particolarmente contrastato in Italia fino alla fine degli anni 80, prevalendo infatti allora una impostazione tesa a promuovere a tutti i costi l'ipotesi di un cambiamento radicale nel tossicodipendente con la guarigione come possibile ultima meta. Parallelamente venivano valorizzati gli interventi psicoterapici come praticabili e imprescindibili per il pieno recupero del soggetto dipendente.

Questo approccio un po' idealizzato al complesso problema delle dipendenze si è poi via via smussato, articolato e aperto a nuove soluzioni e a nuove sperimentazioni, iniziando a percorrere strade prima impensabili ma che tenevano conto con maggiore realismo del tossicodipendente così come appariva e non solo come lo si voleva percepire.

C'era alla base della diffidenza verso il trattamento sostitutivo anche un'altra forte pregiudiziale: quella di tipo culturale.

Si è pensato infatti per tanto tempo che l'opzione sostitutiva fosse una scelta di retroguardia, l'accettazione di un fallimento che veniva dopo aver provato e riprovato le strade più giuste, più qualificanti, più serie sul piano scientifico. Come se la decisione finale di intraprendere il trattamento con sostitutivi rappresentasse non solo l'ultima spiaggia ma anche la spiaggia dove abbandonare al suo destino il tossicodipendente lasciandolo agganciato, potenzialmente a vita, a questo ultimo puntello. Allora erano in tanti a mettere in discussione addirittura l'uso della parola "cura" per il metadone.

L'evidenza della gravità, la numerosità crescente delle situazioni di dipendenza, la drammaticità dei molti risvolti sociali, la crescente compromissione psichiatrica di tanti di questi pazienti, hanno poi progressivamente imposto prima l'accettazione e poi la diffusione progressiva dei trattamenti con farmaci sostitutivi (non più il solo metadone visto che di recente si è aggiunta anche la buprenorfina, un nuovo farmaco che presenta interessanti possibili utilizzi che i Ser.T. andranno a verificare e sperimentare nella pratica clinica).

Superata dunque la diffidenza iniziale, si tratta ora di osservare aspetti molto interessanti e prima impensabili sull'uso di questi farmaci sostitutivi.

Si è colta innanzitutto l'importanza di stabilizzare i pazienti per poi poter fare dell'altro. Si è visto che partendo da una condizione psicologica più stabile indotta dal farmaco, un numero non piccolo di soggetti dipendenti poteva riprendere competenze sociali (ad esempio la funzione genitoriale o il proprio ruolo di partner), affrontare un lavoro psicologico su se stesso, poteva recuperare dignità e abilità, affrontare tappe significative di reinserimento nella società, cimentarsi con la realtà di un lavoro.

La ricerca contenuta in questo volume evidenzia il dato molto interessante che nel nostro territorio, una percentuale significativa di tossicodipendenti in metadone lavora. Questa constatazione appare agli operatori del settore una sfida significativa attorno a nuovi aspetti, a nuove situazioni, che impongono interventi e strategie adeguate, spesso da inventare. Si pone quindi l'esigenza di ripensare al reinserimento sociale di questi soggetti come una sequenza di tappe, ma anche come una serialità di sostegni, di reti di supporto, giacché nei fenomeni di dipendenza l'evoluzione è possibile ma i tempi del cambiamento sono lunghi e i rischi di regressione (e non solo di ricaduta) rimangono alti per molto tempo.

Dall'esigenza di aprire nuovi scenari ai tossicodipendenti ancora in fasi delicate e fragili del trattamento e dell'avvio della riabilitazione, è nato poi il Progetto "Contatti" che dopo una fase sperimentale è diventato una delle opzioni stabili di approccio verso una fetta di utenza in trattamento con sostitutivi. Qui il fulcro dell'intervento ruota intorno al contrasto della cronicità, del vuoto, dell'emarginazione. L'obiettivo è quello di offrire un'occasione di aggregazione, di sperimentazione "leggera" della gruppabilità tra pari, di esercitazione alla manualità semplice, offrendo una alternativa, modesta ma pur sempre significativa, alla misera routine della frequenza quasi rituale al Servizio per l'assunzione del farmaco. Tutto ciò con la finalità

di aprire spiragli che in alcuni casi potranno tradursi in spinte verso scelte più articolate, costruttive e responsabili, premesse di un vero cambiamento.

Ci auguriamo che anche in futuro sia possibile continuare questo cammino di pensiero e di sperimentazione attorno ad interventi sempre più mirati personalizzati ed efficaci, crescendo a nostra volta oltre i dogmi e le semplificazioni ideologiche.

Coordinatore del Dipartimento delle Dipendenze  
Azienda ULSS 12 Veneziana

**Pier Guido Nardi**

# **PREFAZIONE**

*( a cura di Mario Zotta, Marco Zamarchi, Monica De Angeli)*

Le pagine che seguono rappresentano una prima riflessione attorno alla tematica della tossicodipendenza e del mercato del lavoro. Alcuni lettori si chiederanno se ce n'era veramente bisogno; coloro che si occupano da tempo delle tossicodipendenze, sanno bene a quale livello di esplorazione sia arrivata la ricerca-intervento, tanto da rigettare in alcuni casi le nuove teorie e le nuove "sperimentazioni" sul tema. Si tratta di un atteggiamento "pericoloso", che potrebbe impedire di cercare altre vie e sondare nuovi "territori". La tossicodipendenza sempre di più si va imponendo come fenomeno "connaturato" alla vita quotidiana. Il consumo di sostanze sembra, talmente innervato nel nostro tessuto sociale da spezzare lo stereotipo del tossicodipendente da "piazza" e costringerci ad osservare un fenomeno più vasto, che può riguardare il tempo libero, la scuola, il lavoro.

L'occasione per iniziare questa riflessione è stata il progetto Contatti, finanziato e voluto dalla Regione Veneto, che si poneva come obiettivo di sondare le interrelazioni esistenti tra il mondo del lavoro e la tossicodipendenza. Eravamo desiderosi di capire se e quanto il fenomeno di consumo di sostanze e della tossicodipendenza fosse presente nel mondo del lavoro e se potesse, addirittura, esistere una sorta di collusione con alcuni mestieri, al punto tale da determinare un rialzo del consumo di stupefacenti per motivi legati a tempi, modalità di lavoro e particolari fenomeni di stress. Non si entusiasmi il lettore maggiormente desideroso di "scoprire" nuove frontiere, l'obiettivo più alto che ci siamo posti rimane tuttora inviolato. Nel nostro cammino di ricerca ci siamo piuttosto imbattuti in una serie di interrogativi e di approcci al problema tossicodipendenza-mondo del lavoro, che meritano di essere esplorati in modo microscopico. Lo scenario, tossicodipendenza-mondo del lavoro vede una molteplicità di attori: le imprese, i tossicodipendenti, il personale dei Servizi preposti alla riabilitazione ed inserimento, i Servizi per l'Impiego, le organizzazioni datoriali e sindacali, medicina del lavoro, le imprese cooperative sociali di tipo B. Si tratta di una realtà che, almeno nella nostra Regione, presenta una notevole vivacità ed effervescenza in termini di metodiche, sperimentazioni e percorsi di inserimento lavorativo. Abbiamo voluto raccoglierne una fotografia, il più possibile dettagliata, per restituire una mappa del denso lavoro portato avanti da Servizi, Cooperative Sociali, Comunità Terapeutiche. Crediamo che queste importanti attività, che nascono dalla consapevolezza e dalla sensibilità sul problema tossicodipendenza, abbia due limiti sostanziali: da un lato, rimane la necessità di definire un modello di riferimento preciso, che permetta di collocare in una cornice scientifica il problema e di uscire da meccanismi talvolta di tipo emergenziale, dall'altro presenta un approccio fortemente sbilanciato sul reinserimento lavorativo drug-free, utilizzando sovente il volano del lavoro protetto, presso le cooperative sociali di produzioni lavoro (tipo B), senza curarsi troppo dell'aspetto dell'accompagnamento successivo verso il lavoro NON protetto (Imprese). Pertanto la tematica dei lavoratori tossicodipendenti, anche se in trattamento, rimane distante dagli approcci più diffusi. Per questi motivi abbiamo voluto condurre la nostra indagine sui tossicodipendenti in trattamento con metadone presso i Ser.T di Mestre e Venezia, mutando nel corso della nostra ricerca l'immagine che ci eravamo costruiti di queste persone: incapaci di lavorare e stazionanti presso Ser.T e piazze, scoprendo, ad esempio, che una cospicua parte di questi utenti lavora. Da questa evidenza muove l'esigenza di capire meglio, quale relazione hanno o hanno avuto queste persone con il proprio impiego, con il datore di lavoro, i colleghi e ancora di quale tipo di lavoro si trattasse e la capacità di mantenere quell'impiego nel tempo. Affidiamo a chi vorrà proseguire nella lettura le nostre riflessioni e il materiale raccolto, che vuole essere un contributo a cancellare, dalla geografia delle tossicodipendenze, l'inquietante iscrizione *hic sunt leones*, antistante alla tematica del mondo del lavoro.

Per qualsiasi informazione, richiesta, curiosità e necessità di prendere in visione il materiale che è stato utilizzato per la realizzazione di questa pubblicazione si prega di rivolgersi a:

***Mario Zotta***

Responsabile  
Unità Operativa Riabilitazione delle Dipendenze  
Ser.T Venezia-Terraferma  
Comunità terapeutica Diurna  
Piazzale Zandrini, 7 Campalto (VE)  
Azienda ULSS 12 Veneziana  
Tel. 041-5420142  
Fax 041-5420184  
E-mail: [ctdiurna@tiscalinet.it](mailto:ctdiurna@tiscalinet.it)

***Marco Zamarchi***

Responsabile  
Centro Studi Veneziano  
Ce.I.S Don Milani  
Viale San Marco, 172  
30170 Mestre – Ve  
Tel. 041-5316403  
Fax 041-5316403  
E-mail: [centrostudi@ceisdonmilani.com](mailto:centrostudi@ceisdonmilani.com)

***Monica De Angeli***

Psicologa  
Centro Studi Veneziano  
Ce.I.S Don Milani  
Viale San Marco, 172  
30170 Mestre – Ve  
Tel. 041-5316403  
Fax 041-5316403  
E-mail: [centrostudi@ceisdonmilani.com](mailto:centrostudi@ceisdonmilani.com)

## **“Contatti”**

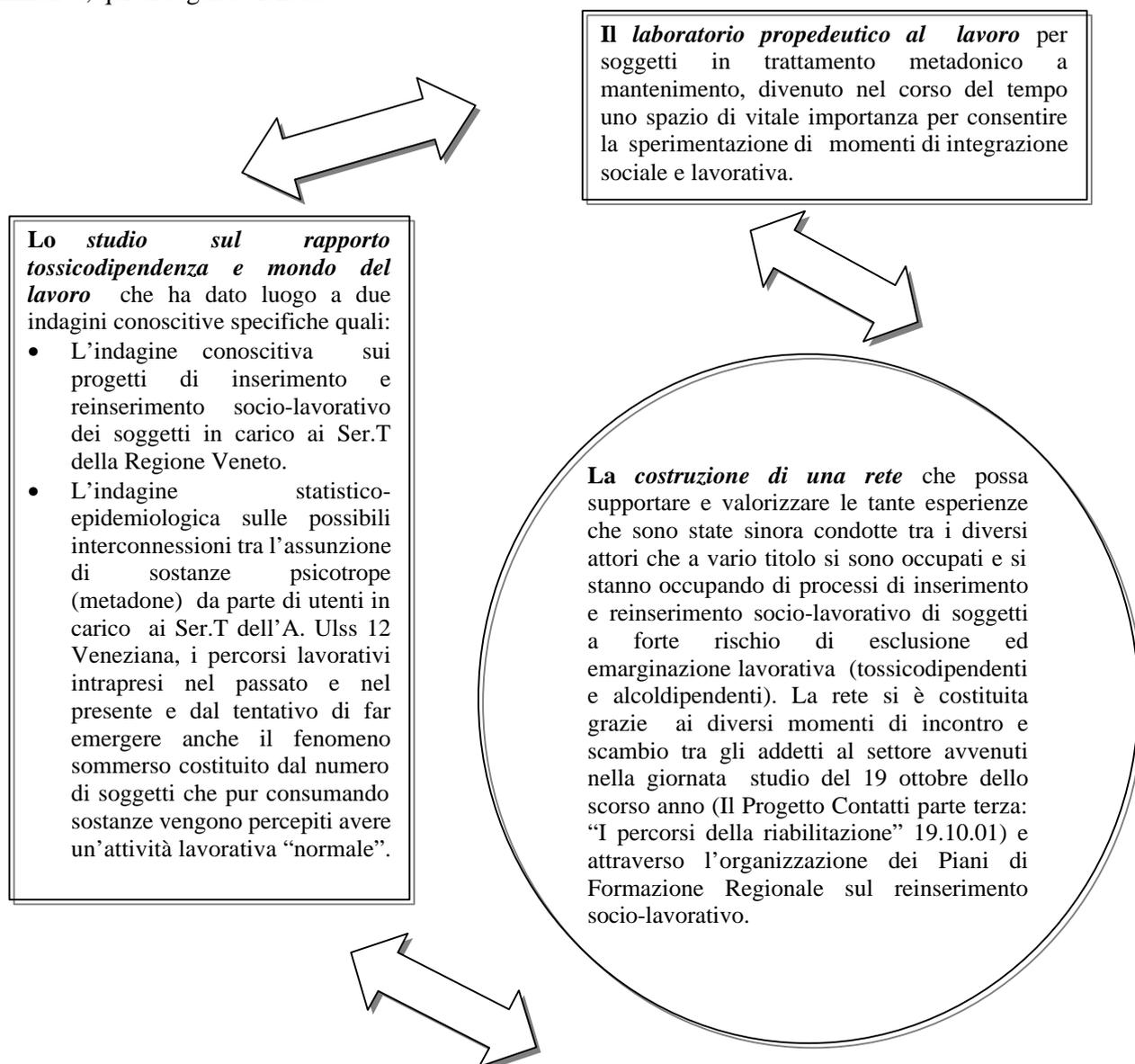
### **Ricerca e sperimentazione in tema di reinserimento socio-lavorativo di persone tossicodipendenti**

(a cura di Mario Zotta, Marco Zamarchi )

Il progetto “Contatti” si articola in una serie di iniziative affidate dalla Regione Veneto ai Ser.T della Azienda ULSS 12 Veneziana, in particolare all’Unità Operativa della Prevenzione (azione prima e seconda) e all’Unità Operativa della Riabilitazione e Reinserimento socio-lavorativo (azione terza).

Per quanto concerne in modo specifico l’ambito della riabilitazione il progetto elaborato mira ad aumentare la coscienza, sia a livello istituzionale che sociale, sulle tematiche relative al reinserimento socio-professionale dei soggetti in carico ai Servizi per le Tossicodipendenze di Mestre e Venezia.

Il progetto, iniziato nel 1999, si è sviluppato attraverso l’articolazione e la messa in opera di specifiche iniziative, qui di seguito elencate:



Il progetto iniziato nel 1999, ha visto la partecipazione di numerosi operatori del settore delle Tossicodipendenze, facenti parte sia dell'ambito pubblico che dell'ambito del privato sociale.

<b>LA COMPOSIZIONE DEL GRUPPO DI LAVORO</b>		
<b>Responsabile del progetto</b>		
<i>Mario Zotta</i>		
<b>Unità Operativa Clinica Ser.T Mestre</b>	<b>Equipe Ser.T Venezia</b>	<b>Unità Operativa Riabilitazione Ser.T Mestre</b>
Fausta Ronchini <i>Assistente Sociale</i>	Francesca Zane <i>Assistente Sociale</i>	Luisa Possiedi <i>Assistente Sociale</i>
Chiara Salandin <i>Psicologa-Psicoterapeuta</i>	Mila Fazio <i>Educatrice-Animatrice</i>	Emanuela Cattapan <i>Pedagogista</i>
	Mariella Vidal Tagliapietra <i>Educatrice- Animatrice</i>	
<b>Centro Studi Don Lorenzo Milani – Ce.I.S Mestre</b>	<b>Consulenza Scientifica</b>	<b>Ricercatrici</b>
Marco Zamarchi <i>Progettista Sociale</i>	Laura Suardi <i>Medico – Tossicologo</i>	Lisa Leonardini <i>Psicologa</i>
Monica De Angeli <i>Psicologa</i>	Nadia Minicuci <i>Consulente Statistico</i>	Piera Busetto <i>Tirocinante Assistente Sociale</i>
Massimo Rainer Urso <i>Educatore Professionale</i>		

Al gruppo di lavoro hanno partecipato sino al 31.12.99 gli educatori dell'U.O. Riabilitazione Daniela Zamabon e Luigi Comisso ai quali va un doveroso ringraziamento per l'avvio del laboratorio "Contatti".

***Lo studio sul rapporto “tossicodipendenza e lavoro”***

---

# ***Indagine conoscitiva sui progetti di inserimento e/o reinserimento al lavoro di persone in carico ai Ser.T della Regione Veneto***

*(a cura di Mario Zotta, Monica De Angeli)*

## ***1. Introduzione***

In questo capitolo verranno presentati i risultati di una indagine svolta attraverso la distribuzione di un questionario, formulato per gli operatori dei Servizi per le tossicodipendenze della Regione Veneto che operano nel settore della riabilitazione e del reinserimento socio-lavorativo.

L'idea di raccogliere ciò che si sta facendo in campo riabilitativo e del reinserimento al lavoro di soggetti con problematiche di tossicodipendenza è nata, da un lato, dalla conoscenza diretta da parte di alcuni di noi di esperienze specifiche portate avanti dai nostri settori di provenienza, dall'altro, dalla curiosità di approfondire un settore che solo recentemente è stato oggetto di un'attenzione specifica che ha sollecitato il bisogno di progettualità che considerassero anche la questione dell'occupazione lavorativa delle persone seguite.

L'obiettivo di questa indagine territoriale vuole essere quello di offrire una panoramica di tutte le attività progettuali promosse dai Ser.T aventi la finalità di avviare e inserire le persone che hanno avuto problemi di dipendenza (tossicodipendenza e alcolismo), nel mondo del lavoro. Il lavoro di ricognizione, realizzato attraverso l'ausilio di un questionario inviato tramite fax a tutti i Ser.T del territorio Veneto ha generato una quantità notevole di informazioni e di dati. Le indicazioni emerse hanno consentito di programmare alcune iniziative che si sono articolate in momenti di incontro e di scambio con i professionisti del settore. Gli sforzi relativi alla raccolta ed elaborazione dei materiali hanno fornito una rassegna della ricchezza e della vivacità esistente nella nostra Regione per quanto concerne il settore di indagine gettando nuova luce in un ambito che può apparire ad una prima superficiale visione, come privo d'iniziativa. L'elemento positivo è senz'altro costituito dalla specificità di queste iniziative, che si collegano al proprio contesto territoriale, anche se da questo sono fortemente condizionate. Questa dimensione fortemente locale rischia però di essere al tempo stesso elemento di difficoltà, dato dalla poca visibilità e dalla mancanza di divulgazione e di confronto con altre iniziative. I risultati della ricognizione sono stati riportati in formato scheda. Tale versione ha inteso rappresentare una modalità congrua ai bisogni degli operatori di reperire fonti di informazioni circa gli interventi e/o le progettualità messe in atto da ogni singolo Servizio. In appendice si potranno trovare le relazioni emerse dagli incontri svolti tra il gruppo di lavoro – sezione ricerca – del progetto Contatti e i responsabili del settore riabilitazione dei diversi Ser.T contattati.

## **2. *Materiale e metodo***

### **2.1 Costruzione del questionario**

Il questionario (appendice A) per raccogliere i dati è stato elaborato dal gruppo operativo costituitosi in occasione della realizzazione del progetto Contatti.

Tale strumento conoscitivo si proponeva di rilevare informazioni circa le attività, gli strumenti e le risorse utilizzate nell'area dell'inserimento e/o reinserimento lavorativo di soggetti in carico ai Servizi per le Tossicodipendenze della Regione Veneto.

Il questionario, costituito da 19 domande ha approfondito sette tematiche:

- descrizione di progetti di inserimento e/o reinserimento lavorativo passati e in corso realizzati nell'ambito delle ordinarie attività dei Ser.T;
- qualifica degli operatori impiegati nell'ambito della riabilitazione e reinserimento socio-lavorativo;
- collaborazioni con i servizi istituzionali e territoriali (S.I.L. e/o S.I.L.D, S.P.I.S.A.L., cooperative sociali, ecc.);
- esistenza di protocolli di intesa e/o convenzioni;
- rilevazioni statistiche sulla propria utenza;
- questione legata alla dichiarazione di "socio-svantaggiato".

Il questionario è stato inviato tramite fax a tutti i Ser.T della Regione Veneto nel maggio del 1999.

## **3. *I Ser.T della Regione Veneto***

Sono stati coinvolti tutti i Ser.T della Regione Veneto allo scopo di conoscere e approfondire le diverse attività condotte nell'area socio-riabilitativa e nell'ambito del reinserimento lavorativo a favore degli utenti seguiti.

<b>ELENCO DEI SER.T. DELLA REGIONE VENETO.</b>
A. Ulss 1: Auronzo di cadore, Agordo, Belluno.
A. Ulss 2: Feltre
A. Ulss 3: Bassano del Grappa, Asiago
A. Ulss 4: Thiene
A. Ulss 5: Valdagno, Montebelluna
A. Ulss 6: Vicenza, Noventa Vicentina
A. Ulss 7: Conegliano
A. Ulss 8: Castelfranco Veneto
A. Ulss 9: Treviso, Oderzo
A. Ulss 10: Portogruaro, San Donà di Piave
A. Ulss 12: Venezia – Venezia – Mestre
A. Ulss 13: Mirano, Dolo
A. Ulss 14: Chioggia
A. Ulss 15: Cittadella, Camposampiero
A. Ulss 16: Padova 1 e Padova 2
A. Ulss 17: Este, Monselice
A. Ulss 18: Lendinara, Rovigo
A. Ulss 19: Taglio di Po'
A. Ulss 20: Verona 1, Verona 2, Soave
A. Ulss 21: Zevio, Legnago
A. Ulss 22: Bussolengo, Villafranca

L'indagine è essenzialmente di tipo descrittivo; la rilevazione dei dati è stata effettuata attraverso domande strutturate aperte e chiuse.

#### ***4. I risultati della ricognizione***

La maggior parte dei questionari compilati è pervenuta tramite fax nei mesi di giugno-luglio-agosto 1999. Il lavoro di raccolta dei dati si è concluso verso la fine del marzo 2000, data l'ardua difficoltà di mettersi in contatto con i Servizi e con gli operatori di riferimento per modifiche, correzioni, aggiornamenti e quant'altro. I dati emersi dalla lettura dei questionari hanno restituito un quadro articolato di attività variegata ma assai complesse. Abbiamo rilevato, ad esempio, che l'impegno di ogni singolo Ser.T nell'ambito della riabilitazione e reinserimento socio-lavorativo a favore dei propri utenti seguiti, presenta peculiarità a se stanti, che spesso si traducono in prassi operative condizionate, limitate, o altrimenti favorite, dal contesto socio-culturale e dal tessuto economico in cui sono inserite. Esistono pratiche operative diverse tra loro, poco comparabili che riflettono sistemi concettuali e metodologie difficilmente riassumibili in un unico modello.

Allo scopo di favorire la conoscenza delle attività messe in opera dagli operatori dei diversi Ser.T, abbiamo ritenuto opportuno ricostruire con l'ausilio di una scheda tutte le informazioni che si sono raccolte in questi due anni di lavoro riportando anche i risultati della scheda "Delphi" (Appendice B) inviata agli operatori nel corso dell'anno 2000 allo scopo di approfondire le esigenze formative più frequentemente riportate. Tra il 1999 e il 2000, abbiamo poi ritenuto necessario approfondire la conoscenza di alcune realtà che ci sono apparse di primo acchito, più diverse e innovative nell'ambito della riabilitazione (Appendice C). Da un punto di vista più generale, ci siamo resi conto che, la mancanza di precisi modelli di riferimento e quindi di strumenti conoscitivi adeguati, rende il quotidiano intervenire degli operatori denso di incertezze e di tentativi. Infatti, se in ambito clinico e terapeutico gli strumenti e i protocolli sono definiti e supportati da una consistente letteratura scientifica, nell'ambito della riabilitazione e dell'inserimento socio-lavorativo le iniziative sinora prodotte non dispongono, al momento attuale, di altrettante riflessioni metodologiche e valutative.

**Fig. 1 I Servizi per le Tossicodipendenze della Regione Veneto. In rosso vengono segnalati i Ser.T che non hanno attivato progetti di inserimento al lavoro (dati relativi al 1999-2000).**



## APPENDICE A: Questionario utilizzato per l'indagine conoscitiva

Ser.T di

.....

Operatore Compilante

.....

### QUESTIONARIO

a) Nel vostro Ser.T sono stati realizzati progetti per l'inserimento lavorativo?

**SI NO**

b) Se SI, di che tipo? (Tempi, Risorse, Tipo di utenza)

.....  
.....  
.....

c) Nel vostro Ser.T sono attualmente in corso progetti per l'inserimento lavorativo?

**SI NO**

d) Se SI, di che tipo? (Tempi, Risorse, Tipo di utenza)

.....  
.....  
.....

e) Nel vostro Ser.T c'è un operatore referente per l'inserimento lavorativo?

**SI NO**

f) Se SI, con che qualifica?

.....

g) Nella vostra A.ULSS il Servizio Integrazione Lavorativa si occupa anche di utenti tossicodipendenti?

**SI NO**

h) Se SI, che tipo di collaborazione esiste fra Ser.T e SIL?

- NESSUNA
- SALTUARIA
- CONTINUATIVA

i) Nel vostro territorio esistono Cooperative Sociali e Consorzi e/o leghe di Cooperative che assorbono utenza con problemi di tossicodipendenza?

**SI NO**

j) Anche con trattamento farmacologico sostitutivo (Metadone)?

**SI NO**

k) Che forma di collaborazione esiste tra Ser.T e Cooperative Sociali?

.....

l) Il vostro Ser.T ha creato una propria Cooperativa Sociale?

**SI NO**

m) Se SI, come è organizzata?

.....  
.....  
.....

n) Il vostro Ser.T ha svolto una rilevazione sulla propria utenza rispetto a questi dati:

- M F
- Scolarità
- Professione
- In cerca di prima occupazione
- Occupazione precaria
- Occupazione stabile
- Studente
- Altro?

**SI NO**

o) Se SI, potete fornire i dati rilevati nel corso dell'anno 1998?

**SI NO**

p) Esistono protocolli di intesa con Cooperative Sociali?

**SI NO**

q) Da chi viene rilasciata la dichiarazione di Socio svantaggiato?

.....

r) La dichiarazione ha tempo limitato?(1 anno, 2 anni, etc.)

**SI NO**

s) Operatore da contattare in caso di necessità e per restituzione dati: .....

## APPENDICE B: Scheda Delphi

<b>IL LAVORO TRA INSERIMENTO E TERAPIA</b>							
<b>1)</b>	<b>Modalita' di rapporto tra Ser.t/cooperative sociali (natura delle collaborazioni, protocolli d'intesa, convenzioni)</b>						
mi interessa poco	1	2	3	4	5	mi interessa molto	
<b>2)</b>	<b>Competenze e collaborazioni con Ser.t, S.I.L e altri Servizi Istituzionali (spisal, sild, sindacati, ecc. )</b>						
mi interessa poco	1	2	3	4	5	mi interessa molto	
<b>3)</b>	<b>Reinserimento socio - lavorativo e trattamento terapeutico, tempi, compatibilita', risultati attesi.</b>						
mi interessa poco	1	2	3	4	5	mi interessa molto	
<b>4)</b>	<b>Normativa nel campo del reinserimento socio-lavorativo: strumenti e metodologie</b>						
mi interessa poco	1	2	3	4	5	mi interessa molto	
<b>5)</b>	<b>Necessita' di una formazione specifica da parte degli operatori che lavorano in questo settore. Quali le figure professionali piu' idonee?</b>						
mi interessa poco	1	2	3	4	5	mi interessa molto	

### 1. Ser.T 1 AURONZO (A.ULSS 1)

Dalla lettura del questionario (pervenuto il 14.08.99) si evidenzia che il Ser.T non ha attuato progetti di inserimento lavorativo in passato e attualmente (1999-2000) non ne sono previsti. Esistono forme di collaborazione con le cooperative sociali del territorio appartenenti anche ad altri distretti dell'Azienda ULSS 1 che si configurano attraverso l'avvio di appalti locali. Non vi sono protocolli d'intesa. Il Ser.T non ha creato cooperative sociali. Sono state svolte rilevazioni statistiche sull'utenza e il servizio mette a disposizione i dati del 1998. La dichiarazione di socio-svantaggiato viene rilasciata dal responsabile del servizio e non ha alcun limite temporale. I risultati della scheda Delphi segnalano il bisogno di approfondire, in modo particolare, le modalità di rapporto tra il Servizio e le cooperative sociali del territorio.

**Responsabile del Servizio:**

Alfio De Sandre

**Operatore di riferimento:**

Assistente sociale Cecutti Luca

Tel. 0435-400051

Fax 0435-400479

### 2. Ser.T 2 AGORDO (A.ULSS 1)

Dalla lettura del questionario (pervenuto il 23.06.99) si evince che sono stati realizzati in passato progetti di inserimento lavoro. Ne vengono specificate le caratteristiche: tempo 10 mesi; risorse diverse dai finanziamenti della 309/90; utenza in carico al Ser.T. Gli inserimenti sono stati attuati all'interno di servizi U.L.S.S. (in mensa, in magazzino o in segreteria) e presso la Cooperativa Solidarietà con borse lavoro. Il progetto di riabilitazione attualmente in corso (1999) è rivolto a due alcolisti in carico al servizio. Tale progetto prevede un tempo di sei mesi ed include anche una borsa lavoro. Le caratteristiche descritte sono: tempo 6 mesi; risorse altro; utenza in carico al Ser.T. L'assistente sociale del servizio è preposto all'inserimento lavorativo. "...Il S.I.L si occupa di tossicodipendenti nel senso che il Ser.T si occupa delle attività S.I.L per i propri utenti ..." (nota riportata dall'operatore).

Vi sono consorzi e cooperative che sono disponibili ad assumere tossicodipendenti anche con trattamento farmacologico sostitutivo (metadone). Esistono forme di collaborazione tra Ser.T e cooperative sociali del territorio.

La cooperativa sociale accoglie tirocini proposti dal Ser.T con possibile assunzione al termine del periodo, e comunica sull'andamento comportamentale degli assunti seguiti dagli operatori Ser.T o da altri. Il Ser.T ha contribuito a creare cooperative sociali, nel senso che alcuni operatori del Ser.T sono soci e membri del consiglio d'amministrazione.

Le cariche ufficiali e la gestione della cooperativa sono delegate a soci esterni al Ser.T e questa fa parte di un consorzio di cooperative sociali di tipo A e B. Il Ser.T. ha svolto rilevazioni statistiche sull'utenza ma non ha a disposizione i dati del 1998. Non esistono protocolli di intesa con le cooperative sociali. La dichiarazione viene rilasciata dal responsabile del servizio ma non ne viene specificata la durata.

I risultati della scheda Delphi segnalano il bisogno di approfondire tutte le tematiche proposte.

**Responsabile del Servizio:**

Maurizio Rocchi

**Operatore di riferimento:**

Assistente sociale Cecchet Debora

Tel. 0437-645338-37

Fax: 0437-645227

### 3. Ser.T 3 BELLUNO (A.ULSS 1)

Dalla lettura del questionario (pervenuto il 24.06.99) si desume che sono stati realizzati in passato dei progetti di inserimento lavoro in collaborazione con il S.I.L e con le cooperative sociali. Si tratta in particolare di attività di progettazione per l'avvio di un laboratorio di grafica e stampa. Alla domanda specifica sulle risorse (fonti di finanziamenti) e sul tipo di utenza non sono state però date risposte. Nel 1999 non sono stati realizzati progetti di inserimento lavoro. Non c'è risposta neanche alle domande specifiche che riguardano i progetti attualmente in corso. Esiste un operatore referente, un assistente sociale che si occupa dell'ambito del reinserimento lavorativo. Il S.I.L presente nel territorio si occupa di tossicodipendenti e la collaborazione che esiste tra i due servizi è continuativa.

Nel territorio esistono cooperative che assumono tossicodipendenti. In particolare, viene specificato che ne esiste una che inserisce solo tossicodipendenti o altri svantaggiati a condizione siano seguiti dai servizi. Ne esiste un'altra che collabora con il Ser.T ma non richiede tassativamente che i pazienti siano presi in carico dai servizi sociali.

Gli utenti tossicodipendenti possono essere assunti anche con trattamento farmacologico sostitutivo.

Il Ser.T non ha creato cooperative sociali e non ha concordato protocolli di intesa con esse. Le rilevazioni statistiche sull'utenza sono state svolte e a disposizione ci sono anche i dati del 1998. La dichiarazione viene rilasciata dal responsabile del servizio e non ha un tempo limitato.

Le esigenze conoscitive si concentrano sulla necessità di approfondire la tematica del reinserimento socio-lavorativo/ trattamento terapeutico, tempi, compatibilità, risultati attesi e la normativa che regola il settore.

**Responsabile del Servizio:**

Silvana Valle

**Operatore di riferimento:**

Assistente sociale Funes Nova Silvia

Tel. 0437-931375-6

fax.0437 931039 e-mail: [serubi@tin.it](mailto:serubi@tin.it)

#### 4. Ser.T. 1 FELTRE (A.ULSS 2)

Dalla lettura del questionario (pervenuto l'1.06.99) si desume che presso il Ser.T non sono stati realizzati progetti di inserimento lavorativo. Non ne sono previsti tuttora (anno 2000). Non esiste un operatore referente che si occupa di progetti inserimento lavoro e il Servizio per l'Integrazione Lavorativa è in via di costituzione. Esistono consorzi e cooperative che assumono tossicodipendenti, anche se sottoposti a trattamento farmacologico sostitutivo (metadone). La collaborazione tra il Ser.T di Feltre e le Cooperative Sociali del territorio è continua e proficua ed è formalizzata attraverso protocolli di intesa. Il Ser.T in primis non ha creato cooperative sociali, ma ha svolto rilevazioni statistiche sulla propria utenza. I dati a disposizione si riferiscono anche al 1998. La dichiarazione di socio svantaggiato viene rilasciata dal responsabile Ser.T e ha un tempo limitato, cioè 12 mesi.

Le esigenze conoscitive si collocano in primo luogo sul bisogno di approfondire le modalità di rapporto tra il Ser.T e le cooperative sociali, il S.I.L., e altri Servizi Istituzionali che si occupano a vario titolo di inserimenti lavorativi.

**Responsabile del Servizio:**

Serse Polli

**Operatore di riferimento**

Serse Polli  
Tel. 0439-883278  
fax 0439-883227

#### 5. Ser.T. 1 BASSANO DEL GRAPPA (A.ULSS 3)

Dalla lettura dei dati del questionario (pervenuto il 17.08.99) emerge che in passato non sono stati realizzati progetti di inserimento lavoro. Tuttora non ne sono previsti (anno 2000). L'assistente sociale del servizio si occupa dell'ambito dell'inserimento lavorativo. Il S.I.L si occupa di tossicodipendenti e la collaborazione tra i due servizi è di natura continuativa. Esistono cooperative che assumono tossicodipendenti, anche se sottoposti a trattamento farmacologico. I rapporti tra Ser.T e cooperative sociali sono continuativi ed esiste un protocollo di intesa con una di esse. Il Ser.T non ha creato cooperative. Mancano risposte relative alle rilevazioni statistiche sull'utenza. La dichiarazione viene rilasciata dai comuni di appartenenza con la collaborazione del Servizio per le Tossicodipendenze.

"...Ha un tempo limitato ma la durata è molto variabile..."(nota dell'operatore compilante).

*\*Scheda Delphi non pervenuta*

**Responsabile del Servizio:**

Luigi Piloni

**Operatore di riferimento:**

Assistente sociale Portanome Letteria  
Tel. 0424-885401  
fax: 0424-885408

#### 6. Ser.T. 2 ASIAGO (A.ULSS 3)

Dalla lettura dei dati del questionario (pervenuto il 21.06.99) emerge che sono stati realizzati in passato progetti di inserimento lavoro all'interno di cooperative, indirizzati a tossicodipendenti e alcooldipendenti per tempi limitati (mesi), utilizzando i fondi del Settore Sociale. Dalle risposte emerge che vi sono progetti attualmente in corso (1999) indirizzati a tossicodipendenti e alcooldipendenti: tempi 12 mesi; risorse: fondi del settore sociale; tipo di utenza in carico al Ser.T. L'assistente sociale del servizio si occupa dell'inserimento lavorativo. Il S.I.L si occupa di tossicodipendenti e la collaborazione tra i due servizi è continuativa. Il questionario giunto con modifiche l'anno dopo (aprile 2000) evidenzia però che non c'è alcuna collaborazione con il Servizio di Integrazione Lavorativa dato che tale servizio non si occupa di tossicodipendenti. Esistono consorzi e cooperative che assumono tossicodipendenti a condizione però, che non siano sottoposti a trattamenti farmacologici sostitutivi. Il territorio locale offre occasioni di lavoro soprattutto nell'ambito del settore dei servizi e commercio. La collaborazione tra Cooperative del territorio e Ser.T avviene su caso specifico. Il Ser.T non ha creato cooperative sociali, ma prevede facilitazioni di inserimento lavorativo: borse lavoro, tirocini formativi e di orientamento. Nel 2000 il numero delle persone incluse in progetti per l'inserimento si aggira da tre a cinque.

Sono state svolte rilevazioni statistiche sull'utenza e sono a disposizione i dati del 1998. Viene esplicitato che non esistono protocolli di intesa con cooperative sociali. La dichiarazione di socio svantaggiato viene rilasciata dal Sindaco del Comune di appartenenza sulla scorta delle certificazioni rilasciate dal servizio; non ha tempo limitato.

Le esigenze conoscitive si collocano in primo luogo sulle modalità di rapporto tra il Ser.T e le cooperative sociali, e la normativa del settore.

**Responsabile del Servizio:**

Benedetti Rosanno

**Operatore di riferimento:**

Assistente sociale Gaspari Roberta  
Tel. 0424-469305  
Fax 0424-64992

### 7. Ser.T. 1 THIENE (A.ULSS 4)

Dalla lettura dei dati del questionario (pervenuto il 14.03.00) si desume che in passato sono stati realizzati progetti per l'inserimento lavorativo. Non vengono specificate le voci rispetto ai tempi, le risorse, il tipo di utenza. L'operatore specifica però che tali progetti prevedevano tirocini svolti in cooperative di tipo B (osservazione-orientamento sociale) e assunzioni a tempo determinato in cooperative sociali. Attualmente (anno 2000) sono in corso altri progetti: tirocini e assunzioni per un tempo massimo di 24 mesi in cooperative sociali. Le persone a cui sono rivolti i progetti sono in carico al Ser.T. La figura preposta all'inserimento è l'educatore professionale. Il S.I.L. si occupa anche di utenti tossicodipendenti e la collaborazione che esiste tra i due servizi è saltuaria. Esistono nel territorio cooperative sociali che assorbono utenza con problemi di tossicodipendenza. C'è la disponibilità di assorbire anche persone sottoposte a trattamento farmacologico sostitutivo (metadone). Il Ser.T. non ha creato una propria cooperativa sociale. Non sono state svolte rilevazioni statistiche sull'utenza rispetto i dati richiesti. Esistono protocolli d'intesa con cooperative sociali. La dichiarazione che attesta lo stato di tossicodipendenza viene rilasciata dal Ser.T. mentre quella di "persona svantaggiata" dal Sindaco. Ha un tempo limitato di un anno.

Le esigenze conoscitive si collocano in primo luogo sull'ambito del reinserimento socio-lavorativo, il trattamento terapeutico: i tempi, la compatibilità e i risultati attesi.

**Responsabile del Servizio:**

Rossetto Lorenzo

**Operatore di riferimento:**

Dott.ssa Bergozza Lorena

Tel. 0445-368586

Fax 0445-361332

### 8. Ser.T. 1 VALDAGNO (A.ULSS 5)

Dalla lettura del questionario (pervenuto il 17.03.00) l'operatore compilante specifica che fino al 1999 (compreso) gli inserimenti lavorativi di tossicodipendenti e alcolisti sono stati realizzati attraverso il S.I.L., senza l'attivazione di progetti specifici. Attualmente sono in corso due progetti per l'inserimento lavorativo. Ne vengono specificate le singole voci: Tempo - 1 anno; Risorse - finanziamenti regionali; Utenza - tossicodipendenti ed ex-carcerati.

Per quanto riguarda il primo progetto, viene realizzato presso la cooperativa studio "Prosetto". Per quanto riguarda il secondo progetto realizzato in collaborazione con il S.I.L. si descrivono le voci: Tempo - 3 anni; Risorse: Legge 309/90; Utenza: tossicodipendenti e alcolisti. L'operatore preposto all'inserimento lavorativo, è un assistente sociale. Il S.I.L. si occupa di persone tossicodipendenti. Attualmente la collaborazione tra i due servizi è saltuaria, ma diverrà continuativa per il progetto futuro. Nel territorio esistono cooperative sociali che assorbono utenza con problemi di tossicodipendenza, anche se sottoposta a trattamento farmacologico sostitutivo. In particolare, si evidenzia la collaborazione con la Cooperativa "Studio Progetto" con la quale si è collaborato per la stesura e gestione del primo progetto. Il Ser.T. non ha creato cooperative sociali. Rilevazioni statistiche (rispetto ai dati richiesti) si trovano parzialmente nella compilazione della cartella di ogni singolo utente. Non esistono protocolli di intesa con cooperative sociali. La dichiarazione di socio-svantaggiato viene rilasciata dal Comune di residenza sulla base, della certificazione di tossicodipendenza da parte del Ser.T.

Non c'è risposta alla richiesta di specificare se la dichiarazione ha una durata limitata.

*\*Scheda Delphi non pervenuta*

**Responsabile del Servizio:**

Dott.ssa De Muri

**Operatore di riferimento:**

Assistente sociale: Borriero Maria Rosa

Assistente sociale: Zanotelli Alessandro

Tel: 0445-423384

Fax: 0445- 401999

### 9. Ser.T. 2 MONTECCHIO MAGGIORE (A.ULSS 5)

Dalla lettura del questionario (pervenuto il 31.05.99) si evince che il Ser.T ha realizzato in passato progetti di inserimento lavoro per tossicodipendenti e alcooldipendenti. Attualmente sono in corso altri progetti, individuali, realizzati sia in cooperative sociali che aziende. I tempi previsti di attesa sono sei mesi. Esiste un operatore referente cioè un assistente sociale che si occupa dell'ambito della riabilitazione e dell'inserimento lavorativo. Il S.I.L si occupa di tossicodipendenti e la collaborazione tra i due servizi è saltuaria ( in base ai tempi di attesa del servizio). Esistono consorzi/cooperative che assumono tossicodipendenti anche con trattamento farmacologico sostitutivo (anche se in casi del tutto eccezionali). Non esiste alcuna collaborazione tra Ser.T e cooperative sociali poiché a questo fine è preposto il S.I.L, il quale ha definito anche i protocolli di intesa.

Il Ser.T. non ha creato cooperative sociali. Non ha svolto rilevazioni statistiche sull'utenza.

La dichiarazione viene rilasciata dal Ser.T e non ha tempo limitato.

*\* Scheda Delphi non pervenuta*

**Responsabile del Servizio:**

Giuseppe Ciccù

**Operatore di riferimento:**

Assistente sociale Alessandro Zanotelli

Tel. 0445-423384

Fax: 0444- 698354

### 10. Ser.T. 1 VICENZA (A.ULSS 6)

Dalla lettura del questionario (pervenuto il 17.03.00) si evince che il Ser.T si è occupato in passato di progetti di inserimento lavoro che prevedevano convenzioni con il consorzio di cooperative denominato "Prisma" di Vicenza e collaborazioni con l'ENAIP di Vicenza per l'orientamento e ricerca lavoro. Anche i progetti attualmente in corso si fondono sulle stesse collaborazioni. La figura professionale preposta per l'inserimento lavorativo è l'assistente sociale. Il S.I.L non si occupa di persone con problemi di tossicodipendenza. Esistono consorzi che assumono tossicodipendenti anche con trattamento farmacologico sostitutivo. Esiste una forma di collaborazione tra Ser.T e cooperative sociali che si configura attraverso una convenzione formale che prevede collaborazione nel trattamento e consulenza in itinere. Il Ser.T non ha creato cooperative sociali. Sono state svolte rilevazioni statistiche sull'utenza in carico, e sono a disposizione i dati del 1998. La dichiarazione viene rilasciata dal responsabile del Ser.T, ha un periodo limitato, cioè 12 mesi.

*\* Scheda Delphi non pervenuta*

**Responsabile del Servizio:**

Vincenzo Balestra

**Operatore di riferimento:**

Assistente sociale Lidia Piccolo

Psicologo: Enzo Gelain

Tel. 0444-511113

Fax 0444-300566

### 11. Ser.T. 2 NOVENTA VICENTINA (A.ULSS 6)

Dalla lettura del questionario (pervenuto l'1.07.99) si evince che il Ser.T non ha realizzato in passato progetti di inserimento lavorativo, per cui mancano le specifiche relative ai tempi, risorse, tipo di utenti. Ci sono progetti in corso che prevedono attività di prevenzione contro il consumo di alcool e sostanze all'interno delle aziende. Attualmente ci sono problemi con l'ufficio di collocamento che è diventato provinciale, e fino a gennaio del 2000 non sarà in funzione. Esiste un operatore referente cioè un assistente sociale. Il S.I.L non si occupa di tossicodipendenti, e non vi è alcuna collaborazione tra i due servizi. Non esistono consorzi/cooperative che assumono tossicodipendenti o persone sottoposte a trattamento farmacologico sostitutivo. Esiste una forma di collaborazione tra Ser.T. e cooperative nel senso che vi è una convenzione con la cooperativa Prisma di Vicenza. Il Ser.T non ha creato cooperative. Sono state svolte rilevazioni statistiche sull'utenza (attualmente si sta portando a termine un'indagine specifica riguardante il mondo giovanile). Esiste un protocollo d'intesa con la cooperativa. La dichiarazione di socio svantaggiato viene rilasciata dal Ser.T e Comune di residenza. Non ha alcun limite temporale.

In occasione della riunione del 19 aprile '00, in cui è intervenuto l'operatore Biasin Antonio, si è ravvisata la necessità di apporre delle correzioni e modifiche alle informazioni giunte attraverso il questionario del '99.

Non compare risposta nelle domande inerenti il S.I.L. e la collaborazione con tale servizio risulta essere assente. Le cooperative sociali del territorio assumono anche persone con problemi di tossicodipendenza, a condizione però che non siano sottoposte a trattamento farmacologico sostitutivo (metadone). Ci sono protocolli d'intesa che formalizzano rapporti continuativi e il Servizio per le Tossicodipendenze prevede facilitazioni di inserimento lavoro: borse lavoro, tirocini formativi e di orientamento. Il territorio locale offre occasioni di lavoro soprattutto nell'ambito del settore industriale.

*\* Scheda Delphi non pervenuta*

**Responsabile del Servizio:**

Mauro Codogno

**Operatore di riferimento:**

Assistente sociale Biasin Antonio

Tel. 0444/780611

Fax 0444-760615

### 12. Ser.T 1 CONEGLIANO (A.ULSS 7)

Dalla lettura del questionario (pervenuto il 31.08.99) emerge che il Ser.T ha realizzato in passato progetti di inserimento lavoro: tempi - 12 mesi-24 mesi; Risorse - non specificate; Utenza - in carico al Ser.T. Rispetto ai progetti attualmente in corso viene definito il tempo: da un minimo di un anno ad un massimo di due anni. Non sono dettagliate le risorse che finanziano tali progetti, indirizzati a tossicodipendenti e alcolisti in carico al servizio. I progetti prevedono borse lavoro e percorsi di orientamento finalizzati al lavoro con assunzioni agganciate al Centro Diurno del Ser.T. Vi sono più operatori che si occupano dell'inserimento lavorativo (un educatore professionale e un assistente sociale). Il S.I.L si occupa di tossicodipendenti e la collaborazione tra i due Enti è continuativa. Esistono consorzi che assumono tossicodipendenti anche se sottoposti a trattamento farmacologico. La collaborazione tra Ser.T e cooperative sociali è buona anche se non esistono protocolli d'intesa. Il Ser.T non ha creato cooperative sociali. Non sono state svolte rilevazioni statistiche sull'utenza (rispetto ai dati richiesti). La dichiarazione di socio-svantaggiato viene rilasciata dal Comune. Non viene specificata la durata temporale. In occasione della riunione del 19 aprile '00 sono state fornite dall'educatore professionale Angelo Tagliamento delle informazioni aggiuntive che specificano ulteriormente la realtà del servizio. Per quest'anno (anno 2000) si sta attuando una collaborazione (esiste anche un protocollo d'intesa) tra il servizio e le cooperative del territorio realizzata attraverso il progetto denominato "Bussola" che ha finalità di orientamento e inserimento lavorativo. Il Ser.T prevede facilitazioni di inserimento lavoro attraverso borse lavoro, tirocini formativi e di orientamento. Il numero delle persone incluse in progetti varia da 9 a 11. Il territorio offre occasioni di lavoro in tutti i settori.

Le esigenze conoscitive si collocano in primo luogo sull'ambito della questione del reinserimento socio-lavorativo, i trattamenti terapeutici: i tempi, la compatibilità, i risultati attesi e la normativa che regola il settore.

*Incontro con gli operatori della riabilitazione*

*Appendice C*

**Responsabile del Servizio:**

Michela Frezza

**Operatore di riferimento:**

Educatore Professionale Alessandro Beccagli

Tel. 0438-658386

Fax 0438-658542

### 13. Ser.T 1 CASTELFRANCO VENETO (A.ULSS 8)

Dalla lettura del questionario (pervenuto il 16.06.99) si desume che sono stati realizzati in passato progetti di inserimento lavoro. Tali progetti prevedevano inserimenti in cooperative sociali di tipo B per tossicodipendenti drug-free, inserimenti in CEOD e CLG di alcolisti e tossicodipendenti drug-free. Attualmente (1999) è in atto un progetto regionale di u

n anno finanziato parzialmente dalla Regione Veneto. Esiste un educatore professionale preposto a tale ambito. Il S.I.L non si occupa di tossicodipendenti (su scelta del Servizio per le Tossicodipendenze). Ci sono consorzi e cooperative che assumono tossicodipendenti anche se sottoposti a trattamenti farmacologici sostitutivi (questo avviene con l'ultimo progetto). Esistono forme varie di collaborazione tra Ser.T e cooperative sociali, per esempio, la cooperativa "Il Portico" nasce per iniziativa degli operatori Ser.T, accoglie tossicodipendenti e alcolisti; La cooperativa "Sonda" agisce in convenzione con l'Azienda ULSS e gestisce un CEOD. Il Ser.T dunque ha creato cooperative sociali. Rispetto alla domanda su come è organizzata la cooperativa, gli operatori ci scrivono che nel consiglio di amministrazione 2 membri fanno parte della U.O. di Alcologia e del Ser.T. C'è ora la tendenza di dare al progetto una progressiva autonomia. Il Ser.T ha svolto rilevazioni statistiche sull'utenza in carico, e ha i dati del 1998. Esiste un protocollo d'intesa con le cooperative sociali. La dichiarazione viene rilasciata dal Servizio e non ha alcun limite temporale.

Le esigenze conoscitive si collocano in primo luogo sull'ambito della questione dei rapporti tra il Ser.T e gli altri Servizi Istituzionali, e il bisogno di disporre di una formazione adeguata per gli operatori dell'ambito della riabilitazione.

**Responsabile del Servizio:**

Graziano Bellio

**Operatore di riferimento:**

Educatore Professionale Flavio De Grandis

Tel. 0423-732600

Fax 0423-732737

### 14. Ser.T 1 TREVISO (A.ULSS 9)

Dalla lettura del questionario (pervenuto l'11.06.99) si desume che sono stati realizzati progetti di inserimento lavoro in passato. Per quanto riguarda le caratteristiche, non c'è risposta alla specificazione tempo e risorse. L'utenza a cui si rivolgono tali progetti, è costituita da tossicodipendenti del Servizio e quelli usciti dal carcere. Vi è una nota che specifica che viene previsto l'inserimento lavorativo in una cooperativa sociale denominata "Alternativa" di Vascon di Carbonera, i cui destinatari sono utenti tossicodipendenti usciti dal carcere. Dei progetti attualmente in corso (uno sportello informale lavoro per due ore alla settimana per utenti tossicodipendenti e alcolisti), non vengono specificate le singole voci. Esiste un operatore referente con la qualifica di educatore professionale. Il S.I.L (1999) non si occupa ancora di tossicodipendenti. Non c'è risposta sulla descrizione della collaborazione. Esistono consorzi e cooperative che assumono tossicodipendenti anche se sottoposti a trattamento farmacologico sostitutivo (metadone). La collaborazione tra Ser.T e cooperative assume la forma di monitoraggio, assistenza sociale e farmacologica al caso. Il Ser.T ha creato una cooperativa sociale. Questa cooperativa, inserisce gli utenti della comunità terapeutica diurna. Il Ser.T non ha svolto rilevazioni statistiche sull'utenza rispetto i dati richiesti. Esiste un protocollo d'intesa con le cooperative sociali. La dichiarazione viene rilasciata dal Sindaco del Comune di residenza su certificazione del Ser.T. Ha un tempo limitato (dipende dal programma) ma non viene specificata la durata. In occasione della riunione del 19 aprile '00, a cui ha partecipato Miriam Bordignon, si è ravvisata la necessità di esplicitare alcune risposte date al questionario inviato nel 1999. Attualmente (anno 2000) non esiste alcun protocollo operativo con il S.I.L, tuttavia la fase progettuale per una collaborazione tra i due servizi ha determinato, dopo più di quattro anni di lavoro, la stesura di un progetto triennale finanziato dal Fondo Nazionale Lotta alla Droga ( testo Unico 309/90). Il Ser.T di Treviso partecipa anche al gruppo di lavoro sul "progetto Regionale inserimento e mantenimento lavorativo delle categorie deboli" cui hanno aderito anche le A.S.L. di Treviso, Verona, Dolo (VE), Castelfranco (TV) e Conegliano (TV) con i relativi S.I.L., SER.T e S.P.I.S.A.L. La responsabilità di tale progetto è del Dr. G. Moro dello S.P.I.S.A.L. di Treviso.

Le esigenze conoscitive si collocano in primo luogo sull'ambito del reinserimento socio-lavorativo, trattamenti terapeutici: i tempi, la compatibilità e i risultati attesi.

*Incontro con gli operatori della riabilitazione*

*Vedi appendice C.*

**Responsabile del Servizio:**

Germano Zanusso

**Operatore di riferimento:**

Educatrice professionale Miriam Bordignon, Assistente sociale

Donatella Barbon, Educatrice professionale Paola De Santis

Tel. 0422-323722

Fax 0422 323760

### 15. Ser.T 2 di ODERZO (A.ULSS 9)

Il Dottor Zanusso (Responsabile sia del Ser.T di Treviso che Oderzo) ci ha spiegato che il questionario non è stato compilato dal momento che non sono previsti progetti di inserimento lavoro, né ne sono stati realizzati in passato. "...L'area della riabilitazione prevede però programmi di reinserimento sociale. I trattamenti individuali/gruppo hanno come obiettivo primario la ri-scoperta e la valorizzazione delle abilità relazionali, presupposti fondamentali per l'orientamento e il consolidamento di un percorso che dia autonomia anche nel cercare e mantenere un'attività professionale...".

\* Scheda Delphi non pervenuta

**Responsabile del Servizio:**  
Germano Zanusso

**Operatore di riferimento:**  
Tel. 0422/715607  
Fax 0422-715608

### 16. Ser.T 1 PORTOGRUARO (A.ULSS 10)

Dalla lettura del questionario (pervenuto il 18.06.99) si desume che in passato sono stati realizzati progetti di inserimento lavoro. Non viene data risposta ai tempi. Alcolisti e tossicodipendenti (bassa soglia), sono i destinatari dei progetti che sono stati formulati dal S.I.L. Per quanto riguarda i progetti attualmente in corso, viene specificato il tipo di utenza: in carico al servizio. Esiste un operatore referente, un educatore professionale, che è preposto all'ambito della riabilitazione. Il S.I.L. si occupa di tossicodipendenti e la collaborazione tra S.I.L. e Ser.T risulta essere continuativa. Esistono cooperative che assumono persone con problemi di tossicodipendenza, ma non se sottoposte a trattamento farmacologico sostitutivo (metadone). Esistono collaborazioni tra Ser.T e cooperative, che danno disponibilità all'assunzione di persone alcoliste e tossicodipendenti disintossicate. Il Ser.T non ha creato cooperative sociali. Sono state svolte rilevazioni statistiche sull'utenza, ma non ci sono i dati del 1998. Esiste un protocollo di intesa con le cooperative sociali. La dichiarazione viene rilasciata dal Ser.T e non ha alcuna limitazione temporale. In occasione della riunione del 19 aprile '00, a cui ha partecipato l'educatore professionale Renato Mazzon, si ravvisa la necessità di aggiungere informazioni più dettagliate.

In passato sono stati realizzati progetti con finalità di inserimenti sociali. Tali inserimenti erano rinnovabili di anno in anno, rivolti ad utenti con capacità lavorative molto limitate (generalmente alcoolisti) e inserimenti finalizzati all'assunzione: 3/6 mesi presso cooperative sociali rivolte ad utenti tossicodipendenti e alcolisti.

Attualmente (1999-2000) sono previsti 5 inserimenti sociali e uno finalizzato all'assunzione.

Le cooperative sociali del territorio assumono soggetti sottoposti a trattamento farmacologico sostitutivo solo nell'ambito di tirocinio lavorativo, strumento e risorsa messa a disposizione del Ser.T, che prevede anche borse lavoro. Il numero delle persone incluse in progetti varia da 6 a 8.

Per quanto riguarda le offerte lavorative del territorio, si concentrano soprattutto nell'ambito del settore agricolo, e nel settore dei servizi/commercio.

Le esigenze conoscitive si collocano soprattutto nell'ambito della questione dei rapporti con le cooperative sociali del territorio, la tematica del reinserimento socio-lavorativo, trattamento terapeutico: tempi, compatibilità, risultati attesi e la normativa.

**Responsabile del Servizio:**  
Pier Maria Pili

**Operatore di riferimento:**  
Educatore professionale Renato Mazzon  
Tel. 0421-280550  
Fax 0421-275535

### 17. Ser.T 2 SAN DONA' DI PIAVE (A.ULSS 10)

Dalla lettura del questionario (pervenuto l'1.07.99) si desume che sono stati realizzati in passato progetti di inserimento lavorativo. L'inserimento lavorativo è una attività istituzionale del Ser.T che viene messa in atto soprattutto nei confronti degli utenti che stanno concludendo il programma al Centro Diurno Ce.I.S. convenzionato o al termine di altri programmi terapeutici. L'inserimento si divide in due fasi, la prima prevede una Borsa lavoro (a totale carico del bilancio sanitario dell'A.S.L) di pochi mesi (da uno a sei). In questa fase, l'obiettivo del Servizio è che il soggetto venga successivamente assunto con un contratto normale dall'Azienda. L'inserimento è curato da un educatore del Ser.T su mandato ed in collaborazione con l'équipe del Ser.T e del Centro Diurno. Nel corso del 1999 sono stati realizzati 10 inserimenti in Borsa Lavoro di cui 3 tuttora in corso più due assunzioni dirette di utenti che non hanno frequentato il Centro Diurno. Un utente in terapia metadonica è stato inserito presso una cooperativa sociale di Mestre. L'educatore professionale si occupa dell'ambito della riabilitazione e reinserimento socio-lavorativo. Il S.I.L si occupa di tossicodipendenti e la collaborazione tra i due servizi è continuativa. Vi sono nel territorio consorzi e cooperative che assumono tossicodipendenti. Non c'è risposta alla domanda relativa all'assunzione di persone sottoposte a trattamento farmacologico sostitutivo (metadone). La collaborazione tra Ser.T e Cooperative Sociali è saltuaria e si attua su progetto individuale. Non esistono protocolli di intesa con le cooperative sociali. Il Ser.T non ha creato alcuna cooperativa. Sono state svolte rilevazioni statistiche sull'utenza e sono a disposizione i dati del 1998. La dichiarazione viene rilasciata dal Sindaco con certificazione del Ser.T, ed ha tempo limitato cioè un anno. Le esigenze conoscitive si collocano soprattutto nell'ambito della tematica del reinserimento socio-lavorativo, trattamento terapeutico: tempi, compatibilità, risultati attesi.

*Incontro con gli operatori della riabilitazione  
Vedi appendice C.*

**Responsabile del Servizio:**  
Davide Banon

**Operatore di riferimento:**  
Educatore professionale Tiziano Sartor  
Tel. 0421-227740-227743  
Fax 0421-50670

### 18-19. Ser.T 1-2 VENEZIA-MESTRE (A.ULSS 12)

Dalla lettura del questionario (pervenuto l'1.08.99) si desume che i Ser.T di Venezia e Mestre hanno realizzato in passato progetti di inserimento lavorativo. Vengono descritte anche le singole voci: tempo 12-36 mesi; risorse: Fondi della 309, utenza: in carico ai Ser.T. Per quanto riguarda i progetti attualmente in corso (Progetto ALFA/CONTATTI per pazienti metadonizzati) le caratteristiche sono le stesse. Esistono vari operatori di riferimento, assistente sociale ed educatore. Il S.I.L si occupa di tossicodipendenti e la collaborazione è continuativa. Esistono consorzi, cooperative che assumono tossicodipendenti anche se sottoposti a trattamento farmacologico sostitutivo (metadone). Esistono forme di collaborazione tra il Servizio e le cooperative sociali, in particolare tra il Ser.T e il consorzio G. Zorzetto, formalizzate attraverso un protocollo di intesa. Il Ser.T non ha creato cooperative sociali. Sono state svolte rilevazioni statistiche sull'utenza e sono a disposizione i dati del 1998. La dichiarazione viene rilasciata dal Responsabile dell'Unità di Riabilitazione. La dichiarazione ha un tempo limitato cioè 12+6 mesi e dipende dal caso singolo. Le esigenze conoscitive si collocano soprattutto nell'ambito della tematica del reinserimento socio-lavorativo, trattamento terapeutico: tempi, compatibilità, risultati attesi e il bisogno di avere momenti formativi specialistici nell'ambito della riabilitazione. I servizi di Mestre e Venezia operano, nel campo della riabilitazione e del reinserimento lavorativo, in modo coordinato, nel rispetto delle singole organizzazioni operative e delle rispettive Unità Operative cliniche.

**Responsabile del Servizio:**  
Venezia: Amedea Lo Russo  
Venezia-Mestre: PierGuido Nardi

**Operatore di riferimento:**  
**Venezia:** Assistente sociale Francesca Zane  
Tel. 041-5227243 Fax: 041.5212632  
**Mestre:** Assistente sociale Fausta Ronchini  
Tel.041-5440526  
Fax 041-5440531

**20-21. Ser.T 1-2 MIRANO-DOLO (A.ULSS 13)**

Dalla lettura del questionario (pervenuto il 24.06.99) si evince che in passato sono stati realizzati progetti di inserimento lavoro. Vengono specificati i tempi: 12 mesi, risorse: altro, utenza: in carico al Servizio. C'è anche la definizione delle caratteristiche dei progetti attualmente in corso: tempi: 12 mesi, risorse: altro, utenza: in carico al Ser.T. Esiste un operatore referente, cioè un assistente sociale e un educatore professionale. Il S.I.L non si occupa di tossicodipendenti e non esiste alcuna collaborazione tra i due servizi. Esistono consorzi e cooperative che assumono tossicodipendenti anche con trattamento farmacologico sostitutivo. Esiste una collaborazione con la Cooperativa Sociale Olivotti.

Il Ser.T non ha creato cooperative sociali. Sono state svolte rilevazioni statistiche sull'utenza, ma gli operatori non hanno quelli relativi ai dati richiesti. Non esistono protocolli d'intesa con le cooperative. La dichiarazione di socio svantaggiato viene rilasciata dal Ser.T e ha una validità di 12 mesi.

Le esigenze conoscitive si collocano soprattutto nell'ambito della tematica del reinserimento socio-lavorativo, trattamento terapeutico: tempi, compatibilità, risultati attesi.

*Incontro con gli operatori della riabilitazione  
Vedi appendice C*

**Responsabile del Servizio:**  
Mauro Cibirin

**Operatore di riferimento:**  
Assistente sociale Cristina Segantin  
Educatore professionale Emanuele Perelli  
Tel. 041-5102307  
Fax 041-5102516

**22. Ser.T 1 CHIOGGIA (A.ULSS 14)**

Dalla lettura del questionario (pervenuto il 28.06.99) emerge che non sono stati realizzati in passato progetti di inserimento lavoro e non ne sono previsti attualmente. Non vengono dunque specificate le caratteristiche. Non esiste un operatore referente che si occupa di tale ambito. Il S.I.L non si occupa di tossicodipendenti. Non esistono consorzi o cooperative che assumono persone con problemi di tossicodipendenza. Il Ser.T dunque non ha forme di collaborazione con esse. Sono state attuate rilevazioni statistiche sull'utenza. I dati del 1998 sono dunque a disposizione. Non esistono protocolli di intesa con cooperative sociali. Non viene data alcuna risposta su chi rilascia la dichiarazione.

In occasione della riunione del 19 aprile '00, a cui ha partecipato l'assistente sociale, Luigina Spinosa, si è ravvisato la necessità di riportare informazioni più dettagliate che si riferiscono però ai progetti in atto nell'anno corrente (anno 2000). Attualmente sono in corso due progetti: il "Job Club", progetto finanziato al Fondo Regionale e uno sperimentale in collaborazione con l'Enaip e il Ce.I.S. "Don Milani" di Mestre. Il numero delle persone coinvolte varia da 3 a 5. Lo psicologo, per la valutazione, e l'assistente sociale, sono le figure che si occupano dell'ambito della riabilitazione e inserimento lavorativo. Il Servizio sta cercando di compiere una mappatura del territorio per rilevare la reale presenza di cooperative per poter iniziare una collaborazione. Il territorio locale offre occasioni di lavoro in tutti i settori. Rispetto alle statistiche richieste, i dati a disposizione si riferiscono alle anamnesi, mentre dati più esaustivi si riferiscono ai soli utenti segnalati dalla prefettura.

Le esigenze conoscitive si collocano soprattutto nell'ambito della tematica del reinserimento socio-lavorativo, trattamento terapeutico: tempi, compatibilità, risultati attesi e il bisogno di avere momenti formativi specialistici nell'ambito della riabilitazione.

**Responsabile del Servizio:**  
Dott.ssa Roberta Sabbion

**Operatore di riferimento:**  
Assistente sociale Luigina Spinosa  
tel. 041-5534475  
fax 041-5534436

### 23. Ser.T DI PIOVE DI SACCO (A.ULSS 14)

Dalla lettura del questionario (pervenuto il 21.06.99) emerge che in passato non sono stati realizzati progetti di inserimento lavorativo e non ne sono previsti. Non vi sono operatori che si occupano di inserimento lavorativo. Il S.I.L non si occupa di tossicodipendenti, e non esiste alcuna collaborazione tra i due servizi. Esistono consorzi e cooperative che assumono tossicodipendenti ma non viene specificato se esiste la disponibilità di assumere persone sottoposte a trattamento farmacologico sostitutivo (metadone). Alla domanda "forme di collaborazione", viene specificato che in passato era stato avviato un tentativo di collaborazione tra Ser.T e cooperative che però non è stato possibile far proseguire. Il servizio non ha creato cooperative sociali. Le rilevazioni statistiche sono in corso. Non esistono protocolli d'intesa con le cooperative. La dichiarazione viene rilasciata dal Comune (anche se l'operatore che compila il questionario non ne è completamente sicuro).

\* Scheda Delphi non pervenuta

**Responsabile del Servizio:**  
Dott.ssa Roberta Sabbion

**Operatore di riferimento:**  
Educatrice professionale Annamaria Dorin  
Tel. 049-9718217  
Fax 049-9718234

### 24. Ser.T 1 CAMPOSAMPIERO (A.ULSS 15)

Dalla lettura del questionario (pervenuto il 18.06.99) si evince che sono stati realizzati in passato progetti di inserimento lavoro. Non viene data specifica sui tempi, sulle risorse, sull'utenza. I progetti erano individuali su casi specifici.

Attualmente ci sono progetti in corso, sempre individuali, sia per persone tossicodipendenti, sia per persone alcoliste. Esiste un operatore referente che è un assistente sociale. Il S.I.L si occupa di tossicodipendenti (su richiesta del Ser.T), ma la collaborazione tra S.I.L e Ser.T è saltuaria. Esistono cooperative o consorzi che assumono persone tossicodipendenti anche se sottoposte a trattamento farmacologico. Esiste una buona forma di collaborazione tra Ser.T e cooperative. Il Ser.T non ha creato cooperative sociali. Non viene data risposta in riferimento alle rilevazioni statistiche, però viene specificato che i dati 1998 non sono a disposizione. Esiste un protocollo d'intesa con le cooperative sociali. La dichiarazione viene rilasciata dal Sindaco. Ha un tempo limitato perché dura 12 mesi. Le esigenze conoscitive si collocano soprattutto sui rapporti con i Servizi Istituzionali che si occupano di inserimento lavorativo.

**Responsabile del Servizio:**  
Augusto Chiodini

**Operatore di riferimento:**  
Assistente sociale Franca Bonin  
Tel: 049-9324961  
Fax 049-9324969

### 25. Ser.T 2 CITTADELLA (A.ULSS 15)

Dalla lettura del questionario (pervenuto il 6.04.00) si evince che in passato sono stati realizzati progetti di inserimento lavoro, attualmente (anno 2000) però non ne sono previsti.

L'assistente sociale è la figura professionale preposta all'ambito della riabilitazione e inserimento lavorativo. Non esiste alcuna collaborazione tra il Ser.T e il S.I.L. Nel territorio esistono cooperative sociali che assumono utenza con problemi di tossicodipendenza anche se sottoposti a trattamenti farmacologici sostitutivi. In via di consolidamento c'è un progetto di inserimento lavoro, rivolto a tossicodipendenti e carcerati della cooperativa "primavera '90", finanziato con il Fondo Nazionale lotta alla Droga. Il Ser.T non prevede facilitazioni di inserimento lavoro. Il territorio locale offre occasioni di lavoro nell'ambito nel settore industriale e nell'ambito dell'artigiano.

Le esigenze conoscitive si collocano in particolare sui rapporti tra il Ser.T, le cooperative sociali del territorio, gli altri Servizi Istituzionali e la normativa del settore.

**Responsabile del Servizio:**  
Augusto Chiodini

**Operatore di riferimento:**  
Assistente sociale Pamela Palazzi  
Tel: 049-9424475  
Fax 049-9324969

### 26. Ser.T 1 PADOVA (A.ULSS 16)<sup>1</sup>

Il questionario (pervenuto il 23.07.99) evidenzia che vi sono stati in passato progetti inserimento lavoro e vengono specificate le singole voci: tempi 12 mesi, risorse altro; utenza in carico Ser.T. Si trattava di progetti attuati in collaborazione con il Comune di Padova e cooperative sociali, che prevedevano anche contatti con l'ENAIIP per corsi di orientamento lavorativo e stage in azienda. Attualmente ci sono progetti in corso e viene data la specifica: tempi: 8 mesi, risorse: altro, utenza: non vi è risposta. Esiste un operatore referente, e cioè un assistente sociale e un educatore professionale. Il S.I.L non si occupa di tossicodipendenti e la collaborazione è saltuaria. Le cooperative sono coordinate all'interno dell'Agenzia Territoriale per le Tossicodipendenze. Esistono consorzi e cooperative che assumono persone con problemi di tossicodipendenza, anche con trattamento farmacologico sostitutivo. La collaborazione tra Ser.T e cooperativa (una sola) è realizzata con la convenzione con ULSS 16. Il Ser.T non ha creato cooperative sociali.

Il Servizio ha svolto rilevazioni statistiche sulla propria utenza e mette a disposizione i dati relativi al 1998. Non c'è risposta alla domanda esistenza protocolli d'intesa con cooperative sociali. La dichiarazione di socio svantaggiato viene rilasciata dal Ser.T, e la domanda relativa al tempo della dichiarazione non trova riscontro.

Le esigenze conoscitive si collocano con lo stesso ordine di importanza in tutte le tematiche proposte.

*Incontro con gli operatori della riabilitazione*

*Vedi appendice C.*

**Responsabile del Servizio:**

Fabrizio Schifano

**Operatore di riferimento:**

Assistente sociale Riondato Silvia e Carla Danieli

Tel. 049-8212246

Fax 049 8215318

### 27. Ser.T 2 PADOVA (A.ULSS 16)<sup>2</sup>

Dalla lettura del questionario (pervenuto il 21.06.99) si desume che sono stati realizzati in passato progetti di inserimento lavorativo; viene specificato il tempo: un anno, le risorse: finanziamenti dal Comune (altro), utenza: tossicodipendenti in carico al Ser.T. Sui progetti attualmente in corso non vengono specificate le caratteristiche. I progetti vengono portati avanti grazie alla collaborazione con il Comune, l'Agenzia per le Tossicodipendenze e l'Enaip. Esiste un operatore (educatore professionale) che si occupa di inserimento lavorativo. Il S.I.L si occupa di tossicodipendenti, e la collaborazione è saltuaria. Esistono cooperative che assumono persone con problemi di tossicodipendenza, anche con trattamento farmacologico sostitutivo (metadone). C'è collaborazione tra Ser.T e cooperative sociali per quanto riguarda l'invio dell'utenza, intervento nei momenti di difficoltà e verifica periodica. Il Ser.T non ha creato cooperative sociali. Sono state svolte rilevazioni statistiche, ma non ci sono i dati del 1998. Non c'è risposta alla domanda "esistono protocolli d'intesa con Cooperative sociali". La dichiarazione di socio-svantaggiato viene rilasciata dal Ser.T più il Comune; viene specificato che la durata può variare a seconda dei casi. Le esigenze conoscitive si collocano con lo stesso ordine di importanza in tutte le tematiche proposte.

**Responsabile del Servizio:**

Renato Bricolo

**Operatore di riferimento:**

Educatrice professionale Bernardi Roberta

Tel. 049-8216930-33

Fax 049-8216948

Nel novembre 2001 la situazione è così modificata: i due Ser.T risultano essere accorpati. Il Responsabile del Servizio è Andrea Vendramin e l'operatore di riferimento è l'assistente sociale Rosa Foscaro e l'educatrice professionale Bernardi Roberta.

<sup>1</sup> Attualmente (novembre 2001) i Ser.T di Padova risultano essere accorpati.

<sup>2</sup> Attualmente (novembre 2001) i Ser.T di Padova risultano essere accorpati.

**28. Ser.T 1 ESTE (A.ULSS 17)**

Dalla lettura del questionario (pervenuto il 17.03.00) si evince che in passato sono stati realizzati progetti per l'inserimento lavorativo. In particolare è stato realizzato un progetto sperimentale per il reinserimento socio-lavorativo di tossicodipendenti e/o alcolisti, approvato e finanziato dalla Regione Veneto, che stanno effettuando (o che hanno concluso) un percorso terapeutico-riabilitativo in carico al Ser.T. Per la realizzazione di tale progetto ci si è avvalsi della collaborazione di una cooperativa sociale del territorio, che si occupa di assemblaggio e floravivaismo.

Lo stesso progetto è ancora in corso. La collaborazione si è estesa anche ad altre cooperative del territorio, offrendo nuovi ambiti di attuazione. E' un progetto finanziato con i Fondi previsti dalla legge 309/90. L'assistente sociale è la figura professionale preposta in qualità di referente per l'inserimento lavorativo. Il S.I.L si occupa di persone con problemi di tossicodipendenza e tra i due servizi c'è una collaborazione continuativa. Esistono cooperative nel territorio che assorbono utenza con problemi di tossicodipendenza anche con trattamento farmacologico sostitutivo (metadone). Le collaborazioni tra Ser.T e cooperative sociali si configurano attraverso apposite convenzioni previste nell'attuazione di progetti. Il Ser.T non ha creato cooperative sociali.

Sono state svolte rilevazioni statistiche sull'utenza (rispetto ai dati richiesti) ma non sono a disposizione i dati del 1998. Protocolli d'intesa vengono previsti solo nell'ambito di realizzazione di progetti. La dichiarazione di socio-svantaggiato viene rilasciata dal Ser.T e/o dal Comune. La dichiarazione non ha un tempo limitato.

Le esigenze conoscitive si collocano soprattutto nell'ambito della tematica del reinserimento socio-lavorativo, trattamento terapeutico: tempi, compatibilità, risultati attesi; il bisogno di avere momenti formativi specialistici nell'ambito della riabilitazione e la normativa.

**Responsabile del Servizio:**  
Marialuisa Girardi

**Operatore di riferimento:**  
Assistente sociale Alessia Riberto  
Tel. 0429-618481/618389  
Fax 0429-618389

**29. Ser.T 2 MONSELICE (A.ULSS 17)**

Dalla lettura del questionario (pervenuto il 2.06.99) si desume che sono stati realizzati in passato progetti di inserimento lavoro. Non c'è risposta sulla variabile tempi. Si trattava di progetti attuati sulla base di accordi tra Ser.T, sindacati e ditte per l'inserimento condizionato di tossicodipendenti in trattamento. Non vengono specificate le voci relative ai tempi e alle risorse impiegate. Attualmente gli operatori sono impegnati nel progetto PASS (in collaborazione con il Ser.T di Este), che prevede inserimento con borse lavoro. Le persone con problemi di tossicodipendenza e alcolismo ne sono i destinatari. Tale progetto è realizzato in collaborazione con il S.I.L, la cooperativa sociale e viene finanziato dalla Regione Veneto. Esiste un operatore referente, un assistente sociale. Il S.I.L si occupa di tossicodipendenti e la collaborazione tra Ser.T e S.I.L è saltuaria. Esistono cooperative che assumono tossicodipendenti anche con trattamento farmacologico sostitutivo (metadone).

La forma di collaborazione tra Ser.T e cooperativa avviene solo nell'ambito del progetto PASS, altrimenti risulta essere saltuaria. Il Ser.T non ha creato cooperative sociali. Non c'è alcuna risposta sulle rilevazioni statistiche però non sono disponibili i dati del 1998. Non esiste alcun protocollo di intesa con le cooperative del territorio. La dichiarazione viene rilasciata dal Comune su certificazione del Ser.T e non ha tempo limitato.

Le esigenze conoscitive si collocano con lo stesso ordine di importanza in tutte le tematiche proposte.

*Incontro con gli operatori della riabilitazione  
Vedi appendice C*

**Responsabile del Servizio:**  
Giancarlo Zecchinato

**Operatore di riferimento:**  
Assistente sociale Monica Viale  
Tel. 0429-788398  
Fax 0429-788399

### 30. Ser.T 1-LENDINARA (A.ULSS 18)

Dalla lettura del questionario (pervenuto il 5.06.99) si evince che sono stati realizzati in passato progetti di inserimento lavoro (promozione e costituzione di cooperative sociali). Non vengono riportate le riposte rispetto ai tempi, alle risorse e al tipo di utenza a cui erano indirizzati. Esistono progetti attualmente in corso che prevedono stage di inserimento in cooperative. Il tempo previsto è due anni, i destinatari sono in carico al Ser.T (tossicodipendenti e alcolisti).

Esiste un operatore referente di tale ambito, un assistente sociale. Il S.I.L del territorio si occupa di persone con problemi di tossicodipendenza (dal gennaio del 1999) ma la collaborazione tra i due servizi è saltuaria. Esistono cooperative e consorzi che assumono tossicodipendenti anche con trattamento farmacologico sostitutivo (metadone). Esistono forme di collaborazione tra Ser.T e cooperative sociali attraverso convenzioni per stage e protocolli per progetto riabilitativo. Il Servizio ha creato due cooperative sociali. Una cooperativa si occupa di reinserimento ed è di tipo B. La seconda è una cooperativa di gestione comunità di tipo A. Il Ser.T ha svolto rilevazioni statistiche sull'utenza e mette a disposizione i dati del 1998. Esistono protocolli d'intesa con le cooperative. La dichiarazione di socio-svantaggiato viene rilasciata dal Ser.T e ha la durata di un anno.

Le esigenze conoscitive si collocano con lo stesso ordine di importanza in tutte le tematiche proposte.

*Incontro con gli operatori della riabilitazione  
Appendice C*

**Responsabile del Servizio:**  
Dottor Celeghin

**Operatore di riferimento:**  
Assistente sociale Caramma Concetta  
Tel. 049-605282  
Fax 0425-605294

### 31. Ser.T ROVIGO (A. ULSS 18)

Dalla lettura del questionario (agosto 1999) si desume che in passato sono stati realizzati progetti di inserimento lavorativo.

Si trattava di inserimenti lavorativi semestrali con borse lavoro in collaborazione con il Comune di Rovigo e finanziati dal Fondo Lotta alla Droga DPR 309/90. Erano indirizzati ad utenti del servizio: tossicodipendenti, alcolisti e detenuti. Attualmente (anno 2000) sono previsti progetti di inserimento finanziati dallo stesso Fondo in collaborazione e in accordo con le cooperative sociali e i Comuni dell'A.ULSS 18. Sono previste borse-lavoro di 6 mesi, e sono indirizzate a tossicodipendenti, alcolisti e coloro i quali si trovano in affidamento alternativo al carcere. Le figure professionali che si occupano di tale ambito sono l'assistente sociale e la psicologa. Il S.I.L si occupa di utenti tossicodipendenti; la collaborazione può definirsi saltuaria poiché è limitata solo ad alcuni pazienti. Tale collaborazione è destinata ad intensificarsi nel corso di quest'anno. Esistono nel territorio cooperative che assorbono utenza con problemi di tossicodipendenza a condizione però che non siano sottoposti a trattamento farmacologico sostitutivo. Esistono protocolli di intesa con le cooperative, e collaborazioni continuative, nel senso che gli operatori del Ser.T rimangono i referenti per i pazienti e anche coordinatori di alcuni progetti. Il numero di persone incluse nei progetti era 21 nel 1998 e 8 nel 1999. Il territorio locale offre lavoro soprattutto nel settore industriale e nei servizi. Il Ser.T non ha creato una cooperativa. Esistono delle statistiche rispetto all'utenza seguita, ma non viene data risposta alla domanda relativa ai dati del 1998. La dichiarazione di socio svantaggiato viene rilasciata dal Sindaco del Comune di residenza e non ha un tempo limitato.

Le esigenze conoscitive si collocano con lo stesso ordine di importanza su tutte le tematiche proposte.

*Incontro con gli operatori della riabilitazione  
Vedi appendice C.*

**Responsabile del Servizio:**  
Giovanni Caniato

**Operatore di riferimento:**  
Dtt.ssa Secchi Alberta  
Tel. 0425-30642  
Fax 0425-31343

### 32 . Ser.T 1 TAGLIO DI PO' (A.ULSS 19)

Dalla lettura del questionario (pervenuto il 9.08.99) si evidenzia che sono stati realizzati progetti per l'inserimento lavorativo in passato e che anche adesso il Ser.T ne sta attuando degli altri. I progetti vengono descritti in modo dettagliato: tempo- 6 mesi; risorse -altro; utenza - in carico al Ser.T. Esiste un operatore referente che ha la qualifica di assistente sociale. Il S.I.L si occupa di tossicodipendenti e la collaborazione che esiste tra i due servizi è di natura saltuaria. Non esistono cooperative o consorzi nel territorio che assorbono persone che hanno problemi con la tossicodipendenza. Le risposte alle domande successive non sono state compilate. Il Ser.T non ha creato una propria cooperativa sociale. C'è una rilevazione statistica, ma esiste solo in parte. I dati del 1998 sono disponibili. Esistono protocolli di intesa con le cooperative sociali. La dichiarazione di socio svantaggiato viene rilasciata dal Ser.T o dal Sindaco del Comune di residenza su certificazione del Ser.T.

La dichiarazione non ha tempo limitato.

Le esigenze conoscitive si collocano soprattutto nell'ambito dei rapporti con i Servizi Istituzionali che si occupano di inserimento lavorativo, la questione del reinserimento lavorativo, i trattamenti terapeutici e la normativa.

**Responsabile del Servizio:**

Andrea Finessi

**Operatore di riferimento:**

Assistente sociale Gazzetta Sabrina

Tel. 0426-660555

Fax 0426-349190

### 33. Ser.t 1 VERONA (A.ULSS 20)

Dalla lettura del questionario (pervenuto il 2.07.99) si desume che in passato non sono stati realizzati progetti di inserimento lavoro direttamente dal Ser.T, ma sono stati attuati in collaborazione con il S.I.L. Esiste un operatore referente, un assistente sociale. Il S.I.L si occupa di tossicodipendenti e la collaborazione tra le due strutture è continuativa. Esistono consorzi e cooperative che assumono tossicodipendenti anche con trattamento farmacologico sostitutivo (metadone).La collaborazione tra Ser.T e cooperative sociali non è diretta, ma mediata dal Servizio Integrazione Lavorativa. Il Ser.T non ha creato cooperative sociali e non ha svolto rilevazioni statistiche sulla propria utenza. Esistono protocolli di intesa con cooperative. La dichiarazione di socio svantaggiato viene rilasciata dal Ser.T. Mancano le risposte relative al tempo e alla durata.

\* *Scheda Delphi non pervenuta*

**Responsabile del Servizio:**

Giovanni Serpelloni

**Operatore di riferimento:**

Dottor Gomma

Tel. 045-8622235

Fax 045-8622239

### 34. Ser.T 2 VERONA (A.ULSS 20)

Dalla lettura del questionario (pervenuto il 21.06.99) emerge che in passato sono stati realizzati progetti di inserimento lavoro. Vengono specificate le singole voci: tempo - 6 mesi, risorse - Fondi 309/90, utenza - in carico al Ser.T. Ci sono progetti attualmente in corso: tempi: 3 mesi, risorse: altro, utenza: in carico al Ser.T. Esiste un operatore referente, cioè un assistente sociale che si occupa dell'ambito della riabilitazione e inserimento lavorativo.

Il S.I.L si occupa di tossicodipendenti e la collaborazione è continuativa. Esistono consorzi, cooperative sociali che assumono tossicodipendenti anche con trattamento farmacologico sostitutivo (metadone). Esistono forme di collaborazione che si strutturano tra operatore referente del Ser.T e operatore referente della cooperativa. In alcuni casi sono previste convenzioni o protocolli di intesa con le cooperative. Il Ser.T non ha creato cooperative sociali. Sono state svolte rilevazioni statistiche sistematiche fino al 1997 ma non ci sono i dati in relazione al 1998.

La dichiarazione di socio-svantaggiato viene rilasciata dal Ser.T. Ha tempo limitato poiché la durata è condizionata dal programma terapeutico.

\**Scheda Delphi non pervenuta*

*Incontro con gli operatori della riabilitazione*

*Vedi appendice C.*

**Responsabile del Servizio:**

Claudio Saccardi

**Operatore di riferimento:**

Assistenti sociali: Berardini Stefania,  
Stefania Anneschini, Laura Baesso, Alessandra Bertelli

Tel. 045-8075057

Fax 045-8075043

### 35. Ser.T 3 SOAVE (A.ULSS 20)

Dalla lettura del questionario (pervenuto il 9.07.99) si desume che il Ser.T si è occupato in passato di progetti per quanto riguarda l'inserimento lavorativo. Viene descritto il tipo di utenza a cui erano indirizzati: utenti in carico al Ser.T di un'area territoriale intercomunale dell'A.ULSS e le risorse utilizzate: fondi previsti dalla legge 309/90 e fondi specifici dell'A.ULSS. Attualmente ci sono progetti di inserimento lavoro finanziati dal Fondo previsto dalla 309/90 e gli utenti sono in carico al Ser.T. Le persone che usufruiscono di progetti di inserimento lavoro vengono seguiti dai singoli referenti terapeutici. Esiste un operatore referente per l'inserimento lavorativo per i progetti generali, mentre per le specifiche situazioni il S.I.L si occupa di tossicodipendenti e la collaborazione tra Ser.T e S.I.L è continuativa. Esistono consorzi, cooperative che assumono tossicodipendenti, ma a condizione che non siano sottoposti a trattamento farmacologico sostitutivo (metadone).

"...In realtà non è proprio vero che sia così poiché fino ad ora non si sono presentate situazioni del genere...". Esistono forme di collaborazione tra Ser.T e cooperative sociali che si realizzano attraverso momenti di integrazione degli interventi tramite incontri di ricordo e verifica. Il Ser.T non ha creato cooperative sociali. Non ha svolto rilevazioni statistiche sulla propria utenza. Non esistono protocolli di intesa con le cooperative.

La dichiarazione viene rilasciata dal Comune di residenza su richiesta-dichiarazione. Ha un tempo limitato di 12 mesi.

*\* Scheda Delphi non pervenuta*

**Responsabile del Servizio:**

Domenica Ferremi

**Operatore di riferimento:**

Assistente sociale Zammichele Rosanna

Tel. 045-6138738

Fax 045-6138744

### 36. Ser.T 1-2 LEGNAGO-ZEVIO (A.ULSS 21)

Dalla lettura del questionario (pervenuto l'8.06.99) emerge che il Ser.T ha realizzato in passato progetti di inserimento lavoro. Dal 1995 è in atto un progetto che prevede inserimenti lavorativi rivolti agli utenti tossicodipendenti e alcooldipendenti seguiti dai Ser.T e/o dalle Comunità Terapeutiche Diurne dell'A.ULSS 21. Viene finanziato dall'Azienda ULSS e viene rinnovato annualmente. Gli strumenti usati sono tirocini formativi e incentivi alle aziende. Tuttora (1999-2000) il progetto perdura. Esiste un educatore professionale che si occupa di inserimento lavorativo.

Il S.I.L si occupa di tossicodipendenti e la collaborazione viene descritta come continuativa. Esistono consorzi che assumono tossicodipendenti anche se sottoposti a trattamento farmacologico sostitutivo. Esistono forme di collaborazione tra Ser.T e cooperative che si configurano mediante presentazione del caso, verifica dell'inserimento lavorativo. Il Ser.T non ha creato cooperative sociali. Sono state fatte rilevazioni statistiche sull'utenza (rispetto i dati richiesti) e vi è la possibilità di analizzare i dati del 1998. Non esistono protocolli d'intesa con le cooperative del territorio. La dichiarazione viene rilasciata dal Ser.T di riferimento e viene esplicitato che non ha tempo limitato.

Le esigenze conoscitive si collocano soprattutto nell'ambito della tematica del reinserimento socio-lavorativo, trattamento terapeutico: tempi, compatibilità, risultati attesi.

*Incontro con gli operatori della riabilitazione*

*Appendice C.*

**Responsabile del Servizio:**

**Zevio:** Ezio Manzato

**Legnago:** Carlo Bossi

**Operatore di riferimento:**

Educatrice professionale GianFranca Bagnara

Tel. 0442-24411- 045-6068221-2

Fax 0442-27180- 045-6138744

### 37. Ser.T 1 BUSSOLENGO (ULSS 22)

Dalla lettura del questionario (pervenuto l'1.07.99) si evince che in passato sono stati realizzati progetti di inserimento lavoro. Il progetto "Lavoro In" finanziato dalla Presidenza del Consiglio dei Ministri, Dipartimento degli Affari Sociali (per un totale di L. 160 000 000 ) attuato per 4 anni, a partire dal 1997. I destinatari sono persone con problemi in carico al Ser.T. Tuttora questo progetto è in fase di attuazione. Due sono le assistenti sociali che si occupano di reinserimento lavorativo. Il S.I.L nel territorio si occupa di tossicodipendenti (il progetto nasce da un'integrazione tra S.I.L e Ser.T) e la collaborazione tra le due strutture è di natura continuativa. Esistono consorzi/cooperative che assumono persone tossicodipendenti anche con trattamento farmacologico sostitutivo. Esiste collaborazione tra Ser.T e cooperative, ma la natura di questa dipende dalle singole situazioni. Il Ser.T non ha creato cooperative sociali. Le rilevazioni statistiche sull'utenza (rispetto i dati richiesti) non sono disponibili. Non esistono protocolli di intesa con cooperative sociali. La dichiarazione di socio-svantaggiato viene rilasciata dal Sindaco, come da relativa Legge Regionale previo il certificato del Ser.T di presa in carico. Ha la durata di un anno. Le esigenze conoscitive si collocano soprattutto nell'ambito della tematica del reinserimento socio-lavorativo, trattamento terapeutico: tempi, compatibilità, risultati attesi e i rapporti con i Servizi istituzionali che si occupano di inserimenti lavorativi.

*Incontro con gli operatori della riabilitazione*

*Appendice C.*

**Responsabile del Servizio:**

Raffaele Ceravolo

**Operatore di riferimento:**

Assistente sociale Sauro.....  
Assistente sociale Bertoncini.....  
Tel. 045-6769529  
Fax 045-6701844

### 38. Ser.T 2 VILAFRANCA (A.ULSS 22)

Dalla lettura del questionario (pervenuto il 9.03.00) si desume che in passato sono stati realizzati progetti di inserimento lavoro. (Si riportano le note esaustive delle colleghe).

"...Tempi: 1994-95-96-97-98-99; Risorse: tessuto socio-economico, sistema dei servizi, associazionismo, volontariato, privato sociale, operatori del Ser.T, strumentazione tecnologica, metodologie organizzative, risorse finanziarie; Tipo di utenza: persone tossicodipendenti o alcolisti residenti nel territorio all'interno di un programma riabilitativo segnalati dal Ser.T o da organismi collaboranti con l'A.ULSS. Attualmente sono in corso altri progetti. Vengono definiti i tempi: 2000-01-02; risorse e il tipo di utenza sono le stesse dei progetti passati. Due sono le assistenti sociali referenti per l'area riabilitazione e inserimento lavorativo. Il S.I.L si interessa alle persone con problemi di tossicodipendenza e la collaborazione tra i due servizi è continuativa. Ci sono nel territorio cooperative sociali che assorbono questo tipo di utenza anche con trattamento farmacologico sostitutivo. La collaborazione esistente si configura attraverso la definizione di programmi socio-riabilitativi e verifiche periodiche e attraverso protocolli di intesa.

Il Ser.T non ha creato cooperative sociali. Non sono state fatte rilevazioni statistiche sull'utenza (per quanto riguarda i dati richiesti). La dichiarazione di socio-svantaggiato viene rilasciata dal Comune di residenza. La dichiarazione ha un tempo limitato, ma non viene esplicitata la durata.

*\* Scheda Delphi non pervenuta*

**Responsabile del Servizio:**

Antonio Parolin

**Operatore di riferimento:**

Assistente sociale Edda Bovo  
Tel. 045-6338459  
Fax 045-6302832

## **APPENDICE C: Relazioni emerse dagli incontri effettuati con alcuni Servizi per le Tossicodipendenze della Regione Veneto**

### ***SER.T DI CONEGLIANO (A. ULSS 8)***

*L'incontro è avvenuto il 23 novembre del 1999.*

I referenti per la riabilitazione sono l'educatore professionale Angelo Tagliamento e la Dott.ssa Frezza (Responsabile del Ser.T.). La situazione territoriale, (siamo nel cuore del nord-est) essendo caratterizzata dalla piccola e media impresa, offre molte opportunità di lavoro non qualificato di basso profilo, spesso pericoloso e talvolta, proprio negli ambiti di lavoro così poco qualificati e poco tutelati si alimenta il circolo vizioso della tossicodipendenza.

Esistono cooperative che assumono tossicodipendenti anche se sottoposti a trattamento farmacologico sostitutivo (metadone). La collaborazione è buona anche se non esistono protocolli d'intesa che formalizzano in modo sistematico tempi, modalità, regole.

La più importante cooperativa sociale è legata alla Comunità terapeutica. Una cooperativa sociale si trova a Vittorio Veneto ed

“... è a cavallo tra la psichiatria e il Ser.T...”. Esiste un protocollo d'intesa operativo con il S.I.L.D. (Servizio Inserimento Lavorativo Disabili) che è nato per fare da ponte tra il mondo dell'handicap ed il sistema produttivo cercando di superare per quanto sia possibile la logica assistenziale. E' un servizio che possiede strumenti di mediazione che possono favorire l'inserimento lavorativo dei soggetti con problemi ed è in stretta relazione con il sistema complesso del mondo del lavoro e delle agenzie che gravitano intorno ad esso. Nel momento in cui il Ser.T mette in atto un programma terapeutico di cura e riabilitazione personalizzato per un proprio utente che comprenda anche un inserimento lavorativo in azienda, in un ente pubblico, in una associazione o cooperativa, viene applicato lo strumento del tirocinio che può avere una durata massima di due anni. Gli operatori del Ser.T. si avvalgono della scheda di segnalazione e presentano l'utente al S.I.L.D. Da questo momento gli operatori dei due servizi lavorano d'équipe, si stipula la convenzione con l'azienda (o con qualsiasi altro ente) e successivamente avviene l'accompagnamento. L'utente informato di tutta la prassi firma la convenzione e la domanda di tirocinio al S.I.L.D. e naturalmente avviene anche l'assegnazione della borsa lavoro. La collaborazione con il Servizio Integrazione Lavorativa è ottima. Esiste un protocollo di intesa che prevede l'utilizzo di una prima scheda che permette la conoscenza dell'utente (anamnesi personale, familiare, lavorativa, scolastica ecc.) e di una scheda proposta durante il tirocinio che viene compilata dal tirocinante, dal referente del tirocinio e dal trainer che segue l'utente nel percorso di riabilitazione. Gli alcoolisti costituiscono il numero maggiore dei soggetti presi in carico dal S.I.L. Il percorso si articola nel seguente modo: centro diurno, orientamento, inserimento lavorativo.

La dichiarazione, rilasciata dal comune su certificazione del Ser.T, è senza limiti di tempo. Per quanto riguarda i progetti, il “Fondo Lotta alla Droga” ha fornito un budget di L. 300.000.000 che finanzia un Centro Diurno per pazienti con doppia diagnosi, inizialmente i più deteriorati. C'è un protocollo d'intesa tra Ser.T e il Centro di Salute Mentale. Nel Centro di Salute Mentale gli utenti svolgono attività strutturate, grafica e pittura, con la collaborazione di un maestro d'arte. Inoltre prendono parte ai gruppi psico-educativi. In questo ambito non si può parlare di vera e propria formazione professionale. L'obiettivo del Centro Diurno inizialmente era quello di far emergere la domanda del lavoro, a cui seguiva l'elaborazione dei diversi bisogni che conducono poi le persone ad occuparsi di attività quotidiane. Tutto questo viene raggiunto tramite due sotto-obiettivi. Il primo obiettivo è dato dalla frequenza regolare: la permanenza come minimo è prevista per non meno di due mesi. Il secondo obiettivo, molto più importante è dato dalla possibilità di far sì che gli utenti possano fare esperienze di tipo relazionale per poi essere in grado di esprimere una domanda più esplicita. Il centro diurno ha consentito anche il recupero di pazienti con problematiche molto pesanti. Esiste anche una collaborazione con l'ENAIP per corsi di orientamento. La dichiarazione di socio-svantaggiato viene rilasciata dal Comune previa certificazione del Ser.T e non ha limiti di tempo.

***Materiale cartaceo messo gentilmente a disposizione dai colleghi:***

- protocollo operativo tra Ser.T e S.I.L.D per l'inserimento lavorativo di soggetti in carico al Ser.T
- domanda di formazione lavorativa (richiesta di tirocinio fatta al S.I.L.D)

- scheda di segnalazione utilizzata dagli operatori del Dipartimento di Psichiatria, operatori del Ser.T e operatori del S.I.L.D.

6

## ***SER.T DI TREVISO (A. ULSS 9)***

*L'incontro si è svolto il 23 novembre del 1999.*

L'operatore che si occupa dell'area della riabilitazione e inserimento lavorativo è l'Educatrice Professionale Miriam Bordignon. La tipologia di utenti è notevolmente cambiata da quella degli anni precedenti. Il titolo di studio medio è la licenza media, anche se l'approccio al mondo del lavoro avviene in età più avanzata, circa 4-5 anni dopo il termine della scuola. E' in aumento il numero dei giovani segnalati per consumo e vendita di ecstasy. Per le famiglie sembra non essere così importante che i ragazzi lavorino (questa è la percezione dell'operatrice intervistata).

Il Ser.T di Treviso ha 130 pazienti in metadone dei quali circa la metà lavora in attività di basso o bassissimo profilo, talvolta non in regola, a tempo determinato e in modo discontinuo. E' stato istituito un protocollo d'intesa tra il Ser.T e l'ufficio Azimut che si trova ubicato presso il l'ufficio di collocamento. Tale servizio raccoglie tutte quelle offerte inavase che vengono messe a disposizione dall'ufficio Provinciale per l'Impiego.

Nel momento in cui l'operatore del Ser.T ritiene possibile per un proprio utente la prospettiva di un'esperienza lavorativa viene compilata la scheda "Informalavoro".

Tale scheda, frutto della collaborazione con il S.I.L., viene utilizzata per venire a conoscenza dell'anamnesi personale, familiare, scolastica e lavorativa dell'utente. Dopodiché si lavora sulla motivazione al lavoro che implica continuamente dinamiche di cambiamento. Successivamente si studiano le proposte di lavoro con il soggetto e lo si aiuta nelle pratiche di assunzione (lo si aiuta a stendere il curriculum, a fare lettere per la ricerca di un lavoro, etc.). Esiste, inoltre, una collaborazione con l'Enaip per la motivazione al lavoro e per i servizi di orientamento. La prassi prevede che ogni persona con problematiche nell'ambito della tossicodipendenza venga seguito individualmente. Per quanto riguarda le Cooperative Sociali, esistono dei protocolli d'intesa con due cooperative nello specifico. Una di esse, la cooperativa COGES è stata creata dagli operatori del Ser.T e si occupa dell'assunzione di un numero limitato di utenti appartenenti alla Comunità terapeutica Diurna. La cooperativa sociale "Alternativa" (che si occupa di ambiente), invece, si interessa della maggior parte dei reinserimenti lavorativi. I rapporti con le cooperative sono buoni e mediati dall'Assistente sociale. Le persone inserite sono tre nella cooperativa Alternativa e sette con altre modalità. Lo sportello "Informalavoro" aperto due ore alla settimana (su modello dell'esperienza cuneese) vede circa 40 persone l'anno. Tale servizio si è rivelato utile anche come aggancio per i pazienti anche al di là del lavoro. Per quanto riguarda la dichiarazione di socio svantaggiato, la durata dipende dal caso specifico. I pazienti con cui solitamente si lavora nell'ambito del Ser.T sono in trattamento farmacologico sostitutivo (metadone e vengono seguiti durante l'inserimento; successivamente, alcuni passano al naltrexone e poi al drug-free. La dichiarazione di invalidità deve ancora essere definita (fra Ser.T e S.I.L.) per ciò che riguarda i pazienti con deterioramento cognitivo grave da uso di acidi o di solventi, i pazienti con doppia diagnosi e malati di AIDS.

Vi sono attualmente due progetti in atto: la creazione di un agriturismo sul Sile e un progetto sulla manutenzione del verde.

***Materiale cartaceo gentilmente messo a disposizione dalla collega:***

- scheda informalavoro
- floppy "ORIENTARSI OGGI"

## ***SER.T DI SAN DONA' DI PIAVE (A. ULSS 10)***

*L'incontro è avvenuto il 23 novembre 1999.*

L'educatore professionale Perretti Paolo è il referente dell'area della riabilitazione e dell'inserimento lavorativo. Come ci spiega l'operatore, l'inserimento lavorativo è una attività istituzionale del Ser.T che viene messa in atto soprattutto nei confronti degli utenti che stanno concludendo il programma al Centro Diurno Ce.I.S convenzionato e al termine di altri programmi terapeutici. Il processo di inserimento si divide in due fasi, la prima prevede una Borsa lavoro (a totale carico del bilancio sanitario dell'A.S.L) di pochi mesi (da uno a sei); l'obiettivo del servizio è che il soggetto venga successivamente assunto con un contratto normale dall'Azienda. L'inserimento è promosso da un educatore del Ser.T su mandato ed in collaborazione con l'équipe del servizio tossicodipendenze del Centro Diurno. Nel corso del 1999 sono stati realizzati 10 inserimenti in "Borsa Lavoro" di cui 3 tuttora in stato di avvio, più due assunzioni dirette di utenti che non hanno frequentato il Centro Diurno. Un utente in terapia metadonica è stato inserito presso una cooperativa sociale di Mestre. I rapporti con le cooperative del territorio sono discreti anche se non sono formalizzati da protocolli specifici (la collaborazione comunque, è saltuaria su progetto individuale). Sono inclusi nell'inserimento anche i tossicodipendenti che sono sottoposti a trattamento metadonico stabilizzato. Il S.I.L. si occupa di tossicodipendenti e la collaborazione tra i due servizi è continuativa. La dichiarazione viene rilasciata dal sindaco con certificazione del Ser.T ed ha tempo limitato cioè un anno. Per quanto riguarda i progetti attuali, ce n'è uno che prevede la costituzione di un centro di stampa presso il centro diurno e un altro progetto finanziato dalla 309/90 sull'utenza con doppia diagnosi. La vicinanza al litorale e l'economia imprenditoriale familiare diffusa sul territorio, fanno sì che vi sia una offerta di lavoro vasta anche se bisogna evidenziare all'orizzonte la problematica delle nuove droghe.

***Il materiale cartaceo messo gentilmente a disposizione dal collega è così costituito:***

- Proposta di inserimento lavorativo indirizzata al Responsabile del Servizio per l'Integrazione Lavorativa.
- Proposta di convenzione per l'effettuazione del tirocinio.

## ***SER.T DI DOLO (A. ULSS 13)***

*L'incontro avviene il 26 novembre del 1999.*

I referenti dell'area riabilitazione e inserimento lavorativo sono l'educatore Emanuele Perelli e l'assistente sociale Cristina Segantin. La tipologia di utenti è data, in linea di massima, da assuntori di metadone, anche a dosaggio elevato.

Non esistono protocolli di intesa, ma vi è una convenzione con la Cooperativa Olivotti: nel territorio dell'Azienda ULSS, comunque, praticamente non esistono cooperative sociali e i rapporti col S.I.L. sono scarsi. La dichiarazione di socio-svantaggiato viene rilasciata dal Ser.T tramite la certificazione dello stato di tossicodipendenza. Tale documentazione viene poi consegnata dall'utente stesso alla cooperativa. Le persone inserite sono mediamente 4 all'anno; il mercato assorbe la maggior parte degli utenti del Ser.T in questione. La borsa di lavoro percepita (se inseriti all'interno della cooperativa Olivotti) è di Lit. 20.000 al giorno; il pranzo viene consumato all'interno della struttura, in un luogo distinto dalla Comunità terapeutica. Lo scopo del progetto mira a far lavorare i ragazzi utilizzando le risorse del territorio. Rispetto ai progetti in atto, ve ne è uno sperimentale fra la Cooperativa Olivotti e il Ser.T per tossicodipendenti e carcerati. Il progetto, che si articola in 2 ambiti, ceramica e carrozzeria, consta di 3 fasi:

1. inserimento in una situazione protetta, per un periodo massimo di 2/3 mesi;
2. congiunzione tra una struttura ospitante e il Ser.T per la verifica delle attività residue del paziente;
3. ricerca di un inserimento lavorativo sul territorio, in cui l'utente viene affiancato da un operatore.

Sono quindi necessarie delle strutture di appoggio elastiche. Il Ser.T, in questo progetto, garantisce il Pronto Intervento.

All'inizio viene preparato l'ingresso dell'utente nella situazione protetta; l'utente comincia con un periodo di prova di 4 ore per 2-3 settimane. Dopo questo periodo, segue una riunione fra tutti gli operatori interessati del Ser.T e della Cooperativa. Il passaggio alle 8 ore è elastico e non automatico, dato che è sempre presente e forte il significato di inserimento lavorativo come fase di un lavoro terapeutico e come di un percorso che deve essere necessariamente protetto.

## **SER.T 1 PADOVA (A. ULSS 16)**

*L'incontro ha luogo il 9 dicembre del 1999.*

Gli inserimenti lavorativi degli utenti seguiti dal Ser.T 1 di Padova vengono attualmente effettuati in collaborazione con 4 cooperative sociali di tipo "B" e precisamente:

1. Coop. Solidarietà (pulizie)
2. Coop. Giotto (verde)
3. Coop. Multiprogetti (edilizia-assemblaggio-pulizie)
4. Coop. Graficom (stampa, OFFSET – composizione grafica).

L'inserimento degli utenti in carico al Ser.T può avvenire mediante l'invio diretto da parte del servizio (soprattutto per la cooperativa Solidarietà e la cooperativa Multiprogetti) o talvolta tramite convenzioni stipulate tra la cooperativa sociale ed il Comune di Padova che partecipa con l'erogazione di borse lavoro. La collaborazione tra le cooperative ed il Ser.T prevede uno scambio di informazioni in merito di:

- tempo di disoccupazione
- capacità lavorativa
- precedenti esperienze maturate anche in ambiti diversi
- titolo di studio
- motivazione al lavoro

L'agenzia territoriale per le tossicodipendenze, allo stato attuale, non si occupa di inserimenti lavorativi e solo in due occasioni ha erogato dei finanziamenti per brevi corsi di formazione (durata media tre mesi) effettuati in collaborazione con l'ENAIIP, quest'ultimo si occupa prevalentemente di interventi inviati dal Ser.T prima dell'inserimento lavorativo vero e proprio.

Recentemente sono stati inseriti alcuni utenti nei corsi di formazione organizzati da cooperative di servizi finanziati dal Fondo Sociale Europeo con finalità di inserimento lavorativo nelle aziende o in cooperative sociali. Tutti i progetti vedono coinvolti i due Ser.T di Padova e per entrambi l'unità operativa di inserimento lavorativo è costituita da un assistente sociale e un educatore professionale.

***Il materiale cartaceo relativo alle procedure seguite per l'inserimento lavorativo gentilmente messo a disposizione dai colleghi è così composto:***

- Una prima scheda utilizzata dall'educatrice e/o l'assistente sociale che viene compilata nel momento in cui si valuta la prospettiva di un inserimento lavorativo che viene poi tenuta in cartella come informazione utile anche per prospettive future.
- Le altre schede sono relative ad un progetto presentato recentemente dal comune di Padova in collaborazione con i due Ser.T dell'ULSS 16 e la cooperativa "Solidarietà".
- Fanno parte del progetto la scheda "Tutor" compilata dagli operatori che seguono il tirocinante e la scheda di valutazione che viene compilata dall'utente che usufruisce del tirocinio.

## **SER.T 2 DI MONSELICE (A. ULSS 17)**

*L'incontro tra gli operatori si è svolto il 25 novembre del 1999.*

L'assistente sociale Monica Viale in collaborazione con l'assistente sociale di Este si occupa dell'area della riabilitazione e dell'integrazione lavorativa, il referente è il Dottor Zecchinato, responsabile del Ser.T.

In atto vi è un progetto specifico denominato "Pass" che in passato ha ottenuto un finanziamento di 80.000.000. Oggi grazie al Fondo Lotta alla Droga questo progetto è stato finanziato per la seconda volta. Tale progetto denominato "Oltre il Pass" prevede uno stanziamento di 280.000.000 per l'inserimento di 10 utenti. Fornisce anche borse lavoro. In un anno sono stati fatti circa 4/5 inserimenti con borse lavoro. Due ragazzi sono stati poi assunti dalla cooperativa sociale di tipo B con la quale vi è un buon accordo. Tale struttura inserisce sia pazienti che hanno avuto problemi con la tossicodipendenza sia facenti parte di altre categorie. L'inserimento lavorativo è previsto anche per pazienti che fanno uso di metadone, però c'è un controllo e un monitoraggio molto accurato. La certificazione dura sei mesi e il rinnovo viene attuato sulla base di un'attenta verifica. Le borse lavoro prevedono un rimborso di 350.000 per inserimenti a tempo parziale. Una buona risorsa è rappresentata dal territorio locale il quale soddisfa sufficientemente la domanda di lavoro espressa direttamente dagli utenti tossicodipendenti. Il fabbisogno evidenziato nel servizio si

attesta intorno alle 7/8 unità all'anno. In questi ultimi periodi vi è anche un intervento aspecifico, anche da parte di alcuni comuni dell'Azienda ULSS per l'inserimento di soggetti tossicodipendenti in difficoltà, spesso però con caratteristiche clientelari ed assistenziali. Durante il colloquio emerge anche una collaborazione passata con il sindacato che risale al 1991. Per quanto concerne il Servizio di Integrazione Lavorativa costituitosi nel 1996, la collaborazione risulta essere piuttosto saltuaria poiché tale servizio dà la precedenza alle persone con handicap psichici.

Generalmente in un anno vi sono 350 casi di pazienti con problemi legati all'uso di sostanze psicotrope e 150 utenti con problematiche relative al consumo eccessivo di alcool. In data 25 febbraio (anno 2000) è giunto alla nostra attenzione il materiale cartaceo relativo all'inserimento lavorativo (3 progetti e 2 schede).

Tali progetti sono svolti in collaborazione tra i due Ser.T dell'Azienda ULSS 17 (Monselice-Este). I referenti sono Riberto Alessia per la zona di Este e Viale Monica per la zona di Monselice.

***Materiale cartaceo gentilmente messo a disposizione dai colleghi:***

- Prog. 1 "progetto sperimentale per il reinserimento socio-lavorativo di ex-carcerati e tossicodipendenti" (questo progetto chiamato "Pass" si concluderà entro maggio 2000).
- Prog. 2 "Oltre il Pass" area di intervento: reinserimento lavorativo di tossicodipendenti e alcolisti.
- Prog. 3 "progetto per il reinserimento socio-lavorativo di ex-carcerati e tossicodipendenti, approvato dalla Regione con finanziamento ridotto.
- Scheda utilizzata dagli operatori del Ser.T nel momento in cui richiedono la presa in carico al Servizio di Integrazione Lavorativa.
- Scheda informativa che raccoglie tutte le informazioni circa la condotta professionale del soggetto inserito all'interno della cooperativa di tipo B.

## ***SER.T 1 DI LENDINARA (A. ULSS 18)***

*L'incontro è avvenuto il 25 novembre del 1999.*

Gli inserimenti si rivolgono soprattutto a persone in situazione di particolare emarginazione anche sostenute con supporti farmacologici o in trattamento farmacologico sostitutivo (metadone). Il Servizio registra una percentuale di tossicodipendenti lavoratori oltre al 50%. Il Ser.T rilascia la certificazione di tossicodipendenza che permette poi di acquisire lo status giuridico di socio-svantaggiato. La durata prevista è di 12 mesi anche se dipende dall'esito del programma terapeutico-riabilitativo.

I rapporti con il S.I.L.D rispetto agli inserimenti dei tossicodipendenti sono sostanzialmente di natura burocratica. Da gennaio del 2000 l'area degli inserimenti passerà in toto a questo servizio. Per quanto riguarda i rapporti con le cooperative nel territorio ce ne sono due. La cooperativa "Nike kai Dike" (con cui il Ser.T ha un protocollo d'intesa) e la cooperativa "Progetto 81" nata nel 1981. Quest'ultima cooperativa si occupava in modo specifico di inserimenti di soggetti portatori d'handicap, ora però si è aperta anche all'inserimento di soggetti con altri problemi di disagio (alcolisti e tossicodipendenti, minori con difficoltà, ex-carcerati o in affidamento alternativo al carcere ecc.). Entrambe svolgono opera di inserimento lavorativo (materiale cartaceo allegato). Tra i soci fondatori della cooperativa figurano anche referenti dell'Azienda ULSS. Dal 1982 le cooperative operano all'interno dei progetti finanziati dalla legge 309/90 e usufruiscono delle risorse messe a disposizione del comune. Dal 1995 hanno ripreso un rapporto che aveva subito una battuta d'arresto. Attualmente, tali cooperative, svolgono inserimenti lavorativi predisponendo posti di lavoro "facilitati". Rispetto ai tirocini formativi è prevista una borsa lavoro, pari a £.3.500 all'ora per stage svolti all'interno di aziende. Gli stage vengono definiti da una convenzione con l'Azienda ULSS e procedono secondo un programma individuale stipulato da ente inviante e diretto interessato. Attività preminenti presenti nel territorio sono quelle legate all'agricoltura e al terziario. Si rileva una percentuale di giovani disoccupati pari al 20%.

Progetti specifici: il Ser.T è in attesa di avvio di progetti finanziati con il Fondo triennale Lotta alla Droga.

***Il materiale allegato messo gentilmente a disposizione dal collega:***

- "progetto di "reinserimento sociale e lavorativo di tossicodipendenti e alcolodipendenti"

## **SER.T 1 DI VERONA (A. ULSS 20)**

*L'incontro è avvenuto il 18 novembre del '99.*

Sin dall'inizio dello scambio di informazioni emerge chiaramente che il Ser.T di Verona ha il privilegio di poter lavorare all'interno di una "buona rete". Infatti gli operatori del Ser.T collaborano con il Servizio di Integrazione Lavorativa (S.I.L.), che dal 1994 si occupa di utenti con problemi legati al consumo di alcool e di droghe, con le Cooperative e con le Comunità Diurne.

1) Per quanto riguarda le attività inerenti l'inserimento lavorativo, le attività del Ser.T. hanno luogo nell'ambito di un progetto pilota molto vasto che comprende diverse iniziative tra loro articolate.

Tali iniziative, si esplicitano nella delibera del Direttore Generale ULSS 20 n. 458 del 25 marzo 1998 (materiale cartaceo gentilmente messo a disposizione dai colleghi) e sono costituite da:

- Il progetto di consulenza e orientamento
- Il progetto di addestramento al lavoro
- Il progetto lavoro

Attualmente gli operatori del Ser.T si stanno muovendo nell'ambito di un progetto i cui destinatari sono soggetti con problematiche di alcool e tossicodipendenza, soggetti in fase di reinserimento della comunità diurna dell'Azienda ULSS 20 e soggetti sieropositivi con invalidità civile.

Gli strumenti adottati sono:

A) *il tirocinio:*

- il progetti di osservazione
- il progetto di formazione
- il progetto lavoro

B) *Gli incentivi alle imprese*

C) *Altri strumenti individuati da specifiche normative*

Nel momento in cui l'operatore del Ser.T ritiene che un proprio utente possa usufruire di un progetto di inserimento lavorativo, invia una comunicazione scritta al S.I.L in cui viene esplicitata la richiesta di presa in carico. L'operatore del S.I.L incontra l'operatore del Ser.T. ed insieme sviluppano delle ipotesi di lavoro. Viene compilata la scheda di segnalazione per la presa in carico (materiale cartaceo visionabile) e grazie agli accordi preliminari per l'avviamento di tirocini in ambito pubblico e privato, il S.I.L ricerca un ente o un'azienda in cui inserire la persona. Il S.I.L mette a disposizione anche un servizio di consulenza lavorativa (materiale cartaceo gentilmente fornito dai colleghi). Nel momento in cui viene stipulato l'accordo l'utente in carico ora, sia del Ser.T che del S.I.L deve sottoscrivere l'atto di impegno, un documento in cui vengono definite le varie voci (rimborso spese, borsa lavoro, regole, ecc.). Si evidenzia l'importanza di ribadire che tali progetti non prevedono l'assunzione ma offrono la disponibilità di usufruire di esperienze formative-lavorative che vengono finanziate tramite borse lavoro (la cifra è di circa 4.000 lire l'ora). L'assunzione può avvenire solo se il titolare dell'azienda che ha collaborato per il tirocinio, fornisce disponibilità all'assunzione. Al momento attuale si ha un buon ritorno poiché diverse esperienze sono state poi seguite da assunzioni a pieno titolo. Il tirocinio ha una durata di sei mesi con la possibilità di rinnovarlo per una seconda volta.

In termini numerici nel 1997 ci sono stati:

- Richieste di presa in carico al S.I.L. 3 di cui 2 tirocini erogati
- Richieste di consulenza lavorativa 5 di cui 2 erogate
- Assunzioni 1

Nel 1998 ci sono stati:

- Richieste di presa in carico al S.I.L. 7 di cui 4 tirocini erogati
- Richieste di consulenze lavorative 4 di cui 4 erogate
- Assunzioni 2
- Incentivi ad aziende

Nel 1999 ci sono stati

- Richieste di prese in carico al S.I.L. 2 di cui 2 erogate

2) Esiste una relazione molto stretta e che dura da molto tempo con la “Comunità dei Giovani” (invio di 20 casi in media all’anno). Tale struttura rappresenta una risorsa importante per tutti quei casi particolarmente difficili da inserire in un contesto educativo-riabilitativo non protetto. Gli operatori del Ser.T e il referente della Comunità dei Giovani elaborano progetti individuali inizialmente di tre mesi; in seguito si valuta come proseguire. Tali progetti sono indirizzati a persone che oltre ad avere il bisogno di sperimentarsi in situazioni lavorative protette (laboratori) hanno la necessità di essere seguite, supportate, contenute dal punto di vista psicologico.

3) Con un progetto relativo ai tossicodipendenti usciti dal carcere o in affidamento ai servizi sociali, che prevede l’erogazione di borse lavoro a L. 6.000 l’ora più la presenza di un tutor, sono stati effettuati inserimenti lavorativi in collaborazione con la Comunità Terapeutica “la Genovesa” e la cooperativa sociale “Monteverde”.

4) Per quanto riguarda il rapporto con le cooperative del territorio c’è, esiste e funziona piuttosto bene. Forte però, sarebbe il bisogno di relazionarsi con un consorzio di cooperative così come esiste nel territorio veneziano.

Esiste un grosso problema legato alla dichiarazione di “socio-svantaggiato” poiché la durata è determinata dal programma terapeutico. Manca un controllo formale e sistematico. Sono, infatti, i ragazzi che tornano ai servizi per richiederne l’aggiornamento. Per quanto riguarda i progetti relativi ai tossicodipendenti usciti dal carcere, o in affidamento ai servizi sociali, non si stanno ottenendo risultati visibili poiché essi tendono a trovarsi un lavoro autonomo e non hanno alcun interesse nell’usufruire di borse lavoro che prevedono un compenso orario di £ 6000.

***Il materiale che il Ser.T ci ha messo a disposizione è così descritto:***

- ⇒ Delibera del Direttore Generale U.L.S.S. 20 Verona n. 458 del 25 marzo del 1998: “Progetto inserimento lavorativo tossicodipendenti, alcolodipendenti, sieropositivi con invalidità civile”.
- ⇒ Accordo preliminare per l’avviamento di tirocini formativi presso gli enti pubblici.
- ⇒ Progetto lavoro promosso dai Ser.T 1- 2- 3 e dal S.I.L.
- ⇒ Scheda di richiesta di consulenza lavorativa .
- ⇒ Scheda di segnalazione per la presa in carico
- ⇒ Prototipo di lettera del Responsabile del Ser.T, che segnala al S.I.L, la presa in carico per un progetto di inserimento lavorativo.
- ⇒ Atto di impegno (sottoscritto congiuntamente dall’operatore del S.I.L, l’operatore del Ser.T e dall’utente che usufruisce del tirocinio).

## **SER.T DI ZEVIO E LEGNAGO (A. ULSS 21)**

*L'incontro è avvenuto il 28 gennaio del 2000.*

Presenziavano il Dr Zamarchi e l'educatrice Gianna Bagnara referente dell'area della riabilitazione. L'azienda ULSS 21 comprende sia il Ser.T di Legnago che il Ser.T di Zevio. Pur non avendo protocolli d'intesa con le cooperative (attualmente i rapporti di inserimento lavorativo prevedono il tirocinio all'interno delle aziende) i due Ser.T da anni conducono un percorso di inserimento lavorativo che vede coinvolti operatori del servizio (area clinica e riabilitazione) e operatori del Servizio di Integrazione Lavorativa. Gli operatori costituiti in commissione, ricevono le segnalazioni di possibili inserimenti e preparano un progetto ad personam. La commissione si attiva grazie alla presenza di un referente del SIL, per dare seguito ad uno stage formativo presso aziende del territorio e per monitorare l'andamento del progetto. Il caso resta in carico al servizio inviante che si avvale delle competenze presenti in commissione. Le segnalazioni raccolte dalla commissione riguardano sia tossicodipendenti che alcolisti. Il progetto attualmente in corso è denominato "Progetto di Integrazione lavorativa tossicodipendenti e alcolisti" e si realizza tramite la collaborazione continua e sistematica con le due comunità terapeutiche diurne presenti sul territorio e con la Ripartizione Tossicodipendenze e Alcolismo del S.I.L. della stessa ULSS. Il progetto è rivolto a soggetti con problematiche di alcool e tossicodipendenza in carico al Ser.T, a soggetti in fase di reinserimento appartenenti alle CTD e a soggetti con invalidità civile uguale o superiore al 46%.

Inizialmente, i Ser.T e le CTD individuano i possibili tirocinanti (possono essere anche utenti sottoposti a trattamento farmacologico sostitutivo) e li avviano al reinserimento, seguendoli passo passo e utilizzando la consulenza offerta dal SIL. Periodicamente viene valutata la situazione di ogni singolo utente, sia da parte dei Ser.T e delle CTD, che del SIL. Al termine del programma, viene effettuata una verifica con lo scopo di indagare il raggiungimento degli obiettivi prefissati.

Il progetto, in realtà, si articola in 3 diversi sotto-progetti:

1. *Progetto Formazione*: valuta la riacquisizione di competenze sociali, l'apprendimento di abilità lavorative generiche e l'accrescimento della capacità contrattuale del soggetto nei confronti del mondo del lavoro;
2. *Progetto Lavoro*: valuta la situazione lavorativa e l'apprendimento di capacità lavorative specifiche e il raggiungimento e mantenimento di un rapporto di lavoro, utilizzando, come strumenti, il tirocinio (che prevede uno stipendio di 4.000 Lire all'ora quale incentivo) e l'incentivo all'azienda (che prevede l'erogazione di un contributo statale alle aziende che assumono tali utenti).
3. *Progetto di Inserimento Sociale*: questo progetto è riservato agli utenti che risultano essere invalidi civili e che necessitano di essere inseriti in ambienti di lavoro che siano in grado di tollerare bassa produttività a favore di un clima relazionale che favorisca la socializzazione.

(Non si parla della dichiarazione di socio svantaggiato nella delibera del progetto poiché non sono previsti inserimenti all'interno di cooperative).

Esiste anche un progetto di informazione della collettività che ha lo scopo facilitare l'inserimento lavorativo attraverso la pubblicizzazione degli incentivi alle aziende, dell'utilità dell'esperienza lavorativa in termini di riadattamento al contesto sociale del Tossicodipendente e simili. E' rivolto alle aziende, agli utenti e ai cittadini in genere.

Nel corso del 1998 sono state segnalate 12 persone, 6 sono state ritenute idonee per l'attivazione di un progetto e 4 sono state inserite in un tirocinio, 2 sono attualmente in attesa.

Osservazioni: si rileva un buon rapporto tra Ser.T e il S.I.L.

***Il materiale cartaceo messo gentilmente a disposizione dai colleghi è così costituito:***

- progetto di integrazione lavorativa td e alcolisti
- convenzione per l'effettuazione del tirocinio
- scheda "inserimento lavorativo"
- progetto inserimento

## ***SER.T DI BUSSOLENGO (A. ULSS 22)***

*L'incontro si è svolto il 18 novembre del 1999.*

Il Ser.T di Bussolengo attualmente si occupa di un progetto sperimentale di reinserimento lavorativo che si colloca nell'ambito nel progetto area tossicodipendenza "Lavoro In" i cui destinatari sono persone tossicodipendenti o alcolisti (anche coloro che provengono dal circuito penitenziario) residenti nel territorio che fanno parte di un programma riabilitativo terapeutico segnalati dal Ser.T o da organismi che collaborano con l'A.ULSS.

Tale progetto si articola in quattro aree:

- *progetto orientamento*
- *progetto formazione*
- *progetto mediazione al lavoro*
- *progetto inserimento sociale*

Il Dr Ceravolo evidenzia la perplessità di considerare sempre il reinserimento lavorativo come una fase collocata obbligatoriamente dopo il programma terapeutico: "...ma perchè non inserirlo all'interno del programma stesso... ?... l'esperienza lavorativa dovrebbe configurarsi come un momento di verifica e di sperimentazione in cui vi sia la giusta presenza di attività clinica e sociale...".

Il Ser.T di Bussolengo si colloca all'interno di una rete di relazioni che funziona. Sono buoni infatti i rapporti con il S.I.L. con cui non si è proceduto a stipulare un protocollo di intesa essendo servizi della stessa ULSS e i rapporti funzionano bene anche con le cooperative del territorio. Rispetto a questo aspetto c'è stata la proposta del Ser.T, 4-5 mesi fa, di regolamentare il rapporto tra i servizi e queste strutture, ma al momento tutto funziona in modo ancora informale. Si evidenzia una differenza nel modo di lavorare tra Ser.T e S.I.L.

Il Servizio Integrazione Lavorativa sembra essere più rigido, più burocratico, mentre il Ser.T è caratterizzato da procedure molto più flessibili e articolate. Comunque nel momento in cui viene segnalato un utente che possa usufruire di un tirocinio formativo e/o lavorativo gli operatori dei due servizi lavorano insieme. Sono previste borse lavoro, sgravi fiscali per le aziende che accolgono tirocinanti e il controllo attuato dai servizi non è sempre previsto. Lo è solo nel caso in cui i soggetti che sottoscrivono la dichiarazione liberatoria sono sottoposti a trattamento farmacologico sostitutivo (metadone).

Si preferiscono degli inserimenti brevi che però poi possono essere rinnovabili (si procede con molta cautela poiché se le cose vanno male si corre il rischio di "rovinarsi la piazza"). Il tessuto economico nel territorio è buono, ci sono possibilità di lavoro, ma c'è da sottolineare che oramai lo stereotipo del tossicodipendente senza lavoro sta tramontando. Stanno proprio cambiando le diverse modalità di rapportarsi al lavoro e si denota come il vero problema sia dato non tanto dal reperire il lavoro quanto di mantenerlo nel tempo. Nel 1999 vi era un utenza di 30 tossicodipendenti rispetto ai grandi numeri di Mestre e Venezia.

La dichiarazione di socio-svantaggiato viene rilasciata dal sindaco previa certificazione del Ser.T.

***Materiale cartaceo messo gentilmente a disposizione dai colleghi:***

- Progetto area tossicodipendenza "Lavoro In"

Eventualmente per altri incartamenti si può richiedere materiale al Dott Delami Alessandro S.I.L.  
Operatore di riferimento: Assistente Sociale Bertoncini Roberta.

## *Il laboratorio “Contatti”*

*(a cura di Chiara Salandin, Fausta Ronchini, Emanuela Cattapan )*

### **1. La progettazione**

Il Laboratorio Contatti è un laboratorio di allenamento al lavoro per utenti in trattamento con metadone a mantenimento dei Ser.T di Venezia e Mestre. L'esperienza è iniziata nell'aprile 1999 come progetto sperimentale della Regione Veneto e prosegue, senza interruzione, come dispositivo dell'Area Clinica e Riabilitativa del Ser.T da agosto 2001. Il Servizio Sociale dell'Area Riabilitativa del Ser.T ha ideato questo progetto a partire dall'osservazione dei fallimenti degli inserimenti lavorativi di una parte degli utenti. L'analisi di 100 inserimenti lavorativi ha rivelato che l'inserimento ha buon esito se l'utente ha portato a termine un programma di trattamento (ambulatoriale o comunitario). Queste osservazioni hanno condotto al progetto di un intervento nuovo, che potesse dare agli utenti quegli “strumenti sociali” che non possedevano o avevano perduto nel corso della vita.

Gli obiettivi individuati per tale intervento sono dunque stati: educativi, riabilitativi, di limitazione del danno, di potenziale reinserimento lavorativo, di integrazione nel continuum terapeutico offerto dal servizio. Si è trattato anche di colmare un vuoto di proposte per la fascia di utenza più disagiata, restia ad ogni intervento terapeutico, anche minimo, di tipo psicologico o psicosociale, ma che manifesta un bisogno inespresso con una continua vicinanza al servizio. Tale fascia d'utenza, a cui viene data una risposta prevalentemente farmacologica, lasciava negli operatori del servizio la sensazione della necessità di un altro tipo di aiuto.

L'aiuto progettato è stato quello di un dispositivo che permettesse l'acquisizione di abilità sociali di base e di abilità lavorative, cioè un dispositivo dalle valenze squisitamente riabilitative.

Definiamo riabilitazione psico-sociale quel settore di un Servizio che si occupa della costruzione e della ricostruzione di abilità sociali mai apprese o perdute, per mezzo di un insieme di tecniche legate ad una precisa lettura teorica. Le attività riabilitative si fondano sui tre assi; **dell'abitare, del lavorare e dello stabilire e mantenere relazioni sociali**. La riabilitazione, nell'ambito lavorativo, prevede l'acquisizione di competenze professionali, il rispetto dei tempi, del luogo di lavoro, dei macchinari, del regolamento e, soprattutto, la capacità di stringere buone relazioni con i colleghi.

A partire da queste ipotesi e da questi obiettivi si è passati alla messa in atto del progetto, con una prima fase molto sperimentale, che ha portato alla strutturazione del setting e con le fasi successive che hanno visto modificazioni apportate via via sulla base delle osservazioni, fino all'attuale inserimento del Laboratorio Contatti nelle attività del Servizio.

### **2. Alcuni dati<sup>3</sup>**

Dall'inizio dell'esperienza sono stati inseriti nel laboratorio 27 utenti del Ser.T di Mestre e 5 utenti del Ser.T di Venezia. L'età media degli utenti inseriti è di 33 anni ed ognuno di loro è in trattamento con farmaco sostitutivo degli oppiacei mediamente da 3 anni.

Il 45% degli utenti ha trovato successivamente uno sbocco lavorativo. Il 25% ha intrapreso un trattamento terapeutico strutturato.

Gli inserimenti falliti (con permanenza della persona presso il laboratorio per un periodo inferiore a 7 giorni) sono stati il 18.7%. Gli inserimenti con risultati scarsi o dubbi sono stati il 31.2%.

Il 63% degli utenti del Ser.T di Mestre inviati ai laboratori non avevano in precedenza iniziato alcun trattamento strutturato né di tipo ambulatoriale né comunitario.

---

<sup>3</sup> Le percentuali riportate sono relative a singole variabili, pertanto un utente può comparire in due variabili.

### **3. Osservazioni in corso d'opera**

Il criterio di invio dei pazienti basato sulla incapacità o indisponibilità di accesso ad altri trattamenti si è rivelato utile e produttivo. Questo criterio appare inoltre predittivo di un aggancio stabile del paziente e di un'esperienza che viene portata a termine.

Il Laboratorio Contatti rappresenta una reale esperienza di apprendimento, che permette di acquisire stabilmente abilità, trasportabili anche in altri ambiti e momenti della vita degli utenti che vi partecipano. In particolare, si osserva un miglioramento negli scambi sociali, nella cura di sé, nel rispetto dei luoghi diversi in cui si transita. L'inizio dell'esperienza del laboratorio ha un effetto immediatamente visibile negli utenti, sia nell'aspetto che nell'immagine di sé, come se l'esperienza dell'istituzione che "si prende cura" favorisse la capacità di "prendersi cura di sé".

Inoltre, questa attività ha permesso a tutti i pazienti che vi hanno partecipato la costruzione di un rapporto di maggior fiducia con il Ser.T.

### **4. Lettura dell'esperienza dal punto di vista educativo**

Nel corso dell'attività c'è stato un significativo avvicinamento di operatori educatori che non ha però danneggiato la situazione, probabilmente perché riabilitativa e non terapeutica.

All'interno del laboratorio l'intervento educativo è indispensabile e, pur prevedendo interventi di tipo generale, è il più possibile mirato e personalizzato e cerca di utilizzare le risorse individuali disponibili in ogni paziente. Il primo compito dell'educatore è di abilitare il paziente alla vita, a partire dal rispetto di sé e degli altri, perduto o mai conosciuto: dalla ripresa di rispetto segue naturalmente il procedere verso gli altri obiettivi del progetto.

Ogni mattina il paziente viene accolto dall'educatore alle ore 8.00 al Ser.T che con lui vive l'assunzione del farmaco sostitutivo, affinché possa diventare uno strumento educativo di cambiamento. La presenza dell'educatore è importante anche perché il paziente si sente accolto e inizia a distinguersi e staccarsi dal gruppo, permettendo un allontanamento dai meccanismi abitudinari di "piazza". La relazione è diversa, serena, attenta alla forma (niente bestemmie o altre volgarità) e spazia su argomenti diversi e lontani dalla sostanza.

Alle ore 8.40 gli utenti salgono sul furgone per arrivare alle ore 9.00 in laboratorio dove iniziano a lavorare. L'attività lavorativa è molto creativa: cartonaggio, legatoria, produzione di oggetti d'arte in *papier machè*, lavoro che stimola negli utenti la partecipazione, l'interesse, la stima, l'accettazione dei fallimenti quando gli oggetti non riescono.

Il laboratorio permette di effettuare mirati interventi educativi: attraverso norme di comportamento educa alla ripresa di abitudini igienico-sanitarie, al rispetto di sé e degli altri, al miglioramento delle relazioni, permettendo la sperimentazione in situazioni diverse da quelle abituali. E' una fonte di informazione sugli utenti stessi, permette di conoscere le loro paure, difficoltà, angosce, speranze, sentimenti che in un colloquio formale spesso non emergono, perché sapendo di non essere giudicati possono essere più sinceri.

La relazione con l'educatore è intensa, la richiesta di affettività è elevata, gli utenti aspettano ogni giorno un gesto di fiducia, di rispetto, di stima; chiedono, a chi li accompagna nel tentativo di riabilitarsi, di essere considerati anche delle persone e non solo dei "tossici falliti" e perciò si comportano di conseguenza.

Nessun intervento preso isolatamente può considerarsi esaustivo o maggiormente significativo, ed è per questo che un compito dell'educatore è anche di avvicinare il paziente al Ser.T spesso visto dallo stesso come "distributore" di metadone: quindi lo stimola a riprendere i contatti con il medico, con lo psicologo, perché è importante che ogni intervento possa essere collocato alla luce di un unico progetto. L'intervento metodologico si avvale di regole, limiti, rispetto e della fiducia che si cerca di costruire tra operatore e utente. Alle ore 12.30 termina l'attività lavorativa, ma non l'intervento educativo dell'operatore, perché anche nel percorso di rientro cerca di contenere le persone negli atteggiamenti e nelle scelte organizzative per superare la noia del pomeriggio. Molti utenti, in accordo con l'educatore, hanno scelto di continuare a casa l'attività lavorativa di cartonaggio e riconsegnarla il giorno successivo.

## ***5. Descrizione del setting e del dispositivo complessivo***

Il Laboratorio Contatti si trova in un locale attrezzato allo scopo presso una struttura della Comunità Terapeutica Residenziale “Don Lorenzo Milani” di Mestre.

Gli utenti, al massimo 7 in contemporanea, vengono inviati al Laboratorio su segnalazione di un operatore del Servizio, previo colloquio con l’Assistente Sociale. Al momento dell’inserimento, l’utente firma un contratto, del tutto simile nelle sue regole, ad un normale contratto di lavoro.

L’inserimento dura sei mesi e prevede un rimborso spese mensile, di una somma intorno di diecimila lire giornaliere. Al termine dei sei mesi l’operatore di riferimento traccia con il paziente un bilancio dell’esperienza e, ove sia possibile, cura attraverso il Servizio Integrazione Lavorativa dell’ Azienda U.L.S.S. 12 o le Cooperative Sociali un eventuale passaggio ad un lavoro regolare.

L’attività del Laboratorio si svolge dal lunedì al venerdì, con orario 8.30 – 12.30 e prevede una pausa caffè dalle ore 11.00 alle ore 11.15. Gli utenti vengono prelevati davanti al Ser.T dove si ritrovano dopo l’assunzione del metadone e con il pulmino accompagnati al laboratorio e riaccompagnati in centro città alla fine del lavoro.

Il lavoro è consistito per circa otto mesi nell’assemblaggio di componenti di lampade, mentre attualmente il laboratorio produce oggettistica da arredamento con tecnica semi-artigianale per una ditta trentina.

Due educatori a tempo parziale (venti ore) sono preposti all’attività e si occupano della conduzione del laboratorio, del coordinamento del gruppo di utenti lavoratori, della gestione delle commesse e del collegamento tra Laboratorio e Ser.T.

*Giornalmente gli utenti e gli educatori (fig. 1) compilano una scheda rispettivamente di autovalutazione e valutazione. La scheda contiene item relativi alla puntualità, noia, pulizia, stato di attenzione, isolamento ecc.*

Ogni due settimane l’Assistente sociale del progetto incontra il gruppo degli utenti presso il luogo di lavoro per discutere insieme sull’andamento dell’esperienza e per un confronto sull’esito delle schede di valutazione ed autovalutazione giornaliera (nel corso dei sei mesi, le osservazioni dell’educatore e del paziente vanno via via avvicinandosi, indicando un’acquisizione di maggior realismo nella valutazione delle proprie capacità).

Della progettazione, coordinamento e valutazione del laboratorio si occupa un gruppo di lavoro stabile di operatori del Ser.T dell’Area Riabilitativa e Clinica. Il gruppo di lavoro si riunisce mensilmente per monitorare e porre modifiche al dispositivo. Gli educatori si incontrano con la psicologa dell’Area Clinica che si occupa del progetto per una supervisione ogni due settimane e comunque quando necessario per situazioni particolarmente critiche.

Il gruppo di lavoro, inoltre, relaziona con l’équipe dell’Area Clinica a scadenze prestabilite per permettere la condivisione degli obiettivi e la discussione dei singoli casi.

## ***6. Conclusioni***

La scelta dell’invio degli utenti al laboratorio è stata fatta non sulla base della diagnosi psicopatologica o della durata della carriera tossicomania, ma del grado di disabilità sociale, in accordo con quanto riportato nella letteratura (proveniente nel campo della salute mentale), secondo cui non c’è correlazione diretta tra severità della patologia e severità della disabilità sociale.

La funzione del laboratorio emerge, dal punto di vista psicologico, come uno “spazio transizionale”, che permette la creazione o l’ampliamento dell’area di gioco nell’accezione di Winnicott: nell’ipotesi che l’attaccamento simbiotico all’oggetto, prima, e alla sostanza di abuso, poi, sia il segno di una mancanza di spazio libero nella relazione. La possibilità di accedere all’area transizionale si rivela pertanto un intervento sul versante trasformativo interiore, oltre che riabilitativo.

L’esperienza del gruppo, inoltre, permette agli utenti il rispecchiamento di sé, ma anche la differenziazione e crea la strada per una maggior individuazione. La creazione di legami sociali con gli altri, depurati almeno in parte dai pesanti giudizi critici sulla tossicodipendenza, è osservazione confortante di operatori ed utenti al termine dell’esperienza.

Tra le modifiche da apportare, si sta valutando la somministrazione di test di disabilità sociale all’ingresso e all’uscita per una valutazione maggiormente obiettiva e dei colloqui di autovalutazione per ogni utente a distanza di sei mesi dalla fine dell’esperienza.

## ***BIBLIOGRAFIA***

1. A.J. Bauleo, M. S. De Brasi: Clinica gruppale clinica istituzionale. Ed. Il Poligrafo, PD, 1994
2. A. Bauleo: Psicoanalisi e gruppalità. Ed. Borla, Roma, 2000
3. L. Cancrini: Quei temerari sulle macchine volanti. Ed. Nis, Roma, 1982
4. I. Carraro, G. Ricci (a cura di): Percorsi di gruppo nella cura delle dipendenze da sostanze. Atti del seminario- Società di Psicologia delle Dipendenze, Dolo (VE), 4 e 11/5/2001
5. S. Cirillo, R. Berrini, G. Cambiaso, R. Mazza: La famiglia del tossicodipendente. Ed. R. Cortina, Milano, 1996
6. P. Ferrario: Politica dei Servizi Sociali. Ed. Nis, Roma, 1988
7. F. Folgheraiter: Il lavoro di rete. Ed. Erickson, Trento, 1987
8. R. Mucchielli: Apprendere il counseling. Ed. Ericson, Trento, 1988
9. R. Kaes, H. Faimberg, M. Enriquez, J. Baranes: Trasmissione della vita psichica tra generazioni. Ed. Borla, Roma, 1995
10. E. Sacchetti, M. Clerici: IN- contro all'eroina. Ed. Masson, Milano, 1996
11. P. Tranchina, E. Salvi, M.P. Teodori, S. Rogialli: Portolano di psicologia. Ed. Cooperativa Centro di Documentazione, Pistoia, 1994
12. D. W. Winnicott: Gioco e realtà. Ed. Armando, Roma, 1997
13. G. Zuffa: I drogati e gli altri. Ed. Sellerio, Palermo, 2000

## APPENDICE E: la scheda di valutazione del Laboratorio Contatti

Questa scheda (fig. 1) rappresenta lo strumento utilizzato nell'ambito delle attività di osservazione e valutazione previste dal laboratorio "Contatti". Ogni giorno, gli utenti e gli educatori compilano questa stessa scheda che si avvale di item relativi alla puntualità, noia, pulizia, stato di attenzione, isolamento ecc. La scheda viene compilata dall'utente e dall'educatore, allo scopo di rilevare lo scollamento che esiste nel modo in cui l'utente si percepisce in relazione al suo modo di essere nel laboratorio e il modo in cui l'operatore lo percepisce. Ogni due settimane l'Assistente sociale del progetto incontra il gruppo degli utenti presso il luogo di lavoro per discutere insieme sull'andamento dell'esperienza e per un confronto sull'esito delle schede di valutazione ed autovalutazione giornaliera (nel corso dei sei mesi, le osservazioni dell'educatore e del paziente vanno via via avvicinandosi, indicando un'acquisizione di maggior realismo nella valutazione delle proprie capacità).

**Fig. 1 la scheda di valutazione**

**NOMINATIVO:** \_\_\_\_\_ (*scheda compilata dall'utente*)

IL MIO GRADO DI...E' STATO...(1=per niente; 2=poco; 3=abbastanza; 4=molto; 5=moltissimo)

Data: _____	Pulizia	1	2	3	4	5
_____	Puntualità	1	2	3	4	5
Terapia farmacologica Assunta _____	Noia	1	2	3	4	5
	Di voglia di lavorare	1	2	3	4	5
	Organizzazione	1	2	3	4	5
	Difficoltà	1	2	3	4	5
	Impegno	1	2	3	4	5
	Isolamento	1	2	3	4	5
Metadone _____	Attenzione	1	2	3	4	5
	Polemica	1	2	3	4	5
	Di dolori fisici	1	2	3	4	5
	Agitazione	1	2	3	4	5
	_____					

**NOMINATIVO:** \_\_\_\_\_ (*scheda compilata dall'operatore*)

IL MIO GRADO DI...E' STATO...(1=per niente; 2=poco; 3=abbastanza; 4=molto; 5=moltissimo)

Data: _____	Pulizia	1	2	3	4	5
_____	Puntualità	1	2	3	4	5
Terapia farmacologica Assunta _____	Noia	1	2	3	4	5
	Di voglia di lavorare	1	2	3	4	5
	Organizzazione	1	2	3	4	5
	Difficoltà	1	2	3	4	5
	Impegno	1	2	3	4	5
	Isolamento	1	2	3	4	5
Metadone _____	Attenzione	1	2	3	4	5
	Polemica	1	2	3	4	5
	Di dolori fisici	1	2	3	4	5
	Agitazione	1	2	3	4	5
	_____					

## *Indagine in tema di lavoro e tossicodipendenza tra gli utenti dei Ser.T dell'Azienda ULSS 12 Veneziana*

**(a cura di Mario Zotta, Monica De Angeli, Lisa Leonardini)**

### 1. Introduzione

Nel nostro paese la ricerca empirica relativa alle interconnessioni esistenti tra le diverse realtà di soggetti che hanno problematiche di tossicodipendenza e mondo del lavoro, risulta essere piuttosto limitata.

Da un'analisi della letteratura, si denota come a tutt'oggi il problema del rapporto dell'uso, consumo e abuso di sostanze stupefacenti e ambiente di lavoro non sia stato ancora affrontato in maniera organica. Esistono ricerche focalizzate su ambiti lavorativi ben definiti ma si rilevano essere poco sistematiche e di scarsa rilevanza statistica (Briatico-Vangosa, 1998).

Nell'ambito del territorio nazionale, per contro, esistono innumerevoli studi che mettono in luce il problema alcool-mondo del lavoro. Le persone alcool-dipendenti comportano un costo economico maggiore per gli istituti previdenziali ed assicurativi e risultano essere più facilmente individuabili dal medico competente, deputato a produrre il giudizio di idoneità alla mansione lavorativa (Merli, 1992). La stessa normativa ha chiaramente stabilito i criteri laboratoristico-tossicologici per il rilievo del consumo di alcol, ma tuttora sussistono delle incertezze per il rilievo della presenza di altre sostanze stupefacenti (D.P.R. N. 309/90).

Dalla letteratura sul rapporto tra dipendente da sostanze stupefacenti ed ambiente di lavoro emerge, come dato uniforme, la frequente irregolarità nella condotta lavorativa degli assuntori di sostanze psicoattive (Campbell, Langford, 1995).

Se da alcune ricerche degli anni '80 emerge una percentuale di occupazione dei pazienti tossicodipendenti che varia, a seconda dei diversi studi (Fanelli e altri, 1992) dal 16% al 30%, nella nostra esperienza di questi ultimi anni '90, il rapporto lavoro-tossicodipendenza appare profondamente modificato. Ci sembra che il numero degli utenti afferiti ai due Ser.T della Azienda Ulss 12 (Venezia e Mestre), con un'occupazione lavorativa, saltuaria o stabile, sia maggiore rispetto ai dati della letteratura.

Abbiamo ritenuto opportuno partire dai dati della realtà dei due Servizi per le Tossicodipendenze, osservando la loro utenza negli anni '97 e '98, focalizzandone alcuni aspetti di tipo socio-lavorativo: l'età, la scolarità, l'attività lavorativa, distinta in attività stabile o precaria, intendendo con questo termine attività part-time, a tempo determinato, contratti di tipo stagionale, lavoro nero.

Vorremmo prendere in esame solamente alcuni dati quantitativi che ci sembrano offrire uno spunto di riflessione.

Il primo di questi è l'aumento dell'età media degli utenti dei due Ser.T. Negli ultimi due anni, la fascia di età più rappresentata è ormai quella che va dai 30 ai 34, segnata da un maggior numero di anni di dipendenza, le cui cause sono molteplici. Tra queste vanno annoverati: gli interventi di prevenzione sulla diffusione delle malattie infettive più strettamente legate all'uso di sostanze per via iniettiva, le nuove terapie antiretrovirali, - che hanno prodotto un notevole allungamento dell'aspettativa di vita dei sieropositivi- la maggiore disponibilità di terapie farmacologiche, per il trattamento dei tossicodipendenti da eroina, con farmaci sostitutivi (metadone, buprenorfina) o con farmaci antagonisti (Dole, 1978).

Il secondo dato è il numero degli utenti con un'attività lavorativa precaria o stabile, che supera ampiamente il dato della letteratura. Nell'anno 1997 gli utenti in carico al Ser.T di Mestre con un'occupazione precaria erano il 13,9%, mentre nell'anno successivo il 16,7%. A fronte del dato che vedeva negli anni '96 e '97 un incremento del numero degli utenti con un'attività lavorativa stabile, passati da una percentuale del 19,2% al 23,9%; nel '98, tale percentuale è ridiscesa al 18,1% (questo dato è da mettere in relazione con il calo degli utenti del Ser.t, passati da 474 a 436 unità nel giro di tre anni). La situazione lavorativa degli utenti del Ser.t di Venezia appare ancora più interessante da questo punto di vista, poiché la percentuale degli utenti con un'occupazione stabile varia dal 32% del '97 al 37,1% del '98, con una lieve riduzione dei lavoratori precari, che passano dall'8,4% al 7,8%. Questo dato probabilmente risente della particolare situazione economica veneziana, che apre prospettive lavorative soprattutto nel settore turistico e nel terziario.

Una delle possibili ipotesi che spieghino l'incremento dei tossicodipendenti che tentano una "compatibilità" tra sostanza ed attività lavorativa, è l'utilizzo del metadone in entrambi i Ser.T, da circa tre anni, con un progressivo incremento del numero dei pazienti in trattamento. Aldilà dei dati numerici, ciò che colpisce è la presenza di un sempre maggior numero di tossicodipendenti occupati in attività lavorative diverse, realtà questa che apre tutta una serie di implicazioni connesse alla sicurezza sul lavoro, all'ipotetica "idoneità" alla mansione da essi svolta, alla difficoltà di poter essere curati in modo adeguato.

In questi ultimi anni i dati confermano la tendenza verso una crescita della percentuale di soggetti sottoposti a trattamento farmacologico con metadone, pari a circa la metà dei casi seguiti dai Ser.T (49,9% del 1999).

L'interesse e la curiosità di conoscere in modo più approfondito le condizioni socio-lavorative di soggetti in carico ai Ser.T. per l'assunzione di metadone ci ha portato a formulare un'indagine mirata a cogliere le numerose implicazioni esistenti tra il lavoro e l'assunzione di sostanze.

L'oggetto specifico di questa indagine è costituito dall'analisi delle possibili interconnessioni tra l'assunzione di sostanze psicotrope (metadone), da parte di utenti in carico ai Servizi per le Tossicodipendenze dell'Azienda USSL 12 Veneziana, i percorsi lavorativi intrapresi nel passato e nel presente, e dal tentativo di far emergere anche il fenomeno sommerso costituito dal numero di soggetti che pur consumando sostanze vengono percepiti avere un'attività lavorativa "normale".

Deve essere immediatamente rilevato il carattere locale, quindi necessariamente limitato, di tale indagine che ha coinvolto due dei 38 Ser.T. della Regione Veneto (Ser.T. di Mestre e Ser.T. di Venezia).

## ***2. Materiale e metodo***

### **2.1. Costruzione del questionario**

E' stato elaborato un questionario semistrutturato, costituito da domande aperte e chiuse, allo scopo di indagare sulle possibili interconnessioni tra l'assunzione di sostanze psicoattive ed il mondo del lavoro. Lo strumento di indagine è costituito da 40 domande strutturate in sei diverse sezioni:

- dati socio-demografici;
- condizioni lavorative passate e condizione lavorativa attuale;
- esperienze lavorative durante il periodo della tossicodipendenza;
- eventuali ripercussioni negative e/o positive legate all'uso della sostanza;
- esperienze nel rapporto con il mondo del lavoro durante l'assunzione del trattamento farmacologico sostitutivo;
- possibile compatibilità tra assunzione di sostanze, il non ricorso ai Servizi e l'attività lavorativa in corso.

Sono stati effettuati degli incontri con gli operatori dei due Ser.T. allo scopo di individuare le modalità più appropriate per informare gli utenti che sarebbe stata richiesta una loro collaborazione per

un'indagine a fine conoscitivo, naturalmente anonima, sulle possibili interconnessioni tra assunzione di sostanze psicotrope, attività lavorative passate e condizioni lavorative attuali.

La collaborazione di tutti gli operatori, in particolare degli infermieri dei due Servizi si è rivelata preziosa e indispensabile per la buona riuscita del lavoro.

Gli operatori dei tre Ser.T., Dolo (dove è stato realizzato lo studio pilota), Mestre e Venezia (dove si è svolta la rilevazione dei dati) hanno infatti convinto molti degli utenti a partecipare all'indagine conoscitiva e hanno suggerito alle rilevatrici le situazioni più appropriate in cui somministrare lo strumento.

Gli utenti infatti usufruiscono del metadone in tempi e in modalità differenti; alcuni si recano quotidianamente al Servizio, altri si recano su appuntamento per ricevere in affidamento la sostanza, altri invece sono domiciliati in strutture socio-riabilitative residenziali.

## **2.2. L'indagine tra gli utenti dei due Servizi**

Il campione, oggetto dell'indagine, è costituito da un totale di 250 utenti in carico ai Servizi per le Tossicodipendenze dell'Azienda USSL 12 Veneziana che assumono il trattamento farmacologico sostitutivo (metadone). Al momento della somministrazione i soggetti individuati sono stati:

- 80 utenti in carico al Ser.T. di Venezia in data 22 maggio 2000.
- 170 utenti in carico al Ser.T. di Mestre in data 25 maggio 2000.

## **2.3. Il metodo di somministrazione**

Il metodo utilizzato per la rilevazione dei dati è costituito da un questionario che si è ritenuto necessario somministrare con l'aiuto di due rilevatori la cui formazione è stata affidata al gruppo ricerca del Progetto Pilota Regionale "Contatti".

Si è proceduto a somministrare il questionario ad un gruppo di venti utenti del Ser.T di Dolo per verificarne l'effettiva fruibilità e validità di contenuto. Presso il Ser.T. di Venezia è stata inviata una tirocinante – psicologa, Lisa Leonardini, mentre al Ser.T di Mestre si è ritenuto opportuno proporre agli utenti del Servizio una figura in un certo senso già "familiare" e cioè la tirocinante - Assistente Sociale - Piera Busetto. Infatti, già da mesi la stessa era ben inserita nel delicato contesto del Servizio.

I due rilevatori di sesso femminile, in collaborazione e con l'ausilio di operatori esperti, hanno concordato le modalità attraverso cui proporsi e proporre il questionario ai destinatari.

Le realtà che contraddistinguono i due Ser.T Veneziani si sono rilevate differenti e necessitano, perciò, di una descrizione accurata.

## **2.4 Ser.T. di Venezia**

La somministrazione ha avuto inizio il 22 di Maggio e si è conclusa il giorno seguente (con copertura di tutte le fasce orarie).

Gli orari di apertura al pubblico del Ser.T per la distribuzione del metadone ed, eventualmente per la distribuzione di psicofarmaci, sono suddivisi in due fasce giornaliere per i giorni dal lunedì al sabato, ed in un'unica fascia giornaliera alla domenica. Le fasce sono così suddivise: fascia A dalle ore 8.45 alle ore 10.30; fascia B dalle ore 13.00 alle ore alle 13.45. La rilevatrice ha contattato telefonicamente l'infermiere del Servizio per accordarsi su orari e verificare l'agenda appuntamenti degli utenti con metadone in affidamento.

Il numero totale degli utenti in carico al Servizio era di 80 ma alcuni di loro ( 5) si sono rifiutati in modo categorico di compilare il questionario. Non è stato possibile raggiungere gli utenti che si trovavano in quel momento in ospedale, in strutture penitenziarie, o che non volevano recarsi al servizio solo per soddisfare la richiesta di compilare il solo questionario.

In totale 54 questionari sono stati compilati su un campione previsto di 80 utenti in trattamento metadonico. Più della metà (esattamente il 67.5%) ha accettato dunque di svolgere questo impegno. Per quanto riguarda le impressioni della rilevatrice sono varie e diverse tra loro. Con certi utenti ha rilevato una certa "fretta" nel rispondere, forse per un evidente disinteresse, ma allo stesso tempo più di qualcuno ha dimostrato una collaborazione più che proficua. Ha, inoltre, percepito dagli stessi la pretesa di ottenere un

lavoro dalle Istituzioni e dai Servizi Socio-Sanitari del territorio. La collaborazione degli infermieri, assistenti sociali e psicologi ha di molto facilitato il lavoro della rilevatrice soprattutto con utenti particolarmente restii a partecipare all'indagine.

## 2.5 Ser.T. di Mestre

La somministrazione ha avuto inizio il 25 di maggio ed è durata quasi tre settimane. L'orario di apertura al pubblico del Ser.T. per la distribuzione del metadone e/o altri farmaci avviene ogni mattina dalle 8.15 fino alle 12.30 (domenica inclusa).

*La rilevatrice si è recata al Servizio non solo la mattina, ma su indicazione degli operatori, anche il sabato o nei pomeriggi per proporre il questionario a tutti coloro i quali si recavano al Servizio per ritirare il metadone su affidamento.*

Psicologi e assistenti sociali hanno portato a conoscenza l'agenda degli appuntamenti con gli utenti che venivano al Servizio saltuariamente avendo in affidamento il metadone, mentre gli infermieri hanno più volte sollecitato gli utenti a compilare il questionario.

Anche alcuni utenti presenti nelle Comunità residenziali del territorio sono stati raggiunti e hanno compilato il questionario.

In totale 104 questionari sono stati compilati su un campione previsto di 170 utenti in trattamento metadonico.

Più della metà (esattamente il 61,18%) ha dunque svolto l'impegno, mentre 15 persone si sono rifiutate in modo categorico di compilare il questionario anche con l'aiuto della rilevatrice. Dopo un primo momento di diffidenza quasi la totalità degli utenti si è dimostrata particolarmente collaborativa. Molti alla fine si sono dichiarati soddisfatti per aver portato a termine l'impegno preso considerando le difficoltà delle domande poste.

Concludendo, la rilevatrice ha avuto l'impressione che molti utenti avessero bisogno di parlare soprattutto dei loro problemi personali e delle loro difficoltà a livello relazionale mentre l'attività lavorativa, comunque, tendeva a rimanere quasi sempre in secondo piano.

Non è stato percepito alcun atteggiamento di pretesa di un lavoro da parte delle Istituzioni, le sole critiche sono state fatte in relazione ai tempi limitati di somministrazione del metadone che, rispetto a quanto riportato dagli utenti, interferiscono con gli orari di un lavoro "normale".

## 2.6 Analisi statistiche

I dati ottenuti sono stati elaborati con l'ausilio del programma statistico S.A.S.<sup>4</sup> (Statistical Analysis Software). Le elaborazioni si riferiscono sia al campione totale che ai due sotto - campioni relativi al Ser.T. di Venezia e al Ser.T. di Mestre.

*Per stabilire la significatività delle differenze emerse nella disaggregazione dei dati si è fatto ricorso al metodo parametrico del "Chi Quadrato", considerando come valore critico per il rifiuto dell'ipotesi nulla  $\alpha = .05$ .*

---

<sup>4</sup> Si ringrazia la Dott.ssa Nadia Minicuci per l'elaborazione statistica dei dati

### 3. I risultati della ricerca

Nell'ambito dell'indagine, il campione considerato inizialmente era costituito da 250 utenti in carico ai Servizi per l'assunzione di trattamento farmacologico sostitutivo (metadone).

In realtà è stato possibile somministrare il questionario ad un numero più basso di utenti. I motivi per cui non è stato possibile includere nello studio tutti i soggetti al momento della somministrazione del questionario vanno imputati ai seguenti fattori:

- permanenza degli utenti in carcere;
- permanenza degli utenti in strutture quali Comunità Terapeutiche e/o Pronte Accoglienze;
- permanenza degli utenti in strutture ospedaliere;
- rifiuto categorico di utenti frequentatori del Servizio alla proposta di compilare il questionario;
- delega degli utenti ad altre persone per il ritiro del metadone affidato loro per periodi più o meno lunghi;
- Rifiuto di recarsi al servizio per la sola compilazione del questionario, (se la somministrazione del metadone avveniva di settimana in settimana tramite appuntamento).

Il campione definitivo è quindi composto da 158 utenti. Più precisamente 54 utenti presso il Ser.T di Venezia e 104 utenti presso il Ser.T di Mestre, per un totale di 124 maschi (78.5%) e 34 femmine (21.5%). Cinque sono stati i rifiuti da parte degli utenti a Venezia (6,25%), mentre a Mestre 15 persone (8.82%) non hanno voluto compilare il questionario.

#### 3.1. Dati socio-demografici

L'ordine di esposizione dei risultati rispecchia la struttura del questionario. Per quanto riguarda le caratteristiche *socio – demografiche* (tab. 1) del campione considerato, si nota la netta prevalenza dei maschi (78.5%) rispetto alle femmine (21,5%). Per quanto riguarda l'età, l'aggregazione maggiore dei dati si nota all'altezza delle classi d'età centrali del range considerato; per la classe dai 30 ai 34 anni (34.8%) e per la classe dai 35 ai 39 anni (20.9%), mentre il grado di aggregazione si riduce in prossimità dei limiti estremi del range stesso (6.3% per la classe fino ai 24 anni, e 6.3% per la classe dai 45 ai 55 anni).

**Tab. 1 Distribuzione degli intervistati per caratteristiche socio-demografiche: sesso ed età**

	Ser.T VENEZIA		Ser.T MESTRE		COMPLESSIVO	
	Valori assoluti	%	Valori assoluti	%	Valori assoluti	%
<b>SESSO</b>						
Maschi	44	81,48	80	76,5	124	78,5
Femmine	10	18,52	24	23,1	34	21,5
<b>CLASSI DI ETA'</b>						
14-24	3	5,56	7	6,73	10	6,33
25-29	7	12,96	19	18,27	26	16,46
30-34	17	33,33	37	35,58	55	34,81
35-39	7	12,96	26	25,00	33	20,89
40-44	13	24,07	11	10,58	24	15,19
45-55	6	11,11	4	3,85	10	6,33
<b>TOTALE</b>	<b>54</b>	<b>100</b>	<b>104</b>	<b>100</b>	<b>158</b>	<b>100</b>

Per quanto riguarda il tipo di convivenza (tab. 2), oltre la metà (56.3%) dei soggetti vive con la propria famiglia di origine; l'8,2% vive in istituzioni (Comunità Terapeutiche, Carcere, ecc.) e solo il 10.1% vive con il nucleo familiare che ha realizzato. Le risposte che implicano una condizione di indipendenza non superano il 35.5%. Non ci sono grandi differenze tra la realtà gli utenti dei due Ser.T. Per quanto riguarda la variabile età, osserviamo che gli utenti del Ser.T di Mestre dai 35 ai 39 anni costituiscono un quarto (25%) del sottocampione considerato rispetto alla percentuale del 12,9% degli utenti in carico presso il Ser.T di Venezia. Gli utenti dai 40 ai 44 anni sono in numero maggiore (24,1%) presso il Ser.T di Venezia rispetto agli utenti (10,6%) del Ser.T di Mestre.

**Tab. 2 Distribuzione degli intervistati per caratteristiche socio-demografiche: sesso ed età**

	Ser.T VENEZIA		Ser.T MESTRE		COMPLESSIVO	
	Valori assoluti	%	Valori assoluti	%	Valori assoluti	%
<b>SESSO</b>						
Maschi	44	81,48	80	76,5	124	78,5
Femmine	10	18,52	24	23,1	34	21,5
<b>CLASSI DI ETA'</b>						
14-24	3	5,56	7	6,73	10	6,33
25-29	7	12,96	19	18,27	26	16,46
30-34	17	33,33	37	35,58	55	34,81
35-39	7	12,96	26	25,00	33	20,89
40-44	13	24,07	11	10,58	24	15,19
45-55	6	11,11	4	3,85	10	6,33
<b>TOTALE</b>	<b>54</b>	<b>100</b>	<b>104</b>	<b>100</b>	<b>158</b>	<b>100</b>

Per quanto inerisce la condizione familiare vi sono differenze che vale la pena di segnalare (tab. 3). I dati che colpiscono di più si riferiscono alla percentuale del 5,8% degli utenti in carico al Ser.T di Mestre che vive con il proprio nucleo familiare contro il 18,5% degli utenti in carico al Ser.T di Venezia che ha realizzato un proprio nucleo familiare.

Sono 12 (11,5%) gli utenti del Ser.T di Mestre che vivono in Comunità Terapeutiche, e/o in Istituti penitenziari rispetto l'unico (1,9%) utente in carico al Ser.T di Venezia.

Quasi un terzo del campione complessivo (31%) ha figli e, più esattamente, il 78% di questi è genitore di un solo figlio.

**Tab. 3 Distribuzione degli intervistati per caratteristiche socio-demografiche: condizione familiare e genitorialità**

	Ser.T VENEZIA		Ser.T MESTRE		COMPLESSIVO	
	Valori assoluti	%	Valori assoluti	%	Valori assoluti	%
<b>CONDIZIONE FAMILIARE</b>						
Da solo	5	9,26	12	11,54	17	10,76
Con famiglia di origine	28	51,85	61	58,65	89	56,33
Nucleo familiare	10	18,52	6	5,77	16	10,13
Coniuge/patner	10	18,52	13	12,50	23	14,56
Altro	1	1,85	12	11,54	13	8,23
<b>GENTORIALITA'</b>						
Sì	20	37,04	29	27,88	49	31,01
No	34	62,96	75	72,12	109	68,99
<b>TOTALE</b>	<b>54</b>	<b>100</b>	<b>104</b>	<b>100</b>	<b>158</b>	<b>100</b>
<b>NUMEROSITA' FIGLI</b>						
1	17	85	22	75,86	39	78,0
2	2	10	6	20,7	8	16,0
3	1	5	0	0	1	3,0
4	0	0	1	3,44	1	3,0
<b>TOTALE</b>	<b>20</b>	<b>100</b>	<b>29</b>	<b>100</b>	<b>49</b>	<b>100</b>

Come si può notare (tab.4) per quanto riguarda il livello di istruzione, la maggior parte degli intervistati si posiziona su un livello basso: licenza elementare 14.6%; licenza media inferiore 62.7%; attestato professionale 5.7%; una quota minoritaria si posiziona su un livello medio (diploma di scuola

media superiore 13,29%); solo una persona sta frequentando l'università. Si può osservare che il 10,6% degli utenti in carico al Ser.T di Mestre ha conseguito solo la licenza elementare, rispetto il 22,2% degli utenti presso il Ser.T di Venezia. L'età più frequente in cui si è smesso di studiare risale ai 14 e 15 anni di età (34.8%). Gli anni più frequenti di scolarità complessiva risultano essere 8 (42.7%) e 11 (15.3%).

**Tab. 4 Distribuzione degli intervistati per caratteristiche socio-demografiche: livello di istruzione e anni di scolarità**

	Ser.T VENEZIA		Ser.T MESTRE		COMPLESSIVO	
	Valori assoluti	%	Valori assoluti	%	Valori assoluti	%
<b>TITOLO DI STUDIO</b>						
Nessuno	0	0	1	0,96	1	0,63
Licenza elementare	12	22,22	11	10,58	23	14,56
Licenza media inferiore	31	57,41	69	66,35	100	62,7
Qualifica professionale	3	5,56	6	5,77	9	5,70
diploma	7	12,96	14	13,46	21	13,29
Laurea	0	0	1	0,96	1	0,63
altro	1	1,85	2	1,92	3	1,90
<b>TOTALE</b>	54	100	104	100	158	100
<b>ANNI DI SCOLARITA'</b>						
Fino a 5	3	5,66	4	3,85	7	4,46
Da 6 a 8	27	50,94	52	50,00	79	50,32
Da 9 a 13	20	37,74	42	40,38	62	39,49
Più di 14	3	5,66	6	5,77	9	5,73
<b>TOTALE</b>	53 <i>Frequency missing= 1</i>	100	104	100	157	100

### 3.2. Condizioni socio-lavorative passate e condizione lavorativa attuale

Per quanto riguarda le *condizione socio-lavorative* (tab. 5) la maggior parte degli utenti dei due Servizi ( 63.9%) dichiara di non essere iscritta alle liste di collocamento, l'89.2% dichiara di essere in possesso del libretto di lavoro, il 19.6% dichiara di aver fatto domanda di invalidità civile e il 16.5% dichiara di far parte di una categoria protetta.

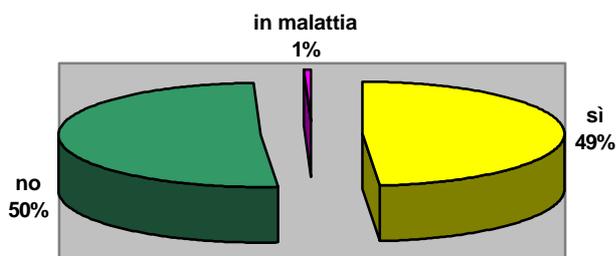
Vale la pena di disaggregare i dati per singolo Ser.T poiché ci sono delle differenze che valgono la pena di essere segnalate. Il 97,1% degli utenti in carico al Ser.T di Mestre dichiara di essere in possesso del libretto di lavoro rispetto al 74,1% degli utenti in carico al Ser.T di Venezia. Il 15,4% degli utenti di Mestre dichiara di avere fatto domanda di invalidità civile rispetto al 27,7% degli utenti del Ser.T di Venezia. Ancora, il 33,4% degli utenti del Ser.T di Venezia dichiara di far parte di una categoria protetta rispetto il 7,7% degli utenti del Ser.T di Mestre.

**Tab. 5 Distribuzione degli intervistati per condizioni socio-lavorative: iscrizione alle liste di collocamento; possesso del libretto di lavoro; domanda di invalidità civile; far parte di una categoria protetta.**

	Ser.T VENEZIA		Ser.T MESTRE		COMPLESSIVO	
	Valori assoluti	%	Valori assoluti	%	Valori assoluti	%
<b>ISCRIZIONE ALLE LISTE DI COLLOCAMENTO</b>						
Si	25	46,3	32	30,8	57	36,1
No	29	53,7	72	69,2	101	63,9
<b>POSSESSO DEL LIBRETTO DI LAVORO</b>						
Si	40	74,1	101	97,1	141	89,2
No	14	25,9	3	2,9	17	10,8
<b>DOMANDA DI INVALIDITA' CIVILE</b>						
Si	15	27,7	16	15,39	31	19,6
No	39	72,3	88	84,61	127	80,4
<b>FAR PARTE DI UNA CATEGORIA PROTETTA</b>						
Si	18	33,4	8	7,7	26	16,5
No	36	66,6	96	92,3	132	83,5
<b>TOTALE</b>	<i>54</i>	<i>100</i>	<i>104</i>	<i>100</i>	<i>158</i>	<i>100</i>

Attualmente quasi la metà del campione (fig. 1) afferma di avere un'attività lavorativa in corso (49.4%). Sono 78 le persone di tutto il gruppo considerato (1 persona al momento è in malattia) che dichiarano di lavorare.

**Fig. 1 Distribuzione degli intervistati relativa alla domanda "Attualmente stai lavorando?".**



Base totale campione Ser.T. Mestre-Ser.T. Venezia (=158 soggetti)

Di queste 78 persone, 57 rispondono alla domanda successiva che chiede di specificare esattamente quando hanno iniziato l'ultima attività lavorativa.

Ben più di un terzo (38.6%) ha iniziato nell'ultimo anno (2000), mentre solo il 10.8% ha iniziato a lavorare negli anni 80.

Cerchiamo dunque di approfondire la conoscenza delle condizioni socio-lavorative delle 78 persone che attualmente dichiarano di svolgere un'attività lavorativa (tab. 6).

Le frequenze più elevate sono registrate dalle categorie professionali più basse: il 62.82% lavora come operaio generico, il 20.51% come operaio specializzato, l'8.97% come commerciante e il 7.69% come impiegato.

Il 74.4% di essi dichiara di lavorare in ambito privato, mentre solo il 7.7% dichiara di lavorare nell'ambito della cooperazione sociale. La stessa frequenza si riscontra nell'ambito del lavoro autonomo, mentre solo il 5.1% dichiara di lavorare nell'ambito pubblico.

L'82.% di coloro i quali stanno lavorando dichiara di avere un rapporto di lavoro in regola; il 70,5% dichiara di avere un lavoro diurno, mentre un quarto e cioè il 25,6% lavora facendo i turni.

Ancora, il 78,2% dichiara di lavorare a tempo pieno e il 79,5% dichiara di avere un contratto a tempo indeterminato.

Vale la pena di soffermarci sui dati emersi in ogni singolo Ser.T. A Venezia sono 23 (29,5%) le persone che attualmente stanno lavorando e che sono in carico al Servizio per l'assunzione di metadone, mentre sono 55 (70,5%) a Mestre.

Per quanto riguarda la distribuzione dei lavori (tab. 6) le percentuali sono simili, con qualche eccezione. I 23 lavoratori in carico al servizio di Venezia, si distribuiscono nel seguente modo: 13 (56,5%) lavorano come operai generici; 5 (21,7%) lavorano come operai specializzati; 3 (13,%) lavorano come commercianti e 2 (8,70%) lavorano come impiegati. I 55 lavoratori in carico al servizio di Mestre, si distribuiscono nel seguente modo: 36 (65,4%) lavorano come operai generici; 11 (20%) lavorano come operai specializzati; 4 (7,27%) lavorano come impiegati e 4 (7,27%) lavorano come commercianti.

**Tab. 6 Distribuzione degli intervistati che hanno un'attività lavorativa in corso per condizione lavorativa attuale: tipologia dei lavori; l'ambito di lavoro; tipologia del rapporto; orario di lavoro; modalità di lavoro; tipo di contratto.**

	Ser.T VENEZIA		Ser.T MESTRE		COMPLESSIVO	
	Valori assoluti	%	Valori assoluti	%	Valori assoluti	%
<b>TIPOLOGIA DEI LAVORI</b>						
Operaio specializzato	5	21,7	11	20	16	20,5
Impiegato	2	8,7	4	7,3	6	7,7
Operaio generico	13	56,7	36	65,4	49	62,8
Dirigente	0	0	0	0	0	0
Commerciante	3	13,1	4	7,3	7	9
<b>L'AMBITO DI LAVORO</b>						
Ambito pubblico	2	8,7	2	3,6	4	5,1
Ambito privato	13	56,5	45	81,8	58	74,4
Cooperazione sociale	3	13,1	3	5,5	6	7,7
Cooperazione non sociale	0	0,0	4	7,3	4	5,1
Ambito di lavoro autonomo	5	21,7	1	1,8	6	7,7
<b>TIPOLOGIA DEL RAPPORTO DI LAVORO</b>						
In regola	21	91,3	43	78,2	64	82,05
Non in regola	2	8,7	12	21,8	14	17,95
<b>ORARIO DI LAVORO</b>						
Di giorno	16	69,6	39	70,9	55	70,5
Di notte	2	8,7	1	1,8	3	3,8
turni	5	21,7	15	27,3	20	25,6
<b>MODALITA' DI LAVORO</b>						
Tempo pieno	18	78,3	43	78,2	61	78,2
Part-time	5	21,7	12	21,8	17	21,8
<b>TIPO DI CONTRATTO</b>						
A tempo determinato	9	39,1	6	12	15	20,5
A tempo indeterminato	14	60,9	44	88	58	79,5
			frequency missing=5			
<b>TOTALE</b>	23	100	55	100	78	100

A Venezia il 13,1% degli utenti dichiara di lavorare come commerciante contro il 7,3% degli utenti a Mestre. Il 56,5% degli utenti a Venezia dichiara di lavorare in ambito privato contro l'81,8% degli utenti a Mestre; A Venezia il 13,1% dichiara di lavorare nell'ambito delle cooperative sociali rispetto

al 5,5% degli utenti in carico al Ser.T. di Mestre; il 21,7% degli utenti a Venezia lavora nell'ambito del lavoro autonomo contro l'1,8% a Mestre. L'8,7% degli utenti a Venezia dichiara di non lavorare in regola contro il 21,8% degli utenti a Mestre. L'8,7% degli utenti a Venezia lavora di notte contro l'1,8% degli utenti in carico al Servizio a Mestre. Si evidenzia inoltre che il 60,9% degli utenti a Venezia lavora con un contratto a tempo indeterminato rispetto l'88% degli utenti in carico al Ser.T di Mestre .

Per quanto riguarda i vissuti rispetto alla propria condizione lavorativa (tab. 7), quasi i due terzi (67.9%) dichiara che il lavoro che sta svolgendo è soddisfacente.

**Tab.7 Distribuzione degli intervistati in relazione alla domanda “ Il lavoro che attualmente svolgi ti soddisfa?”.**

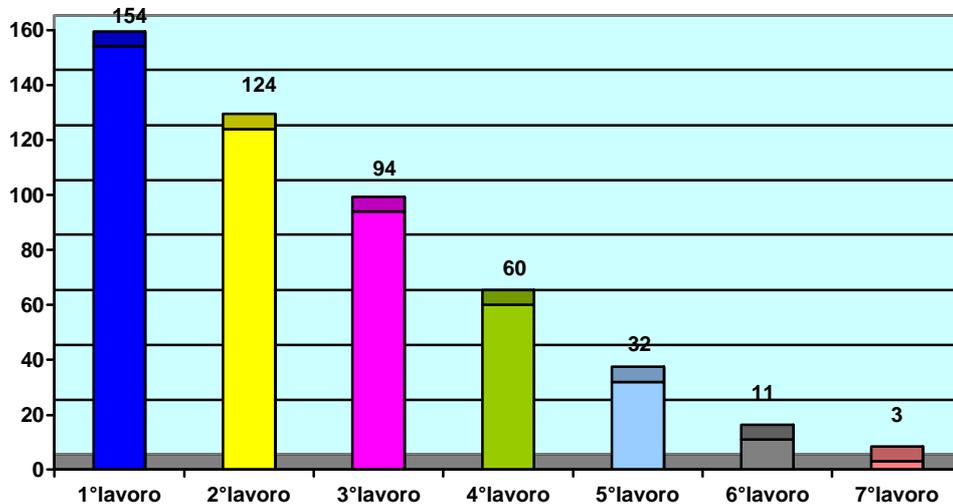
	Ser.T VENEZIA		Ser.T MESTRE		COMPLESSIVO	
	Valori assoluti	%	Valori assoluti	%	Valori assoluti	%
<b>SODDISFAZIONE RISPETTO AL PROPRIO LAVORO</b>						
Sì	19	82,6	34	61,81	53	67,9
No	4	17,4	21	38,18	25	32,1
<b>TOTALE</b>	23	100	55	100	78	100

Come si ha modo di osservare dalla tabella, la percentuale degli insoddisfatti è maggiore tra gli utenti in carico al Ser.T. di Mestre (38,2% contro il 17,4% presso il Ser.T di Venezia).

### 3.3 Esperienze lavorative durante il periodo della tossicodipendenza

Con la domanda “Elenca i lavori che hai svolto in passato” inizia l'approfondimento, in modo specifico, del tentativo di conoscere i percorsi lavorativi che hanno intrapreso i soggetti della nostra ricerca. In tale domanda si chiedeva in modo dettagliato di elencare tutti i lavori svolti nel passato, dal primo al più recente, il periodo lavorativo in cui sui era attuato il lavoro, la durata del lavoro (espressa in mesi) e la causa della conclusione del rapporto lavorativo (se per licenziamento, per interruzione volontaria, o per conclusione stessa del rapporto lavorativo). La raccolta dei dati è stata molto difficile, poiché molti degli intervistati hanno dimostrato di ricordare il tipo di lavoro intrapreso nel passato, ma non sempre il periodo o la durata del lavoro stesso. La lettura successiva e lo sforzo di interpretare i dati risentono perciò della difficoltà iniziale. E' dunque consigliabile considerare tutte le indicazioni in seguito discusse come descrizioni di tendenze, poiché con i dati non esaurienti non è stato possibile effettuare elaborazioni statistiche complete. Si sono considerati per persona fino a sette lavori svolti in passato. Evidenziamo in modo riassuntivo i dati emersi dall'analisi del **primo lavoro** dichiarato dagli intervistati. Per quanto riguarda il primo lavoro dichiarato nel passato sono 154 (97,5%) i soggetti rispondenti (fig. 2). Il grafico indica quante persone hanno dichiarato di aver fatto un primo, un secondo, un terzo, un quarto, un quinto, un sesto e un settimo lavoro. Più della metà (57,1%) ha iniziato a lavorare come operaio generico, il 24,7% come operaio specializzato, il 13% come impiegato e il 5,2% come commerciante. Il 57% di 121 soggetti rispondenti ha iniziato a lavorare tra il 1979 e il 1989. E' da rilevare che il 60% dei nostri intervistati ha iniziato ad assumere sostanze stupefacenti proprio in questo periodo e più precisamente tra il 1980 ed il 1989. Gli stessi 121 hanno iniziato a lavorare mediamente quando avevano 18 anni. L'indice statistico della moda ci indica che l'età più frequente in cui si è iniziato a lavorare risulta essere 14 anni. Per quanto riguarda la durata media del primo lavoro sono 139 i soggetti che hanno compilato la domanda specifica. Il primo lavoro è durato mediamente 37 mesi. L'indice statistico che però ci interessa maggiormente è rappresentato dalla moda che indica in 12 mesi il valore più frequentemente riportato. Sono 138 le persone che ci spiegano perché il primo lavoro si è concluso. Il 75,3% dichiara di aver interrotto il lavoro di propria iniziativa, il 17,4% perché il lavoro stesso si è concluso e il 7,2% perché è stato licenziato. Rispetto a tutti gli altri lavori le distribuzioni sono molto simili tra di loro anche se il numero dei soggetti che dichiara di aver fatto un secondo, un terzo, un quarto, un quinto, un sesto e un settimo lavoro tende a diminuire in modo quasi drastico (Fig. 5). Sono 124 (78,5%) i soggetti che hanno fatto un secondo lavoro, 94 (59,5%) i soggetti che hanno fatto un terzo lavoro, 60 (38%) i soggetti che dichiarano di aver fatto un quarto lavoro, 32 (20,2%) soggetti che dichiarano di aver fatto un quinto lavoro; 11 (7%) soggetti che dichiarano di aver fatto un sesto lavoro, 3 (1,9%) soggetti che dichiarano di aver fatto un settimo lavoro.

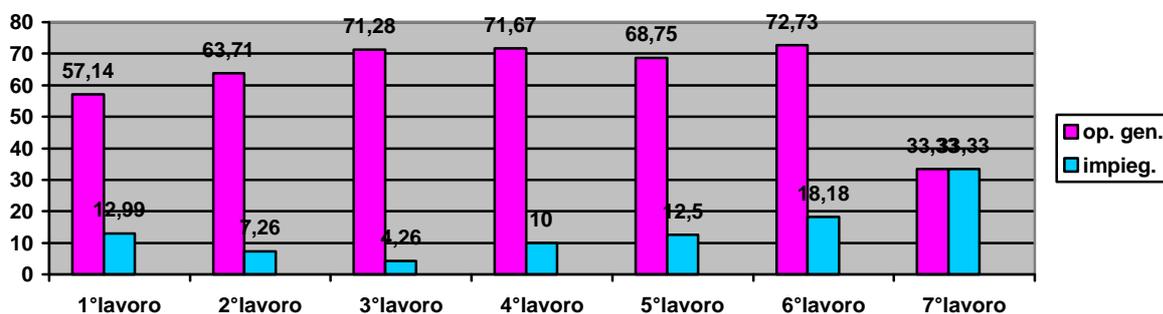
Fig. 2 Distribuzione delle frequenze percentuali dei soggetti rispetto i lavori dichiarati  
Base totale campione Ser.T. Venezia – Ser.T. Mestre (=158 soggetti)



Per quanto riguarda il tipo di lavoro, pur cambiando la numerosità del denominatore a seconda del numero dei lavori si evidenzia che la maggior parte dei soggetti ha lavorato con mansioni di operaio generico. Infatti osservando la fig. 3 si può osservare che la categoria “operaio generico” ha registrato in tutti i lavori le frequenze assolute più elevate, mentre la categoria “impiegato” ha registrato le frequenze più basse.

Fig. 3 Distribuzione delle frequenze percentuali della categoria professionale “operaio generico e impiegato”.

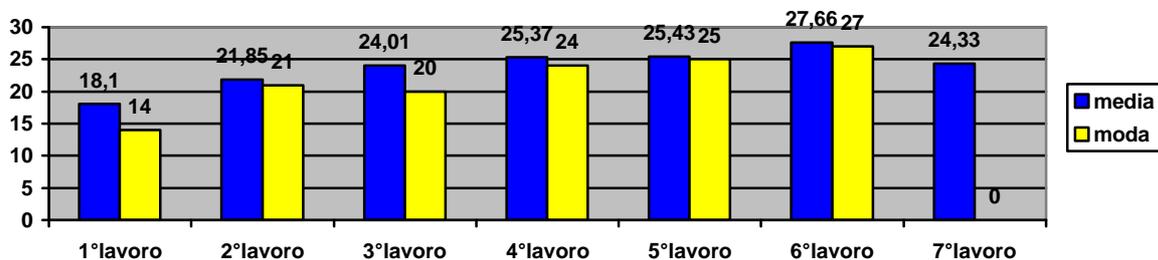
Base campione totale (1 lavoro N=154; 2 lavoro N=124; 3 lavoro N=94; 4 lavoro N=60; 5 lavoro N=32; 6 lavoro N=11; 7 lavoro N=3)



Per quanto inerisce l'età media dei lavori intrapresi (fig. 4) è stato possibile calcolare gli indici statistici solo per i soggetti che hanno esplicitato anche il periodo lavorativo esatto in cui asserivano di aver svolto un determinato lavoro. Anche in questo caso come si può rilevare dalle tabelle la numerosità dei denominatori è diversa e tende ad assumere un valore numerico sempre più basso.

**Fig. 4 Distribuzione dell'età dei soggetti: media e moda**

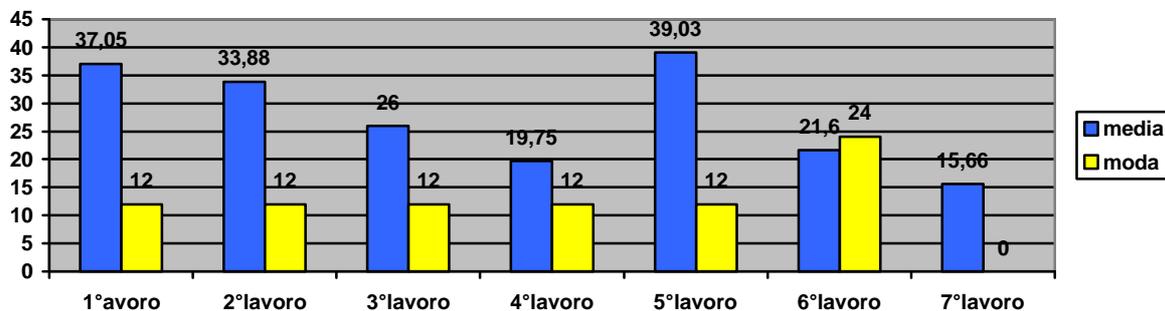
(Base campione totale: 1 lavoro N=154; 2 lavoro N=124; 3 lavoro N=94; 4 lavoro N=60; 5 lavoro N=32; 6 lavoro N=11; 7 lavoro N=3)



Per quanto riguarda la durata media dei lavori intrapresi dai soggetti della nostra ricerca (fig. 5) emerge che rispetto i sette lavori dichiarati, in media lo stesso lavoro lo si è tenuto per circa 27 (27,57%) mesi. L'indice statistico della moda evidenzia che il valore più frequente risulta essere 12 mesi. Questi dati sono importanti perché ci pongono necessariamente una riflessione sulla "tenuta al lavoro" di persone che in passato hanno intrapreso percorsi legati alla dipendenza da sostanze stupefacenti.

**Fig. 5 Distribuzione della durata dei lavori: media e moda**

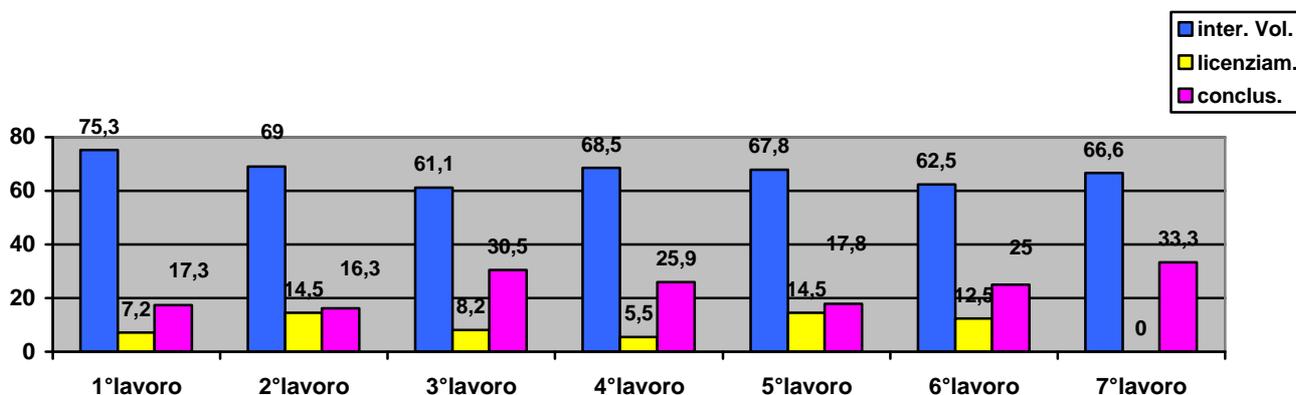
(Base campione totale: 1 lavoro N=154; 2 lavoro N=124; 3 lavoro N=94; 4 lavoro N=60; 5 lavoro N=32; 6 lavoro N=11; 7 lavoro N=3)



Rispetto ai perché della conclusione del rapporto lavorativo (fig. 6) si nota in modo pressoché immediato che oltre i due terzi delle persone che hanno dichiarato di avere lavorato in passato e cambiato lavori, la conclusione del lavoro va imputata alla decisione volontaria di interrompere l'attività lavorativa.

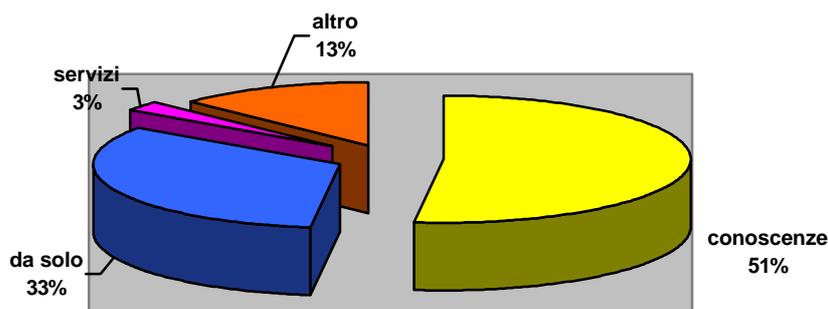
Fig. 6 Distribuzione percentuale della conclusione del rapporto di lavoro

(Base campione totale: 1 lavoro N=154; 2 lavoro N=124; 3 lavoro N=94; 4 lavoro N=60; 5 lavoro N=32; 6 lavoro N=11; 7 lavoro N=3)



Alla domanda relativa ai canali utilizzati nella ricerca del lavoro ogni utente poteva anche menzionare più di una risposta. Ricorrere alle proprie conoscenze risulta essere la risposta più frequente (rispondono in 82 utenti, il 51.9% del campione totale) mentre il 32.9% (52 utenti) asserisce di essersi arrangiato da solo nel cercare lavoro. Solo il 2.5% è ricorso a canali di tipo istituzionale (ufficio di collocamento e Servizi del Comune).

Fig. 7 Distribuzione degli intervistati relativa alla domanda “Quali sono i canali che hai utilizzato nella ricerca dei lavori?”



Base totale campione Ser.T. Venezia – Ser.T. Mestre (=158 soggetti)

Alla domanda “Hai avuto difficoltà la prima volta a trovare lavoro?” (tab. 8) ben il 92.4% dichiara di non averne avuto. I 12 soggetti che dichiarano di avere incontrato difficoltà costituiscono il 7.6% del gruppo complessivo degli intervistati e relativamente alla domanda in cui si chiedeva di specificare che tipo di difficoltà, i soggetti si distribuiscono in questo modo: il 50% risponde che le difficoltà erano legate alla mancata esperienza professionale, il 16.7% risponde che le difficoltà erano legate al fatto che non c’era offerta di lavoro, e l’8.3% afferma che erano difficoltà legate alla tossicodipendenza.

**Tab. 8 Distribuzione degli intervistati in relazione alla domanda “ Hai avuto difficoltà la prima volta a trovare lavoro?”**

	Ser.T VENEZIA		Ser.T MESTRE		COMPLESSIVO	
	Valori assoluti	%	Valori assoluti	%	Valori assoluti	%
<b>DIFFICOLTA' INCONTRATE NEL CERCARE LAVORO LA PRIMA VOLTA</b>						
Sì	2	3,7	10	9,6	12	7,6
No	52	96,3	94	90,4	66	92,4
<b>TOTALE</b>	<b>54</b>	<b>100</b>	<b>104</b>	<b>100</b>	<b>78</b>	<b>100</b>

Allo scopo di conoscere la condizione tossicomana dei soggetti abbiamo chiesto a quale età hanno iniziato ad far uso di sostanze stupefacenti e tramite la conoscenza dell'anno di nascita siamo risaliti all'età precisa dell'inizio uso sostanze (tab. 9). Come si può notare il 57% delle persone ha iniziato a far uso di droghe in una fascia di età dai 14 ai 19 anni; il 20,9% dai 20 ai 24 anni. Il 66,6% degli utenti in carico al Ser.T di Mestre dichiara di avere iniziato tra il 1980 e il 1989, rispetto al 50,94% degli utenti in carico al Ser.T di Venezia. Ancora si nota che il 64,5% degli utenti in carico al Ser.T di Mestre ha iniziato ad assumere sostanze in un'età compresa tra i 14 e i 19 anni rispetto al 42,6% degli utenti della stessa età in carico al servizio di Venezia. Il 60% del campione complessivo ha iniziato ad assumere sostanze tra il 1980 e il 1989; il 18% tra il 1990 e il 1998.

**Tab. 9 Distribuzione degli intervistati in relazione alla domanda: “In quale anno hai iniziato ad assumere sostanze stupefacenti?”.**

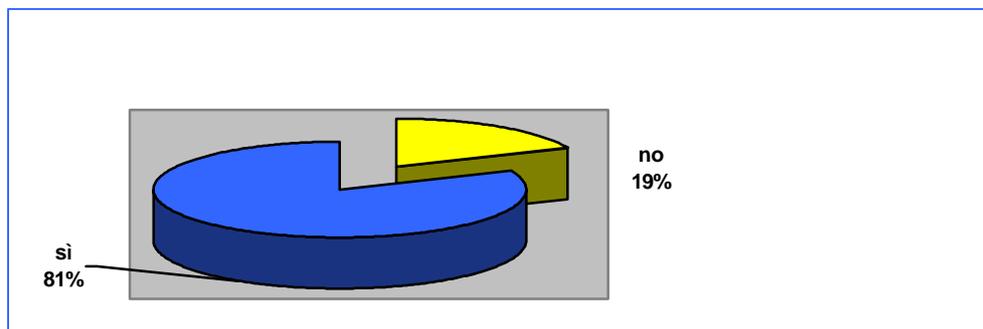
	Ser.T VENEZIA		Ser.T MESTRE		COMPLESSIVO	
	Valori assoluti	%	Valori assoluti	%	Valori assoluti	%
<b>ANNO IN CUI SI È INIZIATO A FARE USO DI SOSTANZE</b>						
1970-1979	11	20,75	21	20,58	32	20,6
1980-1989	27	50,94	68	66,66	95	61,4
1990-1999	15	28,31	13	12,76	28	18
<b>TOTALE</b>	<b>53</b> frequency missing=1	<b>100</b>	<b>104</b> frequency missing=2	<b>100</b>	<b>155</b> frequency missing=3	<b>100</b>
<b>ETÀ IN CUI SI È INIZIATO A FARE USO DI SOSTANZE</b>						
9-13	5	9,6	13	12,5	18	11,3
14-19	23	42,6	67	64,5	90	57
20-24	16	29,6	17	16,3	33	20,9
25-29	8	14,8	3	2,9	11	7
30-34	1	1,7	2	1,9	3	1,9
35-39	0	0	0	0	0	0
Non riposta	1	1,7	2	1,9	3	1,9
<b>TOTALE</b>	<b>54</b>	<b>100</b>	<b>104</b>	<b>100</b>	<b>158</b>	<b>100</b>

### 3.4 Eventuali ripercussioni negative e/o positive legate all'uso di sostanze

I dati raccolti con le domande successive sono di fondamentale importanza poiché è possibile trarre preziose informazioni sulla possibilità di evidenziare interconnessioni tra l'uso di sostanze e le eventuali ripercussioni positive e/o sull'attività lavorativa passata e/o attuale.

Alla domanda “Nel passato pensi che l'utilizzo di sostanze stupefacenti possa aver influito sul tuo lavoro?” ben più dei tre quarti, l'81,5% risponde in modo affermativo (fig. 8).

**Fig. 8 Distribuzione degli intervistati in relazione alla domanda: “ Nel passato pensi che l’utilizzo di sostanze possa aver influito sul tuo lavoro?”**



*Base totale campione Ser.T. Venezia – Ser.T. Mestre (=158 soggetti)*

Ai soggetti è stato chiesto inoltre di evidenziare, dando un ordine di preferenza (tab. 10), quali fossero gli aspetti positivi o gli aspetti negativi legati all'uso delle sostanze che percepivano essere influenti in passato sul proprio lavoro. I 128 soggetti rispondenti alla domanda precedente hanno riportato sia aspetti positivi che aspetti negativi elencandoli entrambi, mentre certi altri pur avendo risposto alla domanda generica dell'influenza sul lavoro delle sostanze, non hanno poi compilato le domande che avevano la finalità di rilevare più in dettaglio aspetti positivi e aspetti negativi sull'attività professionale. Ricorrere alle sostanze, influenza positivamente l'attività professionale per circa 39 utenti rispondenti (24.7% del campione totale).

Osserviamo con l'aiuto della tabella gli aspetti positivi che hanno registrato una frequenza più elevata. L'importanza massima è stata attribuita a due aspetti percepiti essere positivi in relazione all'attività lavorativa: l'aumento della sicurezza ha ottenuto il 26,8% delle preferenze di primo grado, e l'aumentata tolleranza ai ritmi di lavoro ha ottenuto il 24,4%.

**Tab. 10 Distribuzione degli intervistati in relazione alla domanda: “Se pensi che l’uso delle sostanze possa averti aiutato a svolgere il tuo lavoro quali sono gli aspetti positivi che hai riscontrato?”**

COMPLESSIVO								
QUALI SONO GLI ASPETTI POSITIVI CHE HAI RISCONTRATO?	MOLTA IMPORTANZA		MEDIA IMPORTANZA		MINIMA IMPORTANZA		TOTALE	
	Valori assoluti	%	Valori assoluti	%	Valori assoluti	%	Valori assoluti	%
1. <i>mi sentivo piu' sicuro</i>	11	26.8	6	15	9	24.3	26	66.1
2. <i>riuscivo a concentrarmi meglio</i>	4	9.8	5	12.5	1	2.7	10	25
3. <i>stavo piu' volentieri con i miei colleghi</i>	2	4.9	6	15	5	13.5	13	33.4
4. <i>tolleravo meglio i ritmi di lavoro</i>	10	24.4	6	15	4	10.8	20	50.2
5. <i>reggevo in modo piu' efficace la fatica</i>	0	0.00	2	5	5	13.5	7	18.5
6. <i>mi sentivo meno depresso</i>	2	4.9	4	10	4	10.8	10	25.8
7. <i>gestivo meglio l'ansia</i>	2	4.9	10	25	4	10.8	16	40.7
8. <i>mi alzavo con la voglia di andare a lavoro</i>	0	0.00	0	0.00	0	0.00	0	/
9. <i>altro</i>	10	24.4	1	2.5	5	13.5	16	40.4
<i>totale</i>	41	100	40	100	37	100	118	/

Sono 70 gli intervistati che specificano gli aspetti negati legati all’uso di sostanze stupefacenti, aspetti che influenzano anche l’attività lavorativa (tab. 11).

L’importanza massima (31,1%) viene attribuita al fatto che si viene ripresi perché si arriva tardi al lavoro, perché si è disattenti, poco interessati alle mansioni (17,2%), e si è in malattia per più di due giorni al mese (17,2%).

**Tab. 11 Distribuzione degli intervistati in relazione alla domanda: “Se pensi invece, che l’uso delle sostanze ti abbia creato difficoltà’, quali sono i problemi che hai incontrato più frequentemente.”**

								COMPLESSIVO	
QUALI SONO I PROBLEMI CHE HAI INCONTRATO PIU' FREQUENTEMENTE?	MOLTA IMPORTANZA		MEDIA IMPORTANZA		MINIMA IMPORTANZA		TOTALE		
	Valori assoluti	%	Valori assoluti	%	Valori assoluti	%	Valori assoluti	%	
1. venivo ripreso perche' arrivavo in ritardo al lavoro	29	31.1	8	11.9	4	8	41	51	
2. ero disattento, poco interessato alle mansioni	16	17.2	9	13.4	5	10	30	40.6	
3. rischiavo di farmi male	6	6.5	1	1.5	5	10	12	18	
4. ero in malattia per piu' di due giorni al mese	16	17.2	21	31.3	7	14	44	62.5	
5. ero in malattia per piu' di una volta in sei mesi	0	0.00	0	0.00	1	2	1	2	
6. rischiavo il licenziamento	9	9.7	15	22.4	12	24	36	56.1	
7. mi creavo inimicizie nell'ambito lavorativo	3	3.2	8	11.9	7	14	18	29.1	
8. venivo ripreso perche' producevo poco	0	0.00	4	6	4	8	8	14	
9. altro	14	15.1	1	1.5	5	10	20	26.6	
<i>totale</i>	93	/	67	/	50		210		

### 3.5 Esperienze nel rapporto con il mondo del lavoro durante l’assunzione del trattamento farmacologico sostitutivo

Alla domanda “Se attualmente lavori, chi è a conoscenza della tua tossicodipendenza?” rispondono 72 intervistati sui 78 che attualmente stanno lavorando (tab. 12). Il 44,4 % dichiara che nessuno del luogo di lavoro conosce il passato di tossicodipendenza e la condizione attuale di assunzione della terapia farmacologia sostitutiva ( metadone). Il 41,6% dichiara che la propria condizione è conosciuta da datore di lavoro e colleghi.

**Tab. 12 Distribuzione degli intervistati in relazione alla domanda “Se attualmente lavori, chi è a conoscenza della tua tossicodipendenza?”.**

	Ser.T VENEZIA		Ser.T MESTRE		COMPLESSIVO	
	Valori assoluti	%	Valori assoluti	%	Valori assoluti	%
<i>SE ATTUALMENTE LAVORI, CHI È A CONOSCENZA DELLA TUA TOSSICODIPENDENZA?</i>						
<b>1. datore</b>	<b>6</b>	<b>31.6</b>	<b>9</b>	<b>17</b>	<b>15</b>	<b>20.8</b>
<b>2. alcuni colleghi</b>	<b>2</b>	<b>10.5</b>	<b>4</b>	7.5	<b>6</b>	<b>8.3</b>
<b>3. nessuno</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>32</b>	60.4	<b>32</b>	<b>44.4</b>
<b>4. Datori di lavoro e colleghi</b>	<b>6</b>	<b>31.6</b>	<b>3</b>	5.7	<b>9</b>	<b>12.5</b>
<b>1. altro</b>	<b>5</b>	<b>26.3</b>	<b>5</b>	9.4	<b>10</b>	<b>13.9</b>
<b>TOTALE</b>	19	100	53	100	72	<b>100</b>

frequency missing = (4 dal campione – Venezia - 2 dal campione – Mestre)

Alla domanda “Nel lavoro che svolgi attualmente ritrovi gli stessi problemi che hai avuto in passato?” (tab. 13) quasi il 60% del campione complessivo afferma che nel lavoro attuale non ha problemi rispetto al passato, mentre il restante terzo si distribuisce in modo diverso nelle altre categorie di risposta considerate: problemi diversi rispetto al passato per il 23.4%, alcuni problemi per il 10.4% e gli stessi problemi del passato per il 6.5%.

Come si può osservare dalla tabella il 49,1% degli intervistati presso il Ser.T di Mestre dichiara di non avere mai avuto problemi neanche con i lavori passati contro il 18,2% degli intervistati presso il Ser.T di Venezia. Il 45,5% degli intervistati a Venezia riporta di non avere gli stessi problemi rispetto al passato contro il 9,1% degli intervistati del Ser.T di Mestre (tab. 13).

**Tab. 13 Distribuzione degli intervistati in relazione alla domanda “Nel lavoro che svolgi attualmente ritrovi gli stessi problemi che avevi in passato?”.**

	Ser.T VENEZIA		Ser.T MESTRE		COMPLESSIVO	
	Valori assoluti	%	Valori assoluti	%	Valori assoluti	%
<i>NEL LAVORO CHE SVOLGI ATTUALMENTE RITROVI GLI STESSI PROBLEMI CHE AVEVI IN PASSATO?</i>						
<b>1. no, non ho mai avuto problemi neanche in passato</b>	<b>4</b>	<b>18.2</b>	<b>27</b>	<b>49.1</b>	<b>31</b>	<b>40.3</b>
<b>2. no, non ho gli stessi problemi</b>	<b>10</b>	<b>45.5</b>	<b>5</b>	9.1	<b>15</b>	<b>19.5</b>
<b>3. si, alcuni</b>	<b>5</b>	<b>22.7</b>	<b>3</b>	5.4	<b>8</b>	<b>10.4</b>
<b>4. si, gli stessi</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>5</b>	9.1	<b>5</b>	<b>6.5</b>
<b>5. si, ma diversi</b>	<b>3</b>	<b>13.6</b>	<b>15</b>	27.3	<b>18</b>	<b>23.4</b>
<b>6. si, di piu'</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	0	<b>0</b>	<b>0</b>
<i>totale</i>	<b>22</b>	<b>100</b>	<b>55</b>	<b>100</b>	<b>77</b>	<b>100</b>

frequency missing = 1 (dal campione di venezia)

### **3.6 Possibile compatibilita' tra assunzione di sostanze, il non ricorso ai servizi e l'attivit  lavorativa in corso**

Le domande dell'ultima sezione del questionario hanno un carattere ipotetico/previsionale in quanto si   cercato di estendere anche alla parte sommersa le osservazioni effettuate nel nostro gruppo di soggetti. Quest'ultima parte del questionario non ha la pretesa di essere uno strumento di misurazione capace di stimare in modo attendibile il fenomeno sommerso (costituito da coloro i quali pur facendo uso di sostanze, non ricorrono ai Servizi per le Tossicodipendenze e quindi non sono conosciuti dal Servizio pubblico). Capire per  ci  che succede al di fuori dei servizi istituzionali preposti al contrasto della tossicodipendenza   fondamentale per la comprensione del fenomeno droga in generale e in particolare sul rapporto lavoro-tossicodipendenza. Si   cercato con le ultime domande di affrontare il tema della possibile compatibilit  tra l'esperienza della droga e la conduzione di uno stile di vita "normale".

E' bene sottolineare che i dati emersi e qui riportati in modo riassuntivo sono l'espressione della visione del fenomeno, cos  come viene percepito da una parte del sistema sociale, qui rappresentato dal nostro gruppo di soggetti, persone che ricordiamo essere un sottoinsieme particolare di tossicodipendenti (quelli cio  in carico al Ser.T per l'assunzione di metadone). Le rappresentazioni sociali, risultato di stime e percezioni personali, rappresentano il modo in cui determinati comportamenti vengono vissuti e interpretati e costituiscono, a nostro avviso, informazioni conoscitive che non debbono essere trascurate.

Alla domanda "tra amici e conoscenti che frequenti ci sono persone che usano sostanze stupefacenti e lavorano?", risponde la quasi totalit  del campione (98.7%) e nello specifico il 75.6% risponde in modo affermativo (tab. 14).

**Tab. 14 Distribuzione degli intervistati in relazione alla domanda: “ Tra gli amici o conoscenti che frequenti ci sono persone che usano sostanze stupefacenti e lavorano?”**

	Ser.T VENEZIA		Ser.T MESTRE		COMPLESSIVO	
	Valori assoluti	%	Valori assoluti	%	Valori assoluti	%
<i>TRA GLI AMICI O CONOSCENTI CHE FREQUENTI CI SONO PERSONE CHE USANO SOSTANZE STUPEFACENTI E LAVORANO?</i>						
<b>1. si</b>	<b>39</b>	<b>72.2</b>	<b>79</b>	<b>77.4</b>	<b>118</b>	<b>75.6</b>
<b>2. no</b>	<b>15</b>	<b>27.8</b>	<b>23</b>	22.6	<b>38</b>	<b>24.4</b>
<b>3. non lo so</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	0	<b>0</b>	<b>0</b>
<i>Totale</i>	54	100	102	100	156 frequency missing= 2	100

Sono 118 (75,6%) le persone che rispondono di avere amici o conoscenti che usano sostanze stupefacenti e che hanno un'attività lavorativa in corso. A questo gruppo è stato chiesto di stimare il numero delle persone che conoscono e che presentano le caratteristiche considerate. I 110 soggetti hanno risposto di conoscere un totale di 1581 soggetti che pur facendo uso di sostanze stupefacenti lavorano. Una persona tra queste risponde di non essere in grado di dare una stima. Segue la tabella in cui si evidenzia la distribuzione del numero degli amici o conoscenti che usano sostanze stupefacenti e lavorano.

Alle 110 persone si è poi chiesto di segnalare quante delle persone indicate non si sono mai rivolte ai Servi per le Tossicodipendenze. In 86 persone hanno risposto di conoscere 798 amici e/o conoscenti che non si sono mai rivolti ai Servizi pubblici. Gli stessi 86 rispondenti avevano segnalato nella domanda precedente di conoscere un totale di 1204 persone che ricorrono alle sostanze stupefacenti e lavorano (vedi tab. 18).Ne deriva quindi, che in riferimento al sottocampione (86 soggetti rispondenti) il 66,28% ossia quasi i tre quarti delle persone conosciute non si sono mai rivolte ai Ser.T.

Questo a nostro avviso rappresenta una stima del numero oscuro, il numero cioè dei soggetti che pur facendo uso di sostanze, lavorano e non sono conosciuti dai Servizi preposti al contrasto per le Tossicodipendenze.

Le domande che seguono hanno la finalità di approfondire la conoscenza di come questi amici e/o conoscenti che pur facendo o di sostanze lavorano, vengano percepiti dai soggetti della nostra ricerca. Sono 104 i soggetti che rispondono a questa domanda. Il 36% dichiara che la sostanza maggiormente utilizzata dai loro amici e/o conoscenti è l'eroina; il 23% dichiara che i loro amici assumono più sostanze psicotrope insieme; il 19% cannabinoidi e metadone; il 13% eroina e cocaina.

**Tab. 15 Distribuzione degli intervistati in relazione alla domanda “ Qual è la sostanza che questi conoscenti usano con maggiore frequenza?”**

<i>QUAL E' LA SOSTANZA CHE QUESTI CONOSCENTI USANO CON MAGGIORE FREQUENZA?</i>	<i>Ser.T VENEZIA</i>		<i>Ser.T MESTRE</i>		<i>COMPLESSIVO</i>	
	<b>Valori assoluti</b>	<b>%</b>	<b>Valori assoluti</b>	<b>%</b>	<b>Valori assoluti</b>	<b>%</b>
<b>1. cocaina</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>2</b>	<b>2.8</b>	<b>2</b>	<b>2</b>
<b>2. eroina</b>	<b>9</b>	<b>28.1</b>	<b>29</b>	40.3	<b>38</b>	<b>36</b>
<b>3. temgesic</b>	<b>1</b>	<b>3.1</b>	<b>0</b>	0	<b>1</b>	<b>1</b>
<b>4. cocaina – eroina</b>	<b>3</b>	<b>9.4</b>	<b>10</b>	13.9	<b>13</b>	<b>13</b>
<b>5. eroina – temgesic</b>	<b>1</b>	<b>3.1</b>	<b>3</b>	4.2	<b>4</b>	<b>4</b>
<b>6. eroina – psicofarmaci</b>	<b>1</b>	<b>3.1</b>	<b>0</b>	0	<b>1</b>	<b>1</b>
<b>7. temgesic – alcol</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>1</b>	1.39	<b>1</b>	<b>1</b>
<b>8. altro: metadone cannabinoidi</b>	<b>5</b>	<b>15.6</b>	<b>15</b>	20.8	<b>20</b>	<b>19</b>
<b>9. poliassunzioni</b>	<b>12</b>	<b>37.6</b>	<b>12</b>	16.7	<b>24</b>	<b>23</b>
<b>totale</b>	<b>32</b>	<b>100</b>	<b>72</b>	<b>100</b>	<b>104</b>	<b>100</b>

Frequency missing= 54

Rispetto al momento in cui utilizzano le sostanze (tab. 16) il 33.6% degli intervistati dichiara che non è in grado di poterlo dire, mentre il 25.9% afferma che le persone di propria conoscenza ricorrono alle sostanze sempre, ogni volta che ne sentono la necessità, per cui anche quando lavorano.

**Tab. 16 Distribuzione degli intervistati in relazione alla domanda: “ Quando fanno uso della sostanza?”**

<i>QUANDO FANNO USO DELLA SOSTANZA?</i>	<i>Ser.T VENEZIA</i>		<i>Ser.T MESTRE</i>		<i>COMPLESSIVO</i>	
	<i>Valori assoluti</i>	<i>%</i>	<i>Valori assoluti</i>	<i>%</i>	<i>Valori assoluti</i>	<i>%</i>
<b>1. prima del lavoro</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>15</b>	<b>19</b>	<b>15</b>	<b>12.9</b>
<b>2. durante il lavoro</b>	<b>5</b>	<b>13.5</b>	<b>2</b>	2.5	<b>7</b>	<b>6.0</b>
<b>3. dopo il lavoro</b>	<b>1</b>	<b>2.7</b>	<b>10</b>	12.7	<b>11</b>	<b>9.5</b>
<b>4. prima e dopo il lavoro</b>	<b>2</b>	<b>5.5</b>	<b>1</b>	1.2	<b>2</b>	<b>1.7</b>
<b>5. prima dopo e durante</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>10</b>	12.7	<b>10</b>	<b>8.6</b>
<b>6. sempre</b>	<b>5</b>	<b>13.5</b>	<b>25</b>	31.7	<b>30</b>	<b>25.9</b>
<b>7. altro</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>1</b>	<b>1.2</b>	<b>2</b>	<b>1.8</b>
<b>8. non so</b>	<b>24</b>	<b>64.8</b>	<b>15</b>	<b>19</b>	<b>39</b>	<b>33.6</b>
<i>totale</i>	37	100.0	79	100	116	100.0

*Frequency missing= 42*

Il 44.9% degli intervistati (tab. 17) dichiara che queste persone sono in grado di svolgere il loro lavoro in modo adeguato. Il 12.7% afferma invece di ritenere che le persone conosciute che usano sostanze e lavorano non sono in grado di svolgere il loro lavoro proprio in relazione all'uso di sostanze.

**Tab. 17 Distribuzione degli intervistati in relazione alla domanda “Ritieni le prestazioni lavorative dei tuoi amici che fanno uso di sostanze, adeguate?”.**

	Ser.T VENEZIA		Ser.T MESTRE		COMPLESSIVO	
	Valori assoluti	%	Valori assoluti	%	Valori assoluti	%
<i>RITIENI LE PRESTAZIONE LAVORATIVE DEI TUOI AMICI CHE FANNO USO DI SOSTANZE, ADEGUATE?</i>						
1. <b>Si</b>	7	18,9	46	58,2	53	44,9
2. <b>In parte</b>	6	16,2	19	24	25	21,2
3. <b>No</b>	3	8,1	12	15,2	15	12,7
4. <b>3</b>					2	1,7
5. <b>Non lo so</b>	21	56,8	2	2,6	23	19,5
<b>Totale</b>	37	100	79	100	118	100

Frequency missing= 42

Il 42,7% degli intervistati (N=117 intervistati rispondenti) dichiara (tab. 18) che questi amici lavorano in regola. In particolare più della metà degli intervistati presso il Ser.T. di Mestre (51,9%) ritiene che gli amici che usano sostanze e hanno un'attività lavorativa, lavorano in regola rispetto al 25% degli intervistati presso il Ser.T. di Venezia. Il 50,5% degli intervistati (N= 99 soggetti rispondenti) dichiara che questi amici lavorano in ambito privato e il 14,1% nelle cooperative sociali.

**Tab. 18 Distribuzione degli intervistati in relazione alla domanda “La maggior parte dei tuoi conoscenti che fanno uso di sostanze, che rapporto di lavoro ha?”**

	Ser.T VENEZIA		Ser.T MESTRE		COMPLESSIVO	
	Valori assoluti	%	Valori assoluti	%	Valori assoluti	%
<i>LA MAGGIOR PARTE DEI TUOI CONOSCENTI CHE FANNO USO DI SOSTANZE, CHE RAPPORTO DI LAVORO HA?</i>						
1. <b>in regola</b>	10	25	40	51.9	50	42.7
2. <b>non in regola</b>	3	7.5	3	3.9	6	5.1
3. <b>alcuni in regola, altri no</b>	8	20	29	37.7	37	31.6
4. <b>altro</b>	1	2.5	0	0	1	0.9
5. <b>non lo so</b>	18	20.25	5	6.5	23	19.7
<b>TOTALE</b>	40	100	77	100	117	100

Frequency missing = 41

## **4. Analisi statistiche**

I dati ottenuti sono quindi stati ulteriormente elaborati e disaggregati per ciascun Servizio per le Tossicodipendenze. Sono state valutate le seguenti associazioni, qui di seguito elencate:

- Classi di età/con chi vivi
- Con chi vivi/hai figli
- Hai figli/sexo
- Anni scolarità/classi di età
- Titolo di studio/sexo
- Anni di scolarità/sexo
- Classi di età/categorie lavoro
- Anni di scolarità/categorie lavoro
- Liste di collocamento/in qual ambito lavori
- Invalidità civile /in quale ambito lavori
- Categoria protetta/in quale ambito lavori
- Rapporto di lavoro/in qual ambito lavori
- Rapporto di lavoro/come lavori
- In quale ambito lavori/che tipo di lavoro
- In quale ambito lavori/che tipo di lavoro/lavoro soddisfa = no
- In quale ambito lavori/che tipo di lavoro/lavoro = sì
- Categorie lavoro/chi è a conoscenza della tossicodipendenza
- Rapporto lavoro degli amici/in quale ambito lavorano

L'analisi statistica ha prodotto una visione globale alquanto complessa per cui abbiamo provveduto a suddividere le associazioni stesse sulla base della significatività emergente tra le variabili considerate.

- a) esistenza di differenze significative
- b) non esistenza di differenze significative

Per stabilire la significatività delle differenze si è fatto ricorso al metodo parametrico del “Chi Quadro” e al Fisher's Exact Test, considerando come valore critico per il rifiuto dell'ipotesi nulla  $\alpha=.05$ .

### **3.1. Esistenza di differenze significative**

Considerando il campione costituito dai 158 soggetti intervistati presso il Ser.T. di Venezia e Mestre sono emerse differenze significative per quanto riguarda l'associazione tra la variabile “tipo di convivenza” e la variabile “genitorialità”.

Disaggregando i dati emersi per ogni Ser.T di riferimento, differenze significative sono emerse solo presso il Ser.T. di Mestre.

Quasi un terzo (31,01%) degli intervistati è genitore (49 soggetti su 158).

Più della metà (56,33%) degli intervistati vive ancora con la propria famiglia di origine. Vale la pena di osservare che un quinto di loro (19 persone; 21,35%) è genitore e verosimilmente si può dedurre che queste persone possano trovare nei familiari un supporto importante per l'accudimento dei propri figli.

Di tutti gli intervistati sono 5 le persone che hanno figli ( 10,20% di tutti coloro hanno figli) e che vivono da soli. Questo è numero esiguo da un punto di vista statistico ma che rappresenta un dato molto importante se pensiamo allo stato in cui si trova il genitore.

Sono 13 gli intervistati che hanno realizzato un nucleo familiare con figli propri (7 presso il Ser.T di Venezia e 6 presso il Ser.T di Mestre).

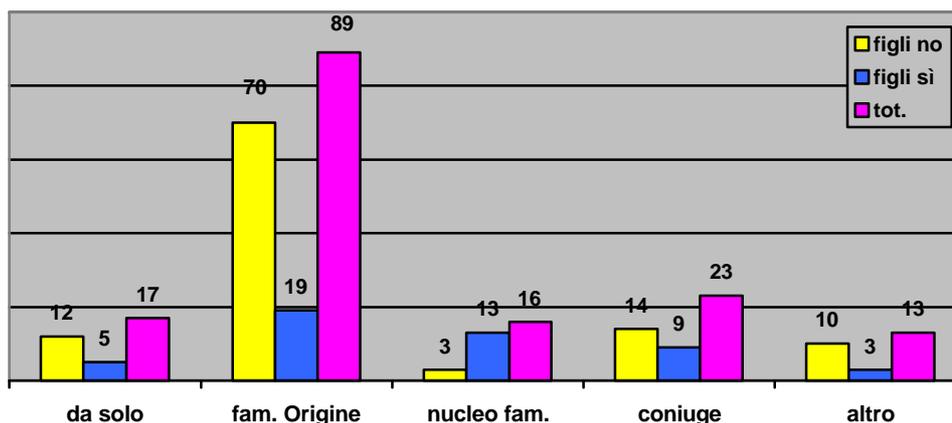
Sono 23 le persone che vivono con il proprio compagno. Più di un terzo di loro (39,13%) ha figli.

Disaggregando i dati per Ser.T. si evidenzia che gli utenti genitori del Ser.T di Venezia sono 20 e rappresentano più di un terzo (37,04%) dei soggetti intervistati presso il Servizio rispetto gli utenti genitori del Ser.T. di Mestre che sono 29 e che rappresentano il 28% degli intervistati dello stesso Servizio.

Un solo intervistato presso il Ser.T. di Venezia vive in comunità terapeutica ed è genitore, mentre a Mestre 12 intervistati risiedono in Comunità residenziali e due di loro hanno figli.

Per una lettura dettagliata si rimanda ai dati della tabella.

**Fig. 9 Distribuzione degli intervistati in relazione all'associazione "Tipo di convivenza e genitorialità"**



Base totale campione Ser.T. Venezia – Ser.T. Mestre (=158 soggetti)

**Tab. 19 "Distribuzione degli intervistati relativa all'associazione "Convivenza/genitorialità".**

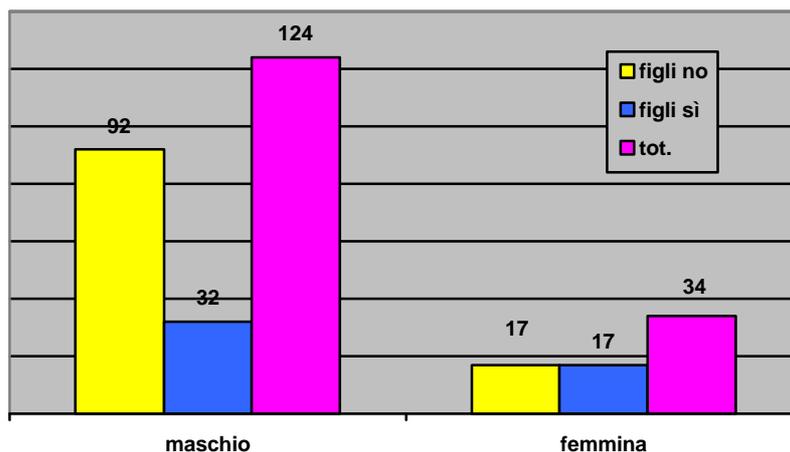
Freq Perc Row Pct Col Pct	Ser.T VENEZIA – 54 UTENTI			Ser.T MESTRE – 104 UTENTI			Campione complessivo		
	NO FIGLI	SI FIGLI	TOTALE	NO FIGLI	SI FIGLI	TOT	NO FIGLI	SI FIGLI	TOTALE
D) DA SOLO	4 7.41 80.00 11.76	1 1.85 20.00 5.00	5 1.85	8 7.69 66.67 10.67	4 3.85 33.33 13.79	12 11.54	12 7.59 70.59 11.01	5 3.16 29.41 10.20	17 10.76
FAMIGLIA D'ORIGINE	21 38.89 75.00 61.76	7 12.96 25.00 35.00	28 51.85	49 47.12 80.33 65.33	12 11.54 19.67 41.38	61 58.65	70 44.30 78.65 64.22	19 12.03 21.35 38.78	89 56.33
NUCLEO FAMILIARE	3 5.56 30.00 8.82	7 12.96 70.00 35.00	10 18.52	0 0.00 0.00 0.00	6 5.77 100.00 20.69	6 5.77	3 1.90 18.75 2.75	13 8.23 81.25 26.53	16 10.13
PARTNER/ CONIUGE	6 11.11 60.00 17.65	4 7.41 40.00 20.00	10 18.52	8 7.69 61.54 10.67	5 4.81 38.46 17.24	13 12.50	14 8.86 60.87 12.84	9 5.70 39.13 18.37	23 14.56
E) ALTRO	0 0.00 0.00 0.00	1 1.85 100.00 5.00	1 1.85	10 9.62 83.33 13.33	2 1.92 16.67 6.90	12 11.54	10 6.33 76.92 9.17	3 1.90 23.08 6.12	13 8.23
<b>TOTALE</b>	<b>34</b> <b>62.96</b>	<b>20</b> <b>37.04</b>	<b>54</b> <b>100.00</b>	<b>75</b> <b>72.12</b>	<b>29</b> <b>27.88</b>	<b>104</b> <b>100.00</b>	<b>109</b> <b>68.99</b>	<b>49</b> <b>31.01</b>	<b>158</b> <b>100.00</b>

Considerando sempre il campione totale di 158 soggetti intervistati presso il Ser.T. di Venezia e Mestre sono emerse differenze significative per quanto riguarda l'associazione tra la variabile "sesso" e la variabile "genitorialità".

I maschi rappresentano il 78.48% di tutti gli intervistati (tre quarti dell'intero campione) e un quarto di loro è genitore (25.81%). Le femmine rappresentano il 21.52% del campione complessivo e metà di esse ha figli. Non ci sono differenze tra le due realtà locali.

Naturalmente si denota la differenza di genere. Il 50% delle donne del nostro campione ha figli, mentre solo quasi il 25% degli uomini è genitore.

**Fig. 10 Distribuzione degli intervistati per l'associazione "genere sessuale e genitorialità"**



Base totale campione Ser.T. Venezia – Ser.T. Mestre (=158 soggetti)

**Tab. 20 Distribuzione degli intervistati per l'associazione "genere sessuale e genitorialità"**

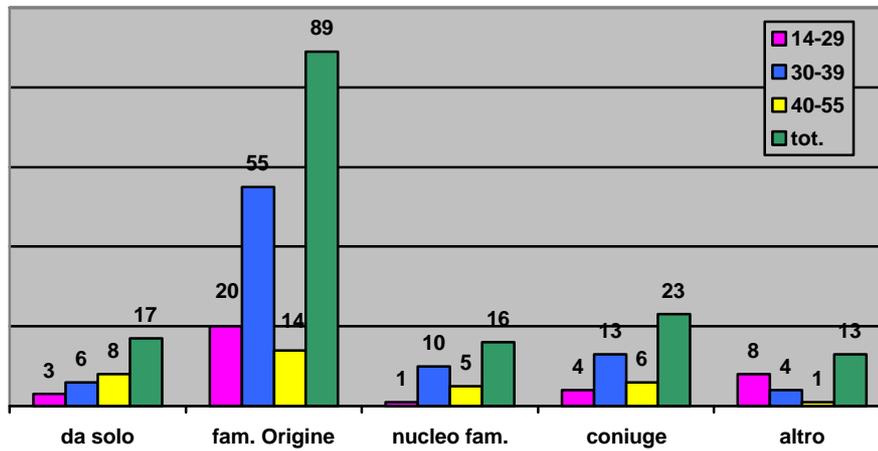
Freq Perc Row Pct Col Pct	Ser.T VENEZIA – 54 UTENTI			Ser.T MESTRE – 104 UTENTI			Campione complessivo		
	NO FIGLI	SI FIGLI	TOTALE	NO FIGLI	SI FIGLI	TOTALE	NO FIGLI	SI FIGLI	TOTALE
MASCHI	30 55.56 68.18 88.24	14 25.93 31.82 70.00	44 81.48	62 59.62 77.50 82.67	18 17.31 22.50 62.07	80 76.92	92 58.23 74.19 84.40	32 20.25 25.81 65.31	124 78.48
FEMMINE	4 7.41 40.00 11.76	6 11.11 60.00 30.00	10 18.52	13 12.50 54.17 17.33	11 10.58 45.83 37.93	24 23.08	17 10.76 50.00 15.60	17 10.76 50.00 34.69	34 21.52
TOTALE	34 62.96	20 37.04	54 100.00	75 72.12	29 27.88	104 100.00	109 68.99	49 31.01	158 100.00

Sono state riscontrate differenze significative per quanto riguarda l'associazione tra la variabile "tipo di convivenza" e la variabile "classe di età" con riferimento a tutto il campione complessivo costituito dagli intervistati dei due Ser.T. Disaggregando i dati emersi per ogni Ser.T di riferimento, differenze significative sono emerse solo presso il Ser.T. di Mestre. Come si può notare gli intervistati che hanno dai 30 ai 39 anni di età rappresentano il 55.70% di tutti gli intervistati. Ben il 62,50% di essi vive ancora con la propria famiglia di origine, il 14,77% vive con il coniuge o il partner, l'11,36% ha realizzato un proprio nucleo familiare e solo il 6,82% vive da solo. Ancora, il 41,18% di coloro i quali hanno dai 40 ai 55 anni che rappresentano il 21,52% di tutti gli intervistati vive con la famiglia di origine, il 17,65% vive con il proprio compagno e il 14,71% ha realizzato un proprio nucleo familiare, il 23,53% vive da solo.

Come si può desumere dai dati proposti nelle tabelle emergono differenze importanti per quanto riguarda la condizione familiare degli intervistati presso i due Ser.T. Gli intervistati del Ser.T di Mestre che hanno, in particolare dai 40 ai 55 anni di età, si distribuiscono con percentuali piuttosto diverse rispetto agli intervistati del Ser.T di Venezia. Infatti il 33,33% vive da solo contro il 15,79%, il 46,67% vive con la

propria famiglia di origine contro il 36,84%, nessuno a Mestre ha realizzato un proprio nucleo familiare contro il 26,32% (cioè non ha figli), il 20% vive con il proprio compagno contro il 15,79%, nessuno a Mestre a questa età vive in comunità contro il 5,26% a Venezia. Anche per la classe di età dei dai 30 ai 39 anni di età ci sono piccole differenze che vale la pena di desumere dalla tabella.

**Fig. 11 Distribuzione degli intervistati per l'associazione "Classi di età/Con chi vivi"**



Base totale campione Ser.T. Venezia – Ser.T. Mestre (=158 soggetti)

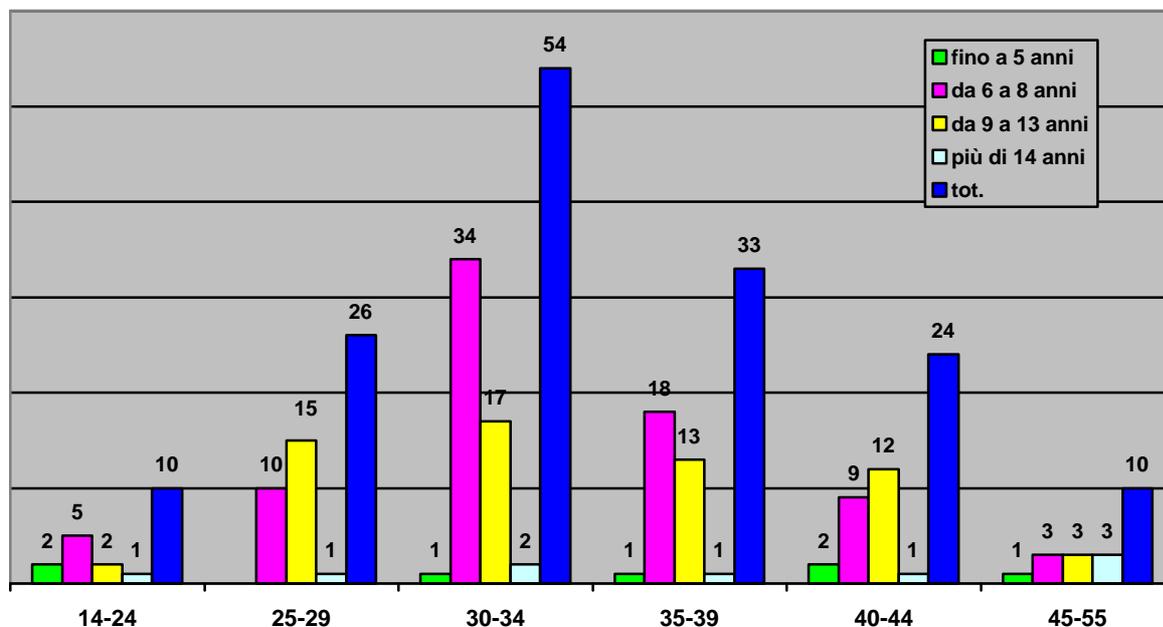
**Tab. 21 Distribuzione degli intervistati per l'associazione "Classi di età/Con chi Vivi".**

<i>campione complessivo</i>						
Freq Perc Row Pct Col Pct	DA SOLO	FAMIGLIA D'ORIGINE	NUCLEO FAMIGLIARE	PARTNER/ CONIUGE	ALTRO	TOTALE
14 – 29	3 1.90 8.33 17.65	20 12.66 55.56 22.47	1 0.63 2.78 6.25	4 2.53 11.11 17.39	8 5.06 22.22 61.54	36 22.78
30-39	6 3.80 6.82 35.29	55 34.81 62.50 61.80	10 6.33 11.36 62.50	13 8.23 14.77 56.52	4 2.53 4.55 30.77	88 55.70
40-55	8 5.06 23.53 47.06	14 8.86 41.18 15.73	5 3.16 14.71 31.25	6 3.80 17.65 26.09	1 0.63 2.94 7.69	34 21.52
<b>TOTALE</b>	17 10.76	89 56.33	16 10.13	23 14.56	13 8.23	158 100.00
<i>Ser.T di Venezia</i>						
Freq Perc Row Pct Col Pct	DA SOLO	FAMIGLIA D'ORIGINE	NUCLEO FAMIGLIARE	PARTNER/ CONIUGE	ALTRO	TOTALE
14 – 29	1 1.85 10.00 20.00	6 11.11 60.00 21.43	1 1.85 10.00 10.00	2 3.70 20.00 20.00	0 0.00 0.00 0.00	10 18.52
30-39	1 1.85 4.00 20.00	15 27.78 60.00 53.57	4 7.41 16.00 40.00	5 9.26 20.00 50.00	0 0.00 0.00 0.00	25 46.30
40-55	3 5.56 15.79 60.00	7 12.96 36.84 25.00	5 9.26 26.32 50.00	3 5.56 15.79 30.00	1 1.85 5.26 100.00	19 35.19
<b>TOTALE</b>	5 9.26	28 51.85	10 18.52	10 18.52	1 1.85	54 100.00
<i>Ser.T di Mestre</i>						
Freq Perc Row Pct Col Pct	DA SOLO	FAMIGLIA D'ORIGINE	NUCLEO FAMIGLIARE	PARTNER/ CONIUGE	ALTRO	TOTALE
14 – 29	2 1.92 7.69 16.67	14 13.46 53.85 22.95	0 0.00 0.00 0.00	2 1.92 7.69 15.38	8 7.69 30.77 66.67	26 25.00
30-39	5 4.81 7.94 41.67	40 38.46 63.49 65.57	6 5.77 9.52 100.00	8 7.69 12.70 61.54	4 3.85 6.35 33.33	63 60.58
40-55	5 4.81 33.33 41.67	7 6.73 46.67 11.48	0 0.00 0.00 0.00	3 2.88 20.00 23.08	0 0.00 0.00 0.00	15 14.42
<b>TOTALE</b>	12 11.54	61 58.65	6 5.77	13 12.50	12 11.54	104 100.00

Sono state riscontrate differenze significative per quanto riguarda l'associazione tra la variabile "anni di scolarità" e la variabile " classe di età" nel campione complessivo costituito dagli intervistati dei due Ser.T. Disaggregando i dati emersi per ogni Ser.T di riferimento, differenze significative sono emerse solo presso il Ser.T. di Mestre . Per quanto riguarda questa associazione "anni di scolarità/classi di età" si ha modo di osservare che all'aumentare dell'età tendono a diminuire anche gli anni impegnati nell'attività scolastica. In particolare si vuole evidenziare che la fascia di età dai 30 ai 34 anni, che costituisce quasi un terzo di tutto il campione (34.39%), registra le frequenze assolute più elevate nella categoria "dai sei agli otto anni di scolarità" (62.96%) (titolo di terza media). Comparando la fascia di età dai 25 ai 29 anni abbiamo modo di osservare che ben il 57.69% dei soggetti ha un titolo di scuola professionale rispetto ai 31.48% dei soggetti dai 30 ai 34 anni.

Per quanto riguarda gli intervistati del Ser.T di Venezia colpisce un dato rispetto la variabile età. Coloro i quali hanno impegnato dai 9 ai 13 anni allo studio, si differenziano per quanto riguarda gli anni di età; la percentuale è infatti del 29,41% per coloro che hanno dai 30 ai 34 anni e del 57,14% dei soggetti che hanno dai 35 ai 39 anni e ancora del 30,77% per coloro i quali hanno dai 40 ai 44 anni di età. Presso il Ser.T di Mestre i dati rilevati rispetto a questa categoria rilevano una distribuzione diversa e colpisce il fatto che il 72,73% di coloro i quali hanno dai 9 ai 13 anni di scolarità, hanno un'età dai 40 ai 44 anni.

**Fig. 12** Distribuzione degli intervistati per l'associazione "Anni di scolarità/classi di età"



Base totale campione Ser.T. Venezia – Ser.T. Mestre (= 158 soggetti)

**Tab. 22 Distribuzione degli intervistati per l'associazione "anni di scolarità e classi di età"**

Freq Perc Row Pct Col Pct	<i>campione complessivo -</i>						TOTALE
	14 - 24	25 - 29	30 - 34	35 - 39	40 - 44	45 - 55	
FINO A 5 ANNI	2 1.27 28.57 20.00	0 0.00 0.00 0.00	1 0.64 14.29 1.85	1 0.64 14.29 3.03	2 1.27 28.57 8.33	1 0.64 14.29 10.00	7 4.46
DA 6 A 8 ANNI	5 3.18 6.33 50.00	10 6.37 12.66 38.46	34 21.66 43.04 62.96	18 11.46 22.78 54.55	9 5.73 11.39 37.50	3 1.91 3.80 30.00	79 50.32
DA 9 A 13 ANNI	2 1.27 3.23 20.00	15 9.55 24.19 57.69	17 10.83 27.42 31.48	13 8.28 20.97 39.39	12 7.64 19.35 50.00	3 1.91 4.84 30.00	62 39.49
PIU' DI 14 ANNI	1 0.64 11.11 10.00	1 0.64 11.11 3.85	2 1.27 22.22 3.70	1 0.64 11.11 3.03	1 0.64 11.11 4.17	3 1.91 33.33 30.00	9 5.73
<b>TOTALE</b>	<b>10</b> 6.37	<b>26</b> 16.56	<b>54</b> 34.39	<b>33</b> 21.02	<b>24</b> 15.29	<b>10</b> 6.37	<b>157</b> 100.00

FREQUENCY MISSING = 1

Freq Perc Row Pct Col Pct	<i>campione di Venezia - 54 utenti</i>						TOTALE
	14 - 24	25 - 29	30 - 34	35 - 39	40 - 44	45 - 55	
FINO A 5 ANNI	0 0.00 0.00 0.00	0 0.00 0.00 0.00	0 0.00 0.00 0.00	1 1.89 33.33 14.29	2 3.77 66.67 15.38	0 0.00 0.00 0.00	3 5.66
DA 6 A 8 ANNI	3 5.66 11.11 100.00	2 3.77 7.41 28.57	10 18.87 37.04 58.82	2 3.77 7.41 28.57	7 13.21 25.93 53.85	3 5.66 11.11 50.00	27 50.94
DA 9 A 13 ANNI	0 0.00 0.00 0.00	5 9.43 25.00 71.43	5 9.43 25.00 29.41	4 7.55 20.00 57.14	4 7.55 20.00 30.77	2 3.77 10.00 33.33	20 37.74
PIU' DI 14 ANNI	0 0.00 0.00 0.00	0 0.00 0.00 0.00	2 3.77 66.67 11.76	0 0.00 0.00 0.00	0 0.00 0.00 0.00	1 1.89 33.33 16.67	3 5.66
<b>TOTALE</b>	<b>3</b> 5.66	<b>7</b> 13.21	<b>17</b> 32.08	<b>7</b> 13.21	<b>13</b> 24.53	<b>6</b> 11.32	<b>53</b> 100.00

Freq Perc Row Pct Col Pct	campione di Mestre – 104 utenti							
	14 - 24	25 - 29	30 - 34	35 - 39	40 - 44	45 - 55	TOTALE	
FINO A 5 ANNI	2 1.92 50.00 28.57	0 0.00 0.00 0.00	1 0.96 25.00 2.70	0 0.00 0.00 0.00	0 0.00 0.00 0.00	0 0.00 0.00 0.00	1 0.96 25.00 25.00	4 3.85
DA 6 A 8 ANNI	2 1.92 3.85 28.57	8 7.69 15.38 42.11	24 23.08 46.15 64.86	16 15.38 30.77 61.54	2 1.92 3.85 18.18	0 0.00 0.00 0.00	0 0.00 0.00 0.00	52 50.00
DA 9 A 13 ANNI	2 1.92 4.76 28.57	10 9.62 23.81 52.63	12 11.54 28.57 32.43	9 8.65 21.43 34.62	8 7.69 19.05 72.73	1 0.96 2.38 25.00	1 0.96 2.38 25.00	42 40.38
PIU' DI 14 ANNI	1 0.96 16.67 14.29	1 0.96 16.67 5.26	0 0.00 0.00 0.00	1 0.96 16.67 3.85	1 0.96 16.67 9.09	2 1.92 33.33 50.00	2 1.92 33.33 50.00	6 5.77
TOTALE	7 6.73	19 18.27	37 35.58	26 25.00	11 10.58	4 3.85	104 100.00	

### 3.2 . Non esistenza di differenze significative

Per le associazioni, di seguito riportate, non sono emerse differenze statisticamente significative.

- Titolo di studio/sexo
- Anni di scolarità/sexo
- Classi di età/categorie lavoro
- Anni di scolarità/categorie lavoro
- Liste di collocamento/in qual ambito lavori
- Invalidità civile /in qual ambito lavori
- Categoria protetta/in quale ambito lavori
- Rapporto di lavoro/in qual ambito lavori
- Rapporto di lavoro/come lavori
- In quale ambito lavori/che tipo di lavoro
- In quale ambito lavori/che tipo di lavoro/lavoro soddisfa = no
- Classi di durata dell'uso di sostanza/classe di durata dei lavori (1°-2°-3°-4°-5°-6°-7°)
- Classi di durata dell'uso di sostanza/perché sono finiti i lavori (1°-2°-3°-4°-5°-6°-7°)
- Classi di durata dell'uso di sostanza/categorie lavoro (1°-2°-3°-4°-5°-6°-7°)
- In quale ambito lavori/che tipo di lavoro/lavoro = sì
- Categorie lavoro/chi è a conoscenza della tossicodipendenza
- Rapporto lavoro degli amici/in quale ambito lavorano

## 5. Conclusioni

In questa indagine sono state osservate le condizioni lavorative passate e la condizione lavorativa attuale di 158 utenti in carico ai Ser.T. dell' ULSS 12 Veneziana per l'assunzione di metadone. Si riportano i dati più rappresentativi dell'intera ricerca. Per quanto riguarda la disamina dei dati socio-demografici si nota la netta prevalenza dei maschi (78,5%) rispetto alle femmine (21,5%); il 55,7% ha un'età compresa dai 30 ai 39 anni; il 56% vive ancora con la propria famiglia di origine. Quasi un terzo (31%) degli intervistati è genitore. Il 39% degli intervistati con figli vive ancora con la propria famiglia di origine.

Per quanto riguarda il conseguimento del titolo di studio si evidenzia che il 63,9% è in possesso della licenza di media inferiore; il 13,5% ha conseguito il diploma di scuola superiore e il 5,8% ha conseguito la qualifica professionale.

Per quanto concerne le condizioni socio-lavorative emergono dati piuttosto interessanti. Il 36% dichiara di essere iscritto alle liste di collocamento; l'89% di essere in possesso del libretto di lavoro; il 20% di aver fatto domanda di invalidità civile; il 16% dichiara di far parte di una categoria protetta.

La metà degli intervistati al momento della somministrazione del questionario (primavera 2000) dichiara di avere un'attività lavorativa in corso. Più precisamente il 62% lavora come operaio generico, il 21% come operaio specializzato, l'8% come impiegato e il 9% come commerciante. Considerando l'ambito del lavoro, notiamo che il 74% lavora in ambito privato, l'8% nelle cooperative sociali, il 5% nelle cooperative non sociali, l'8% nell'ambito del lavoro autonomo. Il 79% lavora a tempo indeterminato e l'82% lavora in regola. Il 68% afferma che il lavoro che sta svolgendo è soddisfacente soprattutto in relazione al contesto lavorativo e in relazione all'ammontare dello stipendio che viene ritenuto adeguato.

Per quanto riguarda la disamina delle condizioni lavorative passate sono 154 (97,5%) i soggetti che hanno fatto un primo lavoro, 124 (78,5%) i soggetti che hanno fatto un secondo lavoro, 94 (59,5%) i soggetti che hanno fatto un terzo lavoro, 60 (38%) i soggetti che dichiarano di aver fatto un quarto lavoro, 32 (20,2%) i soggetti che dichiarano di aver fatto un quinto lavoro; 11 (7%) i soggetti che dichiarano di aver fatto un sesto lavoro, 3 (1,9%) i soggetti che dichiarano di aver fatto un settimo lavoro.

*Per quanto riguarda il tipo di lavoro, pur cambiando la numerosità del denominatore a seconda del numero dei lavori svolti, si evidenzia che la maggior parte, rappresentata dai due terzi degli intervistati ha lavorato come operaio generico. L'età media in cui si è iniziato a lavorare risale ai 18 anni di età, ma l'età dei 14 anni è il valore che risulta essere più frequente. I dati inerenti alla durata dei lavori sono importanti perché ci invitano necessariamente ad una riflessione sulla "tenuta al lavoro" di persone che in passato hanno intrapreso percorsi legati alla dipendenza da sostanze stupefacenti. In media lo stesso lavoro lo si è tenuto per circa 27 mesi, mentre il valore che risulta essere più frequente è 12 mesi. Oltre i due terzi degli intervistati dichiara di aver concluso il rapporto di lavoro per decisione volontaria.*

*Il 92,4% afferma di non aver avuto difficoltà a trovare lavoro mentre il 51,9% degli intervistati asserisce di aver trovato un'occupazione grazie a conoscenti e amici.*

*Più della metà degli intervistati (61,4%) ha iniziato a fare uso di sostanze tra il 1980 e il 1989 e il 57% tra un'età compresa tra i 14 e i 19 anni. L'81,5% degli intervistati risponde che l'uso di sostanze ha influito sul lavoro e vengono descritti sia aspetti positivi legati alla percezione degli effetti delle sostanze, (maggiore sicurezza, maggiore tolleranza ai ritmi di lavoro, migliore gestione dell'ansia) sia aspetti negati (essere ripresi per ritardi, rimanere in malattia, rischiare il licenziamento). Il 44,4% dichiara che nessuno del luogo di lavoro conosce il passato di tossicodipendenza e la condizione attuale di assunzione della terapia farmacologia sostitutiva (metadone). Il 41,6% dichiara che la propria condizione è conosciuta dal datore di lavoro e colleghi.*

Si è cercato con le ultime domande del questionario di affrontare anche il tema della possibile compatibilità tra l'esperienza della droga e la conduzione di uno stile di vita "normale" che includesse anche la dimensione lavorativa. Si è cercato cioè di estendere anche alla parte sommersa (costituita da coloro i quali pur facendo uso di sostanze, non ricorrono ai Servizi pubblici preposti) le osservazioni effettuate nel nostro gruppo di soggetti. Certamente quest'ultima parte non ha la pretesa di essere uno strumento di misurazione attendibile e i dati emersi sono il risultato di stime e percezioni di un sottoinsieme particolare di tossicodipendenti. I dati riportano che quasi i due terzi degli amici e/o conoscenti (66%) degli intervistati, pur facendo uso di sostanze, lavorano e non sono mai ricorsi ai Servizi per le Tossicodipendenze. Questo a nostro avviso rappresenta una stima del "cosiddetto" numero oscuro.

## BIBLIOGRAFIA

**AA. VV.** (1998), *“Le droghe sintetiche. Produzione- Traffico. Azione repressiva”*, Direzione Centrale per i Servizi Antidroga, Dipartimento della Pubblica Sicurezza, Ministero dell’Interno.

**Andreoli V. , Cassano G., Rossi R.** (a cura di) (1996), *“DSM IV, Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali”*, III edizione italiana, Ed. Masson.

**Bagozzi F.** (1998), *“Generazione in ecstasy. Droghe, miti e musica della generazione techno”*, III edizione, Ed. Gruppo Abele.

**Briatico-Vangosa G. et al.** (1998), “Tossicodipendenza e giudizio di idoneità alla mansione specifica” in *Folia Med.* 69 (1) 93-106.

**Correra M. M., Martucci P., Costantinides F.** (1998), “Dinamiche familiari, lavorative e scolastiche nei soggetti assuntori di sostanze stupefacenti” in *Rassegna di criminologia*, vol. XIX, fasc. 1.

**Dole V. P., Joseph H.** (1978), “Long term outcome of patients treated with methadone maintenance” in *Ann ny acad sci* 311: 181-189.

**Fanelli g., Floccia G. M., Macciocu L.** (1992), “Atteggiamenti e difficoltà del tossicodipendente in materia di sicurezza sul lavoro” in *Prevenzione oggi*, Anno IV, N. 3, 131-147.

**Gallio G.** (1997), *“Io, la Clu”*, Edizioni E, Trieste.

**Lo Russo A., Benedetti F., Zotta M.** ,(1984), “ Il metadone nei servizi pubblici per tossicodipendenti” Libreria Editrice Lauretana, Loreto.

**Maremmani I., Zolesi O.** (1996), “Mantenimento metadonico. Ancora in cerca di credibilità nonostante i risultati” in: Maremmani I., Guelfi G. P. *“Metadone. Le ragioni per l’uso”*, Editore Pacini.

**Merli S.** (1992), “Attività lavorativa, tossicodipendenza e sicurezza sul lavoro” in *Prevenzione oggi*, anno IV, n. 1, 21-48.

**Patussi V., Cecchi M.** (1998), “Uso multiplo di sostanze psicoattive, abuso e dipendenza. Scenari in cambiamento”, in Brignoli O., Cibin M., Gentile N., Vantini I., *Alcol e medico di famiglia*, Centro Scientifico Editore.

**Reginald L. Campbell, R. Everett Langford** (1995), *“Substance abuse in the workplace”*, Lewis Publishers.

## APPENDICE D: Questionario utilizzato per l'indagine conoscitiva

### PROGETTO "CONTATTI"

**Obiettivo:** indagine sulla relazione tra il consumatore di sostanze stupefacenti e il lavoro attuale e passato.

**Target:** Consumatori in carico al Ser.T

**Strumento:** questionario

1. Sesso  M  
 F
  
2. Anno di nascita .....
  
3. Con chi vivi?  Da solo  
 Con la famiglia d'origine  
 Con il mio nucleo familiare  
 Con il coniuge/partner  
 Altro – specificare: .....
  
4. Hai figli?  Sì  
 No
  
5. Se sì, quanti figli hai? .....
  
6. Titolo di studio  Nessuno  
 Scuola elementare  
 Scuola media inferiore  
 Scuola professionale  
 Scuola superiore  
 Università  
 Altro – specificare: .....
  
7. Quanti anni avevi quando hai finito di studiare? .....
  
8. Ultima classe frequentata.....
  
9. Sei iscritto alle liste di collocamento?  sì  
 no

10. Hai il libretto di lavoro?  sì  
 no
11. Hai mai fatto domanda di invalidità civile?  sì  
 no
12. Fai parte di una categoria protetta?  sì  
 no
13. Attualmente stai lavorando?  sì  
 no  
 Altro:.....  
.....
14. Quando hai iniziato a lavorare (mese, anno)?  
.....
15. Se stai lavorando, che mestiere fai?
- Cameriere/barista
  - Idraulico
  - Operatore turistico
  - Commesso
  - Falegname
  - Agricoltore
  - Meccanico
  - Dirigente
  - Impiegato
  - Esercente
  - Operaio generico
  - Addetto alle pulizie
  - Cuoco
  - Altro – specificare:.....
16. In quale ambito lavori?  Pubblico  
 Privato  
 Cooperativa sociale  
 Cooperativa non sociale  
 Lavoro autonomo
17. Indica qual è il tuo rapporto lavorativo.  in regola  
 non in regola



24. Quali sono i canali che hai utilizzato nella ricerca dei lavori?

- Ufficio di collocamento**
- Informagiovani
- Annuncio sui quotidiani locali
- Annuncio su giornali di inserzioni
- Conoscenze
- Assistente sociale del Comune o di servizi deputati
- Altro (specificare ).....

25. Hai avuto difficoltà la prima volta a trovare lavoro?

- Sì
- No

26. Se sì, che tipo di difficoltà hai incontrato?

.....

27. In quale anno hai iniziato ad assumere sostanze stupefacenti? .....

28. Nel passato, pensi che l'uso di sostanze stupefacenti possa aver influito sul tuo lavoro?

- Sì
- No

29. Se pensi che l'uso delle sostanze possa averti aiutato a svolgere il tuo lavoro, quali sono gli aspetti positivi che hai riscontrato? (Scegli tre risposte mettendole in ordine di importanza; 1=importanza massima, 2=media importanza, 3=importanza minima).

- Mi sentivo più sicuro
- Riuscivo a concentrarmi meglio
- Stavo più volentieri con i miei colleghi
- Tolleravo meglio i ritmi di lavoro
- Reggevo in modo più efficace la fatica
- Mi sentivo meno depresso
- Gestivo meglio l'ansia
- Mi alzavo con la voglia di andare al lavoro
- Altro.....

30. Se pensi invece, che l'uso delle sostanze ti abbia creato delle difficoltà, quali sono i problemi che hai incontrato più frequentemente? (Scegli tre risposte mettendole in ordine di importanza; 1=importanza massima, 2=media importanza, 3=importanza minima).

- Venivo ripreso perché arrivavo in ritardo al lavoro
- Ero disattento, poco interessato alle mansioni
- Rischiavo di farmi male
- Ero in malattia per più di due giorni al mese
- Ero in infortunio per più di una volta in sei mesi
- Rischiavo il licenziamento
- Mi creavo inimicizie nell'ambito lavorativo
- Venivo ripreso perché producevo poco
- Altro  
(specificare).....

31. Chi è a conoscenza della tua tossicodipendenza al lavoro?

- Il Datore
- Alcuni colleghi
- Nessuno

32. Nel lavoro che svolgi attualmente ritrovi gli stessi problemi che avevi in passato?

- No
- Sì, alcuni
- Sì, gli stessi
- Sì, ma diversi
- Sì, di più

33. Tra gli amici o conoscenti che frequenti ci sono persone che usano sostanze stupefacenti e lavorano?

- Sì
- No

34. Se sì, quanti?

.....

35. Quante di queste non sono mai ricorse al Ser.T?

.....

36. Qual è la sostanza che usano con maggiore frequenza?

.....

.....

**37. Quando fanno uso della sostanza?**

- Prima del lavoro
- Durante il lavoro
- Dopo il lavoro
- Non lo so

38. Ritieni che possano svolgere il loro lavoro in modo adeguato ?

- Sì
- No
- In parte
- Non lo so

**39. La maggior parte dei tuoi conoscenti e/o amici che fanno uso di sostanze, che rapporto di lavoro ha?**

- In regola**
- Non in regola**
- Alcuni in regola, altri no
- Non lo so

**40. In quale ambito lavorano? (Scegli i due più frequenti e dagli un punteggio, 1=maggior frequenza, 2=media frequenza)**

- Pubblico**
- Privato**
- Cooperative sociali**
- Cooperativa non sociale
- Lavoro autonomo**

---

**Parte Seconda**

***Formazione e Divulgazione***

---

# ATTI

## *della giornata studio*

# **IL PROGETTO CONTATTI: “I percorsi della riabilitazione”**

### Programma

- |       |   |
|-------|---|
| 9.00  | Saluti Autorità   |
| 9.15  | Le politiche regionali nell'ambito della riabilitazione<br><i>Lorenzo Rampazzo</i>  |
| 9.30  | La dimensione clinico-terapeutica dei percorsi<br>riabilitativi <i>Vincenzo Balestra</i>  |
| 10.15 | Esperienze a confronto nell'ambito della<br>riabilitazione:<br>Quali possibili percorsi nell'inserimento lavorativo<br>del tossicodipendente?<br><i>Lorena Bergozza, Antonio Saccardo</i><br><i>Azienda ULSS 4</i><br>Progetto “Percorso lavoro” del Ser.T e del S.I.L. di<br>Treviso<br><i>Miriam Bordignon, Chiara Gobbo</i><br><i>Azienda ULSS 9</i> |
| 11.15 | Il progetto “Contatti” – <i>Mario Zotta, Laura Suardi</i>   |
| 11.45 | Il laboratorio “Contatti” <i>Chiara Salandin, Massimo<br/>Urso Rainer</i>   |
| 12.30 | La ricerca “Contatti” – <i>Marco Zamarchi,<br/>Monica De Angeli</i>   |
| 14.30 | Tavola rotonda: <i>Chiara Ghetti, Don Dino Pistolato,<br/>Massimo Caivano, Lorenzo Rampazzo, Luca<br/>Omodei, Vincenzo Balestra, Pier Guido Nardi.</i><br>Moderatore: Gianluca Versace.   |

**Mestre (VE)**  
19 Ottobre 2000

## ***IL PROGETTO CONTATTI: “I percorsi della riabilitazione”***

*( a cura di Mario Zotta, Laura Suardi)*

### *Premessa*

L'aspetto della riabilitazione nelle tossicodipendenze assume sempre più caratteristica indispensabile nei programmi terapeutici. La situazione attuale, non solo a livello di Regione Veneto, registra però la mancanza di linee guida generali pur in presenza di molteplici sperimentazioni ed iniziative a carattere locale.

L'odierna giornata di studio vuole essere un iniziale momento di confronto delle attività in ambito riabilitativo, che i servizi pubblici e del privato sociale hanno maturato in questi anni nella Regione Veneto.

Questo “percorso della reciproca conoscenza” deve, a nostro avviso, avvenire a molteplici livelli.

Accanto alle politiche e agli indirizzi regionali in materia di reinserimento lavorativo dei tossicodipendenti, si presentano alcune significative esperienze locali che hanno tentato di tradurre in operatività tali indirizzi.

L'esperienza condotta dagli operatori della riabilitazione dei Ser.T dell'azienda ULSS 12 e del Ce.I.S. di Mestre attraverso la realizzazione del Progetto Regionale “Contatti parte terza”, sperimenta la dimensione riabilitativa anche in un settore altamente problematico e discusso come quello dell'intervento con pazienti in trattamento metadonico a mantenimento.

# *Le politiche e gli interventi regionali in materia di reinserimento lavorativo dei tossicodipendenti*

(a cura di Lorenzo Rampazzo)

Il reinserimento sociale e lavorativo delle persone tossico e alcolodipendenti è una delle priorità del Sistema integrato pubblico-privato preventivo-assistenziale delle dipendenze della Regione Veneto: si tratta di uno dei momenti più delicati del percorso terapeutico del tossicodipendente, determinato dalle difficoltà di inserimento nel mondo del lavoro tale da consentirgli una concreta autonomia ed integrazione nel tessuto sociale. La persona ex tossicodipendente si trova infatti a dover affrontare e superare una serie di barriere sociali non sempre visibili o comprensibili. I processi di stigmatizzazione sociale e la diffidenza verso la figura del tossicodipendente investe purtroppo anche chi ha svolto un programma di cura e può comprometterne i positivi esiti. Per di più buona parte di ex tossicodipendenti soffrono di patologie croniche correlate all'abuso di droga che ne debilitano l'organismo e ne compromettono la piena funzionalità per cui spesso non sono in grado di svolgere mansioni lavorative più facilmente reperibili nel mercato del lavoro. Sono questi i motivi per cui gli ex tossicodipendenti nel momento del loro reinserimento lavorativo devono essere considerati temporaneamente svantaggiati ed usufruire delle agevolazioni previste dalle normative in vigore. Si tratta di una questione estremamente complessa per una serie di fattori concorrenti:

- La pluralità dei soggetti istituzionali coinvolti (ULSS, comuni, comunità terapeutiche, cooperative sociali, imprenditori e organizzazioni di categoria, ecc.);
- L'incertezza e la scarsa specificazione delle risorse finanziarie e professionali disponibili per l'intervento in questo settore;
- Le dinamiche del mercato del lavoro nazionale e locale, anche in termini di limitata flessibilità e difficoltà di accesso, ancor più nelle situazioni di svantaggio ed emarginazione;
- Le diverse potenzialità dell'inserimento nel mercato del lavoro (dal lavoro a tempo pieno al part-time, dal lavoro nel pubblico a quello nel privato, dal lavoro diurno a quello per turni, dal lavoro a tempo indeterminato a quello stagionale, ecc.);
- Il rapporto estremamente diversificato con il mondo del lavoro da parte delle persone tossicodipendenti, oggi spesso già inserite anche se con forme precarie.

Il *Testo Unico delle leggi in materia di disciplina degli stupefacenti e sostanze psicotrope, prevenzione, cura e riabilitazione dei relativi stati di tossicodipendenza* (D.P.R. 9.10.1990, n. 309) attribuisce alla Regione le funzioni di prevenzione e di intervento contro l'uso di sostanze stupefacenti o psicotrope e individua nei Servizi per le tossicodipendenze (Ser.T), istituiti presso le Aziende U.L.S.S., gli strumenti operativi per esercitare tali funzioni regionali. Il D.P.R. 309/90 include anche tra i compiti di assistenza degli enti locali il reinserimento scolastico, lavorativo e sociale del tossicodipendente, che può essere affidato alle competenti unità sanitarie locali. Gli Enti locali e i Ser.T possono avvalersi della collaborazione di gruppi di volontariato o degli enti ausiliari che svolgono senza fine di lucro la loro attività con finalità di prevenzione del disagio psico-sociale, assistenza, cura, riabilitazione e reinserimento dei tossicodipendenti ovvero di associazioni, di enti di loro emanazione con finalità di educazione dei giovani, di sviluppo socio-culturale della personalità, di formazione professionale e di orientamento al lavoro. Infine, questo D.P.R. attribuisce alla regione anche il compito di istituire l'Albo degli enti ausiliari che gestiscono strutture per la riabilitazione ed il reinserimento sociale dei tossicodipendenti.

<b>SOGGETTI COINVOLTI NEL REINSERIMENTO LAVORATIVO TOSSICODIPENDENTI</b>	
➤	Regione
➤	Aziende ULSS – Ser.T
➤	Enti locali
➤	Enti ausiliari (c.d. comunità terapeutiche)
➤	Cooperative sociali
➤	Istituti penitenziari

Un ruolo importante in quest'ambito viene svolto dalla cooperazione sociale che si è dimostrato uno strumento utile per favorire il graduale inserimento nei processi produttivi e dei servizi degli ex tossicodipendenti. La legge n. 381/1991 che disciplina le attività della cooperazione sociale non sempre trova una puntuale applicazione in particolare per quanto attiene alla facoltà degli enti pubblici di avvalersi delle prestazioni delle cooperative sociali mediante protocolli di convenzione.

Un aspetto specifico del reinserimento lavorativo tossicodipendenti riguarda l'intervento in ambito penitenziario, considerato che il 40% dei detenuti negli Istituti penitenziari del Veneto sono tossicodipendenti. Non a

caso, tra le finalità perseguite dal Piano Socio-sanitario regionale 1996-98 (L.R. 5/96) vi è la tutela psico-fisica ed il reinserimento sociale dei soggetti ristretti negli Istituti di prevenzione e pena del Veneto attraverso la collaborazione tra la Regione ed i soggetti istituzionali competenti. Il P.S.S.R. 1996-98 prevede anche che possano essere finanziati progetti sperimentali per il reinserimento sociale e lavorativo di persone sottoposte o già sottoposte a regime di detenzione e tossicodipendenti, mediante cooperative sociali e altri enti, nell'ambito di programmi integrati promossi dai soggetti sociali ed istituzionali che operano nel settore.

La sfida attuale è rappresentata dalla necessità di riorganizzare la rete dei servizi alla luce dell'evoluzione del fenomeno, che vede sia l'introduzione delle cosiddette "nuove droghe", sia l'emergenza di nuove modalità d'uso e d'abuso delle droghe, nonché del diffondersi di nuovi tipi di programmi e/o modalità di intervento assistenziale e delle novità derivanti dalla Riforma del S.S.N. (D.lvo 502/92 e successive modificazioni). Questa sfida è stata raccolta dalla Regione con il Progetto Obiettivo "Prevenzione e cura delle tossicodipendenze", previsto dal P.S.S.R. 1996/98. L'obiettivo più qualificante del progetto obiettivo è la realizzazione di un Sistema Integrato Preventivo Assistenziale delle tossicodipendenze formato da varie componenti (pubbliche e private) con pari dignità, con compiti, responsabilità e ambiti di intervento diversi, ma necessariamente coordinate e integrate per garantire una linea di continuità assistenziale che passi attraverso il primo contatto di strada, l'inserimento in programmi terapeutici ambulatoriali, l'inserimento in programmi residenziali e semi-residenziali, fino all'attivazione di specifici programmi di reinserimento e prevenzione delle ricadute.

Per sostenere il Progetto obiettivo, la Regione ha avviato una serie di Progetti speciali per il triennio 1998-2000 finalizzati alla costituzione di alcuni nodi territoriali di riferimento nei settori prevenzione e reinserimento sociale; carcere; alcologia; modelli organizzativi. Il progetto speciale Contatti, in materia di prevenzione e reinserimento sociale, finalizzato ad organizzare le risorse pubbliche e private della comunità locale per la realizzazione di esperienze diversificate, innovative e integrate di prevenzione, accoglienza e reinserimento sociale, valorizzando le specificità territoriali, è stato affidato all'Azienda Ulss 12 di Venezia.

La modalità operativa più idonea per rispondere a questa esigenza di riorganizzazione della rete dei servizi di settore è stata individuata nel Dipartimento (funzionale) per le dipendenze: con D.G.R. 22 giugno 1999, n. 2217, la Giunta regionale ha recentemente emanato le indicazioni e le linee tecniche per l'istituzione presso ciascuna Azienda ULSS del Veneto. Tra l'altro, questo provvedimento prevede che i Sert potranno essere organizzati al loro interno in unità funzionali, sulla base di particolari bisogni locali e dell'esistenza di effettive attività che investano un alto numero di pazienti, connotino rilevanti e reali responsabilità con derivanti specifici incarichi dirigenziali di posizione e non facciano riferimento a sole attività legate a progetti a termine. Tra le Unità funzionali che possono essere attivate dalle Aziende ULSS vi è quella per il reinserimento sociale e la prevenzione della ricaduta.

Infine, fondamentale per lo sviluppo delle politiche e degli interventi regionali in materia di reinserimento lavorativo tossicodipendenti è stato il modello adottato per la gestione del Fondo regionalizzato di intervento per la lotta alla droga (art. 127, D.P.R. n. 309 del 9.10.90) per il finanziamento di progetti e interventi, sia pubblici sia del privato sociale, finalizzati al raggiungimento degli obiettivi della prevenzione, cura e riabilitazione degli stati di tossicodipendenza. L'80% di tale fondo è stato ripartito tra Ambiti Territoriali, individuati nei territori delle Aziende ULSS, per la realizzazione dei "Piani triennali di intervento - Area dipendenze", elaborati collegialmente dall'Azienda ULSS e dalla Rappresentanza della Conferenza dei Sindaci, che si articolano in progetti, di durata triennale, specificamente rivolti alla prevenzione, cura e riabilitazione delle persone dipendenti da sostanze stupefacenti e psicotrope, incluse quelle legali, che interessano territori con dimensione minima corrispondente ai Distretti socio-sanitari. In sede di predisposizione dei "Piani triennali di intervento - Area dipendenze" una quota non inferiore al 15% doveva essere destinata alla realizzazione dei progetti finalizzati al reinserimento socio-lavorativo, individuati come area prioritaria di intervento, con l'obiettivo dello sviluppo coordinato e integrato di uno degli ambiti più carenti del Sistema delle dipendenze, ossia il reinserimento socio-lavorativo; in questo modo sono stati attivati 33 progetti triennali attualmente in corso in tutto il territorio regionale.

FONDO REGIONALIZZATO LOTTA ALLA DROGA – AREE PRIORITARIE DI INTERVENTO			
Aree prioritarie di intervento	Descrizione attività	Indicatori di verifica	
		Output	Outcome
Reinserimento lavorativo di tossicodipendenti	Interventi direttamente finalizzati al reinserimento lavorativo di tossicodipendenti e alcolisti, ivi inclusi i tossicodipendenti e alcolisti detenuti, con l'esclusione della formazione professionale	n. utenti presi in carico  n. giornate di assistenza	n. utenti collocati al lavoro  tasso di ritenuta sul lavoro a sei mesi

Il panorama regionale risulta quindi particolarmente ricco di iniziative e sperimentazioni in materia di reinserimento lavorativo tossicodipendenti: in totale, sono attualmente in corso oltre 50 progetti.

PROGETTI IN CORSO IN MATERIA DI REINSERIMENTO LAVORATIVO TOSSICODIPENDENTI
<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ 1 Progetto speciale, triennio 1998-2000 (Progetto Contatti – ULSS 12 Veneziana)</li> <li>➤ 33 Progetti inseriti nei Piani triennali di intervento dei territori ULSS, triennio 2000-2, finanziati con il Fondo regionalizzato di intervento per la lotta alla droga</li> <li>➤ 22 Progetti sperimentali di reinserimento lavorativo carcerati, ex-carcerati e tossicodipendenti, ai sensi dell'art. 8, L.R. 5/96 (P.S.S.R. 1996/98)</li> </ul>

#### UNA QUESTIONE APERTA: IL LAVORO IN COMUNITÀ TERAPEUTICA

L'attuale disciplina regionale di riferimento è contenuta nella dgr n. 246 del 28 gennaio 1997 che, in attuazione dell'art. 8 della legge regionale n. 5 del 1996 (Piano Socio Sanitario Regionale 1996-98) ed in conformità all'Atto di intesa del 1993, ha dettato criteri e modalità per l'iscrizione all'Albo delle comunità terapeutiche per tossicodipendenti, fissando gli standard organizzativi e strutturali, distinti per le comunità di accoglienza (tipo A), terapeutiche e specialistiche (tipo B e C). Non pare influente la categoria di programma rispetto alla questione lavoro, almeno nella scelta effettuata dalla Regione. Basta ricordare infatti che diversi sono, nella loro sostanza, i programmi terapeutici:

- **Categoria A:** Sono strutture residenziali o semiresidenziali le quali per il raggiungimento delle finalità di recupero adottano metodologie di tipo educativo assegnando un ruolo preminente alla condivisione della vita comunitaria e dell'attività lavorativa. Nella categoria "A" il lavoro è parte essenziale della definizione del programma, tanto da potersi caratterizzare queste comunità come "ergoterapiche", mentre nelle altre due categorie il lavoro si presenta come uno degli strumenti di recupero, ma non il principale. Che la categoria di programma sia importante lo conferma il fatto che la questione lavoro riceve una diversa regolamentazione dall'Albo: I programmi riabilitativi delle strutture di categoria A) possono prevedere il concorso attivo degli ospiti in attività produttive a tempo parziale; le provvidenze economiche ricavate, detratti gli oneri contributivi, fiscali, previdenziali e assicurativi, una volta acquisito il formale consenso da parte dell'utente, nella sua veste di lavoratore, possono essere in tutto o in parte devoluti a favore dell'attività della struttura, contribuendo in proprio ad un abbattimento delle spese sostenute per l'attuazione al programma riabilitativo ed escludendo comunque ogni forma di lucro.
- **Categoria B:** Sono strutture residenziali o semiresidenziali in cui l'intervento è personalizzato e articolato in una serie di proposte terapeutiche e riabilitative (psicoterapetiche, educative, formative e culturali) anche a favore del nucleo familiare dell'utente. Esse prefigurano un intervento professionalmente definito volto al recupero della salute psichica e fisica del tossicodipendente attuato attraverso una presa in carico personalizzata. Nelle strutture di categoria B) l'attività lavorativa degli utenti ha carattere educativo formativo e comunque svincolato da finalità produttive a scopo di lucro.
- **Categoria C:** Le Comunità terapeutiche di cat. C sono strutture terapeutiche specialistiche residenziali o semiresidenziali operanti in ambito pubblico o privato che si dimostrano in grado di assicurare un livello di intervento altamente qualificato e professionale per metodologia clinica, per figure professionali impiegate per le attività di ricerca clinica e sperimentale. Nelle comunità terapeutiche specialistiche di categoria C) l'attività lavorativa degli ospiti deve assumere carattere eminentemente educativo, formativo ed ergoterapico.

In sintesi, l'Albo tratta solo del lavoro interno alla Comunità e l'attività produttiva in senso proprio può essere svolta solo nelle comunità terapeutiche di categoria "A" e, in ogni caso, con un impiego a tempo parziale

dell'utente (18 ore settimanali?), mentre il resto del tempo andrà dedicato alle altre attività del Programma terapeutico riabilitativo. Per le altre due categorie di comunità terapeutica, anche se non espressamente precisato, dovrebbe valere, a fortiori, la stessa limitazione del tempo parziale e dovrebbe essere ancor più accentuato il valore educativo e formativo (e non produttivo) dell'attività lavorativa. Inoltre, solo nella categoria "A" è previsto un possibile concorso dell'ospite. Ne deriva, di conseguenza, che lavori strutturati a tempo pieno, all'interno o all'esterno, se pur senz'altro leciti e legittimi, si debbano collocare al di fuori dei programmi terapeutici in senso stretto di ogni categoria di comunità terapeutica! Ci dobbiamo chiedere però se, quando l'utente è lavora a tempo pieno, per di più fuori dalla Comunità, siamo ancora all'interno del Programma terapeutico, come definito dall'Albo, e siamo quindi autorizzati ad addebitare questa retta al Servizio sanitario regionale.

La questione "lavoro in comunità terapeutica" può trovare soluzione in sede di recepimento dell'Accordo Stato-Regioni 5 agosto 1999 (Determinazione dei requisiti minimi standard per l'autorizzazione al funzionamento e per l'accREDITAMENTO dei servizi privati di assistenza alle persone dipendenti da sostanze d'abuso), che però non include i "programmi di formazione ed avviamento al lavoro, tramite l'inserimento in attività interne della comunità o di realtà esterne nell'ambito di accordi predefiniti l'inserimento lavorativo" tra le 5 categorie principali di servizi accreditabili (servizi di accoglienza; servizi terapeutico-riabilitativi; servizi di trattamento specialistici; servizi pedagogico-riabilitativi; servizi di tipo multidisciplinare integrato), bensì tra i programmi di rete e di piano territoriale accreditabili se esplicitamente definiti quali integrativi e/o migliorativi dell'offerta del servizio pubblico dai Piani regionali o dai Piani di zona, ovvero dal Progetto-obiettivo dell'Azienda sanitaria sul cui territorio hanno luogo.

<b>QUESTIONI APERTE IN MATERIA DI REINSERIMENTO LAVORATIVO TOSSICODIPENDENTI</b>
--

- |  |
|--|
| <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> raccolta, confronto e analisi delle esperienze realizzate sinora in materia di reinserimento lavorativo tossicodipendenti;</li> <li><input type="checkbox"/> elaborazione di Linee guida regionali in materia di reinserimento lavorativo tossicodipendenti;</li> <li><input type="checkbox"/> costituzione di un Gruppo Tecnico Consultivo Regionale in materia di reinserimento lavorativo tossicodipendenti;</li> <li><input type="checkbox"/> istituzione delle Unità funzionali per il reinserimento lavorativo presso i Dipartimenti per le dipendenze;</li> <li><input type="checkbox"/> specificazione delle risorse finanziarie a disposizione in materia di reinserimento lavorativo tossicodipendenti;</li> <li><input type="checkbox"/> formazione e aggiornamento degli operatori del pubblico e del privato sociale che operano in materia di reinserimento lavorativo tossicodipendenti;</li> <li><input type="checkbox"/> regolamentazione della materia in sede di recepimento dell'Accordo Stato-Regioni 5 agosto 1999 – Determinazione dei requisiti minimi standard per l'autorizzazione al funzionamento e per l'accREDITAMENTO dei servizi privati di assistenza alle persone dipendenti da sostanze d'abuso.</li> </ul> |
|--|

# *La dimensione clinico-terapeutica dei percorsi riabilitativi*

(a cura di Vincenzo Balestra)

## **Sommario**

1. Concetti generali di Terapia
2. Alcune considerazioni sul decorso della tossicodipendenza: la ricaduta
3. Il trattamento protratto con metadone:
  - *significato*
  - *contesti*
4. Il significato del lavoro nel percorso riabilitativo
5. Le relazioni “Riabilitative”

## **1. Concetti generali di terapia**

Il trattamento terapeutico delle condizioni di dipendenza da sostanze stupefacenti e psicotrope deve avere particolari caratteristiche. La fenomenologia generale evidenzia che esistono **problemi di natura medica, psicologica e sociale** e quindi suggerisce che il trattamento deve riguardare contemporaneamente le tre aree. In questo senso gli interventi devono essere integrati e coordinati sotto la regia di una équipe con caratteristiche di interdisciplinarietà.

L’etiologia indica che esistono diversi fattori causali e la clinica evidenzia situazioni diversificate da caso a caso. Ne consegue che il **trattamento terapeutico**, pur prevedendo interventi di tipo “generale” deve essere il più possibile **mirato e personalizzato** ed utilizzare al massimo le particolari risorse disponibili.

L’età in cui maggiormente insorge e si sviluppa la tossicodipendenza è l’adolescenza, un periodo nel quale la personalità del soggetto non è ancora formata (acquisizione della propria identità) ed esistono notevoli conflitti familiari (problemi di emancipazione e di svincolo).

L’intervento terapeutico deve prevedere dunque specifici **programmi “educativi”** sia per il soggetto interessato che per il nucleo familiare. Accanto gli interventi di psicoterapia sono fondamentali interventi più direttivi con funzioni di sostegno e orientamento al fine di ridurre i comportamenti a rischio ed attivare tutti i componenti del sistema familiare alla realizzazione del cambiamento. Soprattutto nelle Comunità Terapeutiche deve essere efficace la collaborazione tra educatori (o operatori di comunità) e psicoterapeuti.

Ancora la clinica ci mostra che **l’iter terapeutico è molto lungo** (valutabile nella dimensione di anni) e che al cambiamento possono contribuire diversi interventi costituendo di fatto quella che può essere definita “catena terapeutica” all’interno della quale nessun intervento preso isolatamente può considerarsi esaustivo o maggiormente significativo e tuttavia qualsiasi intervento precedente deve essere illuminante per il successivo ed entrambi essere collocati ed interpretabili alla luce di **un unico progetto**.

Abbiamo visto che il tossicodipendente e/o i suoi familiari si rivolgono ai servizi pubblici o privati con richieste generiche di “aiuto” e che è compito iniziale degli operatori accogliere la richiesta, stabilire una relazione e porre le condizioni per trasformare questa iniziale richiesta in “domanda” di terapia superando i problemi legati all’urgenza/emergenza e facendo emergere le condizioni sottostanti all’uso di droghe.

Le condizioni per poter iniziare un trattamento terapeutico devono essere le seguenti:

- *presa di coscienza del soggetto interessato* di avere un problema serio che non può essere risolto da solo (consapevolezza che in genere si acquisisce progressivamente solo dopo diversi tentativi falliti di smettere con l’assunzione e di riordinare la propria vita.
- *Formulazione di una richiesta di aiuto*
- *Partecipazione e collaborazione al progetto terapeutico* (in questo senso il tossicodipendente ed i suoi familiari hanno caratteristiche molto particolari rispetto alla grande maggioranza dei pazienti in quanto mettono in atto molte resistenze al cambiamento ed utilizzano comportamenti manipolativi).

L’esperienza ha dimostrato che interventi eseguiti contro la volontà del soggetto interessato (interventi “coatti”) senza un preciso **contratto iniziale** e con scarsa partecipazione dell’interessato e dei familiari è destinato a restare per lungo tempo nel limbo dell’assistenzialismo. Ovviamente la naturale tendenza alla cronicità delle condizioni di dipendenza patologica e la complessità delle situazioni devono rendere gli operatori prudenti e consapevoli sia dei tempi lunghi che della gradualità del cambiamento onde evitare di crearsi aspettative superiori alle reali possibilità evolutive. Dalle suddette considerazioni si può affermare che la terapia degli stati di abuso e dipendenza da sostanze stupefacenti e psicotrope ha le caratteristiche di **“MULTIMODALITÀ”** intesa in diversi modi, sia come integrazione tra interventi medici, psicologi e sociali, sia come **diversificazione degli interventi** in relazione alle differenti diagnosi, sia come serie di interventi (sia pedagogici e di sostegno che strettamente psicoterapeutici) collegabili tra loro all’interno di un progetto unitario.

Questi sono i motivi per i quali all’intervento terapeutico è proposta una équipe interdisciplinare composta da medici, psicologi, educatori, assistenti sociali, ex-tossicodipendenti con specifica formazione ed altri.

Condizioni essenziali per l’efficacia degli interventi di tale équipe sono:

- *la professionalità e l'esperienza degli operatori*
- *la loro capacità di lavorare in gruppo*
- *la formazione permanente e dov'è possibile la supervisione*

## 2. Alcune considerazioni sul decorso

Molto si è discusso sulla guarigione dei tossicodipendenti.

L'andamento cronico, la facilità delle ricadute e la fenomenologia dei cambiamenti osservabili (non sempre eclatanti e visibili ma piccoli e progressivi) hanno indotto molte persone a credere che la tossicodipendenza sia di fatto inguaribile. Pur essendo vero che l'esperienza tossicomane crea nell'individuo e nel contesto relazionale ferite profonde, l'esperienza clinica dimostra che possono essere restituiti alla vita "normale" moltissimi soggetti e moltissime famiglie. Le possibilità di ricaduta esistono e soprattutto in particolari momenti di difficoltà esistenziale. Tuttavia si è visto che se questi momenti si riattivano le risorse e le strategie apprese durante il programma terapeutico e la ricaduta è limitata nel tempo e nella gravità significa che il processo di guarigione si è realizzato poiché sono state messe in atto risposte evolutive e non distruttive.

Ma questa è una condizione generale dell'esistenza umana poiché ognuno di noi nei momenti di difficoltà può "regredire" e mettere in atto comportamenti distruttivi (in base alla sua storia personale) e successivamente rendersi conto di questo e riprendere la giusta strada.

In termini più specifici il decorso dell'abuso e dipendenza da sostanze stupefacenti e psicotrope è definibile, secondo il DSM IV, con sei modalità:

### **Remissione Iniziale Completa.**

Questa specificazione è usata se, almeno per un mese, ma per meno di 12 mesi, nessun criterio per dipendenza e Abuso è risultato soddisfatto.

### **Remissione Iniziale Parziale.**

Questa specificazione è usata se, almeno per un mese, ma per meno di 12 mesi, uno o più criteri per Dipendenza per un periodo di 12 mesi o più; tuttavia sono risultati soddisfacenti uno o più criteri per Dipendenza o Abuso.

### **Remissione Protratta Parziale.**

Questa specificazione è usata se non sono risultati pienamente i criteri per Dipendenza per un periodo di 12 mesi o più; tuttavia sono risultati soddisfatti uno o più criteri per Dipendenza o Abuso.

### **Remissione Protratta Completa**

Questa specificazione è usata se nessuno dei criteri per Dipendenza o abuso è risultato soddisfatto in un qualunque momento durante un periodo di 12 mesi o più.

Le suddette condizioni si applicano anche a due situazioni particolari e cioè quelle in cui il soggetto è in terapia protratta con farmaci o si trova in ambiente controllato.

**In Terapia Agonista.** Questa specificazione viene usata se al soggetto è prescritto un farmaco agonista, e se nessun criterio per Dipendenza o Abuso è risultato soddisfatto per quella classe di farmaci per almeno il mese passato (eccetto tolleranza o astinenza dall'agonista). Questa categoria si applica anche ai soggetti in trattamento per Dipendenza che fanno uso di un agonista parziale o di un agonista/antagonista.

**In Ambiente Controllato.** Questa specificazione è usata se il soggetto si trova in un ambiente dove l'accesso all'alcool e alle sostanze controllate è limitato, e se nessun criterio per Dipendenza o Abuso è risultato soddisfatto almeno per il mese passato. Esempi di questi ambienti sono le prigioni strettamente sorvegliate dove le sostanze sono proibite, le comunità terapeutiche o le unità ospedaliere chiuse.

## 3. Il trattamento protratto con metadone

La permanenza in un programma terapeutico strutturato e condiviso è il fattore più importante per determinare l'esito del trattamento stesso.

I facili e ripetuti drop-out sono indice di scarsa compliance e non determinano cambiamenti profondi e duraturi. Il tempo è un fattore determinante a tal punto che possiamo ritenere significativi periodi di trattamento di almeno 6 mesi. Gli obiettivi dichiarati con il trattamento protratto con metadone (e quindi condivisi con l'utente e dove possibile con la famiglia e/o le persone significative) sono:

- la riduzione o la cessazione dell'uso di sostanze stupefacenti illegali
- maggiore tutela per la propria salute con riduzione o cessazione dei comportamenti a rischio e ripresa di abitudini igienico sanitarie utili ed evolutive
- l'inizio o la continuazione di una attività lavorativa
- miglioramento delle relazioni e in genere della qualità della vita

Sul piano clinico è ancora aperto il dibattito sulla compatibilità tra trattamento metadonico e psicoterapia. L'effetto specifico del farmaco e il significato che riveste per il soggetto sono da molti considerati un ostacolo alla possibilità di introspezione e riflessione e alla realizzazione di una vera relazione "terapeutica".

La mia esperienza clinica è che non sono possibili affermazioni “dogmatiche” e che molto dipende da altri fattori quali: la dose, la relazione con l’operatore, la collaborazione della famiglia, la negatività dei controlli urinari, la tolleranza individuale, la durata della dipendenza etc....Se esistono perplessità sulla compatibilità metadone-psicoterapia ne esistono anche su quelle metadone-lavoro, metadone-guida.

A mio avviso anche in queste situazioni valgono le precedenti considerazioni:

*Contesti*

*Ambulatoriale “semplice”*

*Ambulatoriale-Domiciliare*

*Residenziale*

*Semiresidenziale*

*Altro*

#### **4. Il significato del lavoro nel percorso riabilitativo**

Per molto tempo, in passato, e spesso ancora oggi, si è pensato che un’occupazione lavorativa costituisse una barriera protettiva o un deterrente all’uso di droga. Gli effetti prodotti dalla droga non erano conciliabili con le prestazioni richieste sul posto di lavoro.

L’esperienza clinica ha dimostrato che questo è vero solo in parte.

Solo nel caso della dipendenza da eroina (che comporta un uso quotidiano della sostanza e produce effetti sedativi sul SNC) l’assunzione di droga diviene in breve tempo incompatibile con studio e lavoro.

Nel caso degli stimolanti, l’uso degli stessi può (fintanto non si sviluppa una dipendenza) addirittura aumentare la performance lavorativa. Nel caso poi di assunzione durante il fine settimana o alla sera (dopo il lavoro) il consumo di sostanze stimolanti, alcool, sostanze psichedeliche e cannabinoidi è compatibile, anche per lunghi periodi, con il mantenimento di un’attività lavorativa.

Episodi ripetuti di abuso (e quindi di assenze dal lavoro), la comparsa di disturbi psichici o somatici indotti dall’uso o il lento passaggio alla dipendenza, possono determinare la rottura di questo equilibrio, la cui durata è variabile da caso a caso. Circa la metà dei soggetti in trattamento protrato con metadone presso il SERT di Vicenza, hanno un’attività lavorativa.

Quindi l’equazione lavoro=sobrietà non è valida.

*Significato del lavoro.*

Per molti soggetti il lavoro è il mezzo per avere soldi e mantenersi. Punto e basta.

Per altri è un modo di tenere occupato il tempo per cui diviene critico il cosiddetto “tempo libero”.

Non so per quanti il lavoro è un tempo di vita e quindi di relazioni e di significati.

Ma già questo sarebbe un livello molto elevato.

Con i soggetti TD l’educazione al lavoro coincide soprattutto con l’educazione a:

- il rispetto degli orari e l’organizzazione del tempo
- il rispetto dell’autorità
- il rispetto di regole chiare e condivise
- il rispetto degli altri e dei luoghi
- l’assunzione di responsabilità
- l’esecuzione di un compito fino al suo compimento (e non iniziato e lasciato a metà)
- l’uso del denaro
- la capacità di procedere realisticamente e non (come si è sempre fatto) cedere alle prime difficoltà
- fare progetti realistici e non grandiosi e fantasiosi (dimensione dell’attesa e delle aspettative).

Da queste considerazioni si evince che il compito educativo e terapeutico è tutt’altro che facile. L’osservazione di soggetti in fase riabilitativa nelle C.T., nei laboratori protetti, nelle Cooperative di lavoro costituisce non solo un valido strumento di valutazione prognostica ma permette di effettuare mirati interventi educativi e psicoterapeutici.

Il lavoro dunque per se stesso e per quanto è stato detto è parte integrante del processo terapeutico.

#### **5. Le relazioni riabilitative**

La reciprocità nelle relazioni di aiuto: un Io e un TU che si incontrano.

Attivazione delle risorse personali (e non solo assistenzialismo o maternage), condivisione e consenso nella realizzazione dei progetti (e non solo direttività/autorità paterna).

## *Esperienze a confronto nell'ambito della riabilitazione*

### **QUALI POSSIBILI PERCORSI NELL'INSERIMENTO LAVORATIVO DEL TOSSICODIPENDENTE?**

*(a cura di Lorena Bergozza, Antonio Saccardo)*

*“In una fredda giornata d'inverno, alcuni porcospini si stringevano vicini vicini, per proteggersi, col calore reciproco, dal rimanere assiderati. Ben presto però sentirono le spine reciproche; il dolore li convinse ad allontanarsi di nuovo l'uno dall'altro. Quando poi il bisogno di riscaldarsi li portò di nuovo insieme, si ripeté quest'altro malanno, di modo che erano sballottati avanti e indietro fra i due mali, finché non ebbero trovato una moderata posizione reciproca, che rappresentasse per loro la migliore posizione, il giusto equilibrio, la giusta distanza: massimo caldo e minime punture.”*

Crediamo che questa piccola favola, che risale alla letteratura indiana, esprima efficacemente il processo di integrazione lavorativa che i diversi attori locali hanno messo in atto nel territorio dell'ULSS n.4 Alto Vicentino.

Tutti possiamo condividere che il lavoro è un diritto fondamentale sancito dalla Costituzione, che pone tutti i cittadini su un piano di pari dignità e pari opportunità. Esso svolge una funzione centrale per il benessere della persona, in quanto attribuisce uno status sociale, contribuisce a definire l'identità personale, facilita l'inserimento nella società conferendo alla persona una piena autonomia economica e psicologica.

In quest'ottica, l'attività lavorativa può rappresentare, se inserita in un sistema di intervento dotato di molteplicità di risorse e strategie tra loro collegate e coordinate, un importante strumento nell'affrontare il fenomeno della tossicodipendenza.

La persona tossicodipendente o ex tossicodipendente incontra indubbe difficoltà di inserimento nel mondo del lavoro, dovendo spesso affrontare e superare una serie di barriere sociali non sempre visibili o comprensibili. Tali difficoltà sono spesso aggravate dalla presenza di patologie croniche correlate all'abuso di droga, che debilitano l'organismo e ne compromettono la piena funzionalità. Non di rado, a causa di queste patologie e della conseguente ridotta capacità lavorativa, le persone sono riconosciute invalide civili e disabili.

Gli ostacoli che si frappongono all'inserimento lavorativo sono frequentemente accentuati dalla presenza di scarse abilità professionali che rendono meno competitiva la persona, relegandola in un'area di marginalità rispetto al mercato del lavoro o obbligandola a mansioni squalificanti.

Infine appaiono consistenti i rischi di espulsione di chi già lavora, in quanto spesso la sua attività lavorativa è discontinua o comunque discriminata o svaloriata.

Quello della piena integrazione lavorativa è dunque un percorso irto di ostacoli e come tale deve essere affrontato con gradualità e sostegno, chiamando in causa diversi ambiti istituzionali e diverse competenze.

A questo scopo, il percorso terapeutico-riabilitativo costituisce la base e le strade parallele del rapporto persona/lavoro, la proposta di un'attività lavorativa adeguatamente preparata e affrontata con idonei strumenti di mediazione, può rappresentare, sia un importante intervento preventivo e sia una risorsa fondamentale nella rete terapeutica.

Il problema dell'integrazione lavorativa delle persone tossicodipendenti dev'essere inoltre affrontato nell'ambito di un approccio più generale al tema del lavoro per le fasce svantaggiate, ricercando, attraverso una «politica delle intese», la collaborazione delle forze imprenditoriali e sindacali e degli Enti e Associazioni interessati.

Il territorio dell'ULSS n° 4 Alto Vicentino, per affrontare efficacemente il problema della tossicodipendenza, si è dotato di un sistema di servizi, pubblici e privati che, operando in un'ottica di integrazione e collegamento, offre strumenti e interventi diversificati che partono dalla soggettività e dalle esigenze del singolo per costruire percorsi individualizzati che vanno dal primo contatto di strada, all'inserimento in programmi terapeutici ambulatoriali e/o residenziali e/o semiresidenziali, all'attivazione di specifici programmi di reinserimento e prevenzione delle ricadute.

Per quanto attiene strettamente al discorso lavoro, i soggetti che entrano in prima battuta sono naturalmente il SERT e il SIL.

Il SIL è un'unità operativa che agisce per sostenere l'inserimento lavorativo delle persone svantaggiate svolgendo in particolare azioni di orientamento, di formazione e di mediazione per un positivo incontro tra domanda e offerta di lavoro e di attivazione dei relativi supporti.

Istituito nel 1986 per rispondere in particolare alle richieste d'integrazione dei disabili intellettivi, ha progressivamente affinato strategie e strumenti ed ora rappresenta l'interfaccia tra l'ULSS e le persone in situazione di svantaggio rispetto al mercato del lavoro per difficoltà di carattere sia clinico sia sociale.

Sono quindi destinatari degli interventi del SIL le persone disabili, i pazienti psichiatrici, i tossicodipendenti e altre persone svantaggiate in carico ai servizi sociali pubblici.

Nato come un Servizio nell'area dell'handicap, l'allargamento del suo raggio di competenze ha richiesto e richiede a tutti gli operatori un costante adeguamento dell'approccio culturale e operativo.

In particolare, i bisogni presentati dal tossicodipendente, che non ha quasi mai un percorso lineare di recupero e reintegrazione, hanno messo in discussione modelli operativi consolidati. Questo perché non c'è mai un momento ottimale per l'inserimento lavorativo, ma possono esserci tanti momenti in cui sembra utile ed opportuno il lavoro; e ogni volta questo assume valenze diverse.

Le tipiche azioni che caratterizzano l'intervento del SIL riguardano:

- l'erogazione di informazioni e l'orientamento sulle scelte formative e professionali;
- la valutazione delle potenzialità, delle motivazioni individuali e dei bisogni formativi delle persone;
- la sensibilizzazione del sistema produttivo al fine di coglierne la disponibilità;
- lo sviluppo della conoscenza delle aziende sia in termini generali sia in termini specifici;
- la programmazione e la gestione di percorsi individualizzati d'integrazione lavorativa per un positivo incontro tra domanda e offerta di lavoro;
- il monitoraggio e verifica delle esperienze;
- la promozione di collaborazioni fra soggetti istituzionali, di mercato e di solidarietà sociale.

*In quattordici anni il SIL ha risposto alle richieste di oltre 700 persone svantaggiate. Nel 1999, collaborando con oltre 100 aziende private e pubbliche del territorio, sono state inserite al lavoro 174 persone, di cui: 106 handicappati, 25 con malattie mentali, 8 tossicodipendenti.*

*Questi risultati sono stati conseguiti sia per lo sviluppo di un'ampia rete di collaborazioni tra i diversi soggetti coinvolti nel settore, sia per la presenza di un sistema produttivo locale assai vivace e caratterizzato da una ricca presenza di piccole e medie imprese.*

*Attualmente il SIL agisce in uno scenario nuovo e profondamente modificato, contraddistinto da un ampio processo di riforma delle regole del mercato del lavoro e delle politiche che lo riguardano.*

*Infatti, con il trasferimento dallo Stato alle Regioni e alle Province di larga parte delle funzioni e dei compiti precedentemente svolti dal Ministero del Lavoro, sono state attribuite alle Province funzioni di programmazione, nei rispettivi ambiti territoriali, dei servizi e degli interventi in materia di servizi per l'impiego, di politiche attive del lavoro e di formazione professionale.*

*Questo sta portando il Servizio ad integrare la sua azione con quella dei nuovi centri per l'impiego della Provincia, programmando, conducendo e verificando congiuntamente l'insieme delle azioni finalizzate a realizzare una reale integrazione delle persone svantaggiate. È proprio in tale prospettiva che si colloca il protocollo d'intesa tra l'Amministrazione provinciale e le ULSS vicentine siglato il 12 settembre 2000.*

*Esso consentirà di collegare in modo forte ed efficace i percorsi e gli interventi sociali, riabilitativi e formativi con quelli delle politiche del lavoro.*

Presentare il SERT come servizio, in questa sede ci sembra inopportuno. Il SERT dell'ULSS n. 4 è un Servizio di media utenza, collocato in una cittadina di 20.000 abitanti circa, in un territorio di 160.000 abitanti.

Attualmente al SERT i ragazzi in carico con terapia metadonica sono 65 e una decina di questi non lavorano. La percentuale di utenti che non lavorano rimane molto bassa anche guardando l'intera utenza del SERT.

Crediamo sia fondamentale soffermarsi sull'idea che i nostri utenti hanno del lavoro.

Per una parte di loro l'autonomia economica derivata dal proprio lavoro consente di mantenere una facciata di normalità, continuare una doppia vita; per altri rappresenta un alibi per non intraprendere alcun programma terapeutico, anche ambulatoriale, ma per alcuni il lavoro rappresenta un aspetto importante della loro vita che offre delle soddisfazioni, delle responsabilità e una propria realizzazione.

L'inserimento lavorativo da noi operatori è visto come:

- *strumento di supporto*, riferito a una tipologia di utenza per la quale l'inserimento lavorativo è finalizzato a mantenere i livelli di autonomia residui in un'ottica di miglioramento della qualità della vita;

- *strumento terapeutico*, riferito ad una tipologia d'utenza inserita in un progetto che non prevede l'inserimento in una comunità. La finalità è di promuovere il cambiamento e di facilitare una successiva evoluzione;
- *strumento di integrazione e autonomia*, riferito ad una tipologia nella fase finale di un programma terapeutico. La valenza dell'inserimento lavorativo è in questo caso quella specifica dell'autonomia lavorativa e possibilmente professionale. La finalità è di consolidare i cambiamenti acquisiti e favorire un processo di reintegrazione sociale.

Riteniamo inoltre stimolante esplorare la possibile valenza educativa del lavoro per una tipologia d'utenza in fase attiva, per favorire l'avvicinamento ad un sistema di interventi strutturato.

Da almeno 10 anni il SERT attua inserimenti lavorativi. La realtà era certo diversa da quella sopra esposta: si inserivano tossicodipendenti da molti anni fruitori del Servizio, cronici e sieropositivi.

Gli inserimenti avevano quasi esclusivamente come obiettivo il migliorare la qualità di vita da un punto di vista esistenziale/relazionale e avvenivano esclusivamente in cooperative sociali, con le quali si era stabilito un proficuo rapporto di collaborazione.

Il Comune di residenza dell'interessato interveniva assumendo le spese richieste dall'inserimento.

Quindi era il SERT che autonomamente formulava e seguiva i progetti di inserimento lavorativo.

Alla fine dell'esperienza presso la cooperativa, se la persona non era diventata autonoma nella ricerca del lavoro, era chiesto il contributo del SIL.

Si trattava di una modalità con la quale il SERT gestiva autonomamente i percorsi d'inserimento lavorativo, ma che presentava alcuni svantaggi: difficoltà a reperire occasioni occupazionali dopo il percorso in cooperativa e talvolta il prolungarsi della permanenza nella cooperativa stessa; disomogeneità territoriale, nel senso che alcuni comuni erano più disponibili di altri nel finanziare l'inserimento.

Oggi nell'affrontare la questione dell'inserimento lavorativo per le persone tossicodipendenti, l'Ulss n. 4 Alto Vicentino ha ritenuto maggiormente funzionale che i due servizi, SERT e SIL, mettessero a disposizione le proprie esperienze e competenze, in un'ottica di coordinamento e utilizzo integrato delle risorse tale da garantire sia una miglior efficacia degli interventi che un notevole risparmio nelle energie da infondere e nelle spese da sostenere.

In conformità a questo presupposto, nel giugno 95, è stato elaborato un Progetto comune tra i due servizi, individuando nel SERT il referente sul piano terapeutico e nel SIL il referente per la progettazione e la realizzazione concreta degli inserimenti lavorativi.

Pur trattandosi di un Progetto condiviso, la sua piena attuazione è rimasta a lungo incompiuta o, comunque, è stata molto parziale e approssimativa.

Molti erano i problemi relativi al rapporto fra due servizi così differenti per cultura, finalità e metodologie.

In tutti questi anni ci sono stati dei tentativi di avvicinamento, di conoscenza e coinvolgimento, momenti di scambio o di chiusura.

Il tempo stesso che passa, porta a dei cambiamenti, le équipes si trasformano, crescono, alcune resistenze si allentano e magari altre si erigono.

I nodi cruciali, che si sono affrontati in questi anni sono stati:

- confusione sulla competenza, dovuta anche ad una scarsa conoscenza reciproca;
- complessità del lavoro d'integrazione tra linguaggi e forme d'aiuto diversi ma complementari
- differenze nelle modalità di concepire l'inserimento lavorativo e in generale nell'intervento verso la persona svantaggiata
- conseguenti difficoltà nell'individuare l'utenza di un progetto di integrazione lavorativa
- problemi nel conciliare i tempi d'azione dei due servizi.

Vi era comunque, negli operatori di entrambe le parti, una forte volontà di costruire un rapporto di collaborazione tra i due servizi, oltre ad una sufficiente disponibilità al cambiamento.

Due condizioni hanno mostrato ben presto il loro carattere di necessità, risultando basilari per ogni successiva elaborazione:

- chiarirsi, sul piano dei presupposti generali, circa i significati che il lavoro può assumere per le persone tossicodipendenti; lavoro che può avere la stessa funzione riabilitativa, educativa, di benessere (come di disagio) che ha per tutti gli altri lavoratori;
- avere una forte conoscenza reciproca, che passa attraverso la conoscenza condivisa del tossicodipendente, al fine di costruire un linguaggio comune e un modello operativo realmente rappresentativo dello spirito dei due servizi.

Per elaborare le strategie necessarie, coordinare le azioni e gli interventi, verificare i risultati raggiunti, è stato costituito un apposito «Gruppo di lavoro» formato da alcuni referenti del SERT e del SIL.

La sperimentazione condotta in questi anni ha consentito ai due servizi di elaborare un'ipotesi di metodologia d'intervento che potremmo così sintetizzare:

- Quantificazione da parte del SIL della possibilità di presa in carico.
- Individuazione da parte del SERT dei possibili candidati a percorsi lavorativi.
- Presentazione e discussione all'interno del Gruppo di lavoro dei casi individuati dal SERT e definizione delle priorità.
- Approfondimento del caso da parte del SIL con l'operatore del SERT che segue direttamente la persona in questione.
- Valutazione diretta del soggetto da parte del SIL tramite dei colloqui individuali.
- Progettazione e realizzazione del percorso lavorativo ritenuto più idoneo.
- Verifica "congiunta" SIL-SERT del progetto complessivo sulla persona, nel rispetto delle specifiche funzioni.

Tale ipotesi è attualmente in fase di sperimentazione e sta interessando una quindicina di tossicodipendenti.

Importanti occasioni per verificare l'efficacia del modello d'intervento individuato, sono rappresentate da due progetti innovativi, di cui uno è in fase di realizzazione, mentre l'altro è in attesa di approvazione per essere avviato.

Il primo è il Progetto d'inserimento lavorativo che stiamo realizzando nell'ambito del Piano triennale d'intervento per la lotta alla droga. Quest'iniziativa prevede l'orientamento al lavoro di una trentina di persone tossicodipendenti, undici delle quali, con problematiche particolarmente complesse, saranno inserite presso due cooperative sociali d'inserimento lavorativo.

Ricordiamo, a questo proposito, il ruolo svolto dalla cooperazione sociale nella nostra esperienza, un settore che offre un rilevante apporto nei processi d'integrazione lavorativa collocandosi, in modo duttile, sia come punto d'arrivo di un progetto d'inserimento, sia come ambito di formazione lavorativa e di ponte verso altre aziende.

La seconda iniziativa consiste in un Progetto d'inserimento lavorativo di persone svantaggiate recentemente presentato dall'ULSS e dalla Provincia di Vicenza alla Regione, nell'ambito delle azioni pilota a favore delle persone svantaggiate. Questo progetto, in attesa di approvazione, prevede una forte partnership tra il SIL e i Centri per l'impiego.

Come i porcospini della favola indiana, occorre che i diversi attori trovino la giusta posizione interagendo in modo efficace e coordinato.

L'integrazione lavorativa ha bisogno di tutti, e i diversi soggetti coinvolti, interagendo tra loro nell'ambito di una strategia unitaria, contribuiscono a costruirne le condizioni.

Mestre - Venezia, 19 ottobre 2000

# **Progetto “Percorso Lavoro”**

## **del Ser.T e del S.I.L di Treviso**

(a cura di *Miriam Bordignon, Chiara Gobbo*)

Il percorso che ha condotto il Ser.T. e il S.I.L. di Treviso alla realizzazione di un progetto finalizzato all’inserimento lavorativo degli utenti tossicodipendenti è stato molto lungo e complesso ed ha sicuramente comportato delle modifiche anche sul piano epistemologico negli operatori di entrambi i servizi.

Il Ser.T. veniva da 15 anni di pensiero sulla tossicodipendenza che, pur modificandosi in progress all’evoluzione del problema e dei contesti, aveva sin là ritenuto l’aspetto lavorativo una cosa “altra” rispetto al paziente in terapia, tanto da essere scarsamente rilevante ai fini del progetto terapeutico.

Il S.I.L., d’altro canto, aveva da poco perso per strada quella “D” di “disabili” che l’aveva sino a quel momento caratterizzato: gli indirizzi operativi degli ultimi anni puntavano infatti all’ampliamento dell’area di intervento del S.I.L. a tutte le fasce deboli, ivi compresi i tossicodipendenti. Evento, questo della “perdita” di specificità, che ha richiesto agli operatori del S.I.L. di confrontarsi con temi tutt’affatto diversi (come quello della patologia psichiatrica e della dipendenza da sostanze) se non proprio con le diverse epistemologie dei Servizi referenti.

La fase progettuale, che si è dipanata nel corso di quattro anni e caratterizzata anche da lunghi momenti di stasi, dà conto delle difficoltà di trovare linguaggi comuni, pensieri condivisi e strumenti spendibili.

Prima di presentare le diverse fasi del progetto, vorrei mostrarvi il dato sulla condizione lavorativa relativa all’utenza in carico al Ser.T (ad esclusione, naturalmente, dei pazienti in comunità terapeutica o sottoposti a qualche forma di restrizione della libertà personale che impedisse la condizione lavorativa stessa):

### **Ser.T. di Treviso**

dati relativi all’utenza in carico nel II<sup>^</sup> sem. '99

<b>OCCUPATI</b>	61,6%
<b>NON OCCUPATI</b>	35,4%
<b>NON RILEVATI</b>	3%

COMPARTO	M	%	F	%
AGRICOLTURA	3	2,8%	0	
ALIMENTARI	4	3,7%	0	
TESSILE E CONF.NI	3	2,8%	1	7,1%
CALZATURIERO	2	1,8%	0	
LAVORAZ. DEL LEGNO	3	2,8%	1	7,1%
GRAFICHE E STAMPA	4	3,7%	1	7,1%
METALMECCANICA	20	18,5%	0	
EDILIZIA	39	36,2%	0	
TRASPORTI	6	5,5%	1	7,1%
COMMERCIO	5	4,6%	2	14,4%
CHIMICA	3	2,8%	0	
ALTRO (SERVIZI, SANITA'...)	16	14,8%	8	57,2%

### **Ser.T. di Treviso**

dati relativi all’utenza in trattamento metadonico protratto al giugno 1999

Attività lavorativa	Valori assoluti	Frequenze percentuali
no	26	46
Sì	31	54

Sesso	Valori assoluti	Frequenze percentuali
Maschi	40	70
femmine	17	30

Età	Valori assoluti	Frequenze percentuali
21-23	3	5.5
24-27	9	16.6
28-32	16	29.6
33-37	12	22.2
>38	14	25.9

Scolarità	Valori Assoluti	Frequenze percentuali
Elementare	8	14
Medie inferiori	30	53
Medie superiori	16	28
Scuole professionali	3	5

Il secondo lucido, come avete visto, riguarda il dato relativo al lavoro dei pazienti in trattamento metadonico protratto, così come abbiamo rilevato da un questionario sottoposto a questa particolare fascia di utenza nel giugno 1999 (abbiamo realizzato 57 interviste). I dati percentuali appaiono - alla luce dei pregiudizi del mondo del lavoro nei confronti di questa particolare categoria di postulanti lavoratori e delle effettive caratteristiche di inaffidabilità e quant'altro li distingua quando sono sotto l'effetto di sostanze stupefacenti - tutto sommato positivi, in particolare per quanto riguarda i "metadonici protratti".

Se però ci distogliamo da questa rappresentazione puntuale ed entriamo nel merito della professionalità o professionalizzazione, della tenuta sia relativamente al tempo che alle prestazioni, nel nostro caso almeno si apre un vero e proprio abisso.

L'idea progettuale nasce proprio dalla valutazione dell'evidente gap tra dato di realtà e dato statistico e si divide in due fasi successive:

- 1 Sportello Informalavoro, con lo scopo di informare/orientare e motivare i soggetti interessati
- 2 Programmazione e gestione di percorsi di integrazione lavorativa.

Lo sportello Informalavoro è rivolto a tutta l'utenza del Ser.T. interessata al lavoro (non solo tossicodipendenti e alcolisti ma anche i loro familiari, i volontari, le associazioni, gli operatori di comunità). Prende avvio all'inizio del 1999 da un'esperienza analoga del cuneese e consiste nell'apertura all'interno del Ser.T. di un "luogo" (individuato nell'ufficio educatori) dove per due ore alla settimana gli utenti possono:

- consultare le offerte di lavoro pervenute dal servizio Azimut dell'ufficio Provinciale del lavoro
- utilizzare il P.C. per predisporre il proprio curriculum o per comporre richieste di lavoro e risposte ad offerte di lavoro
- "parlare" di lavoro con gli educatori (i dati di realtà!!!)

Gli strumenti che utilizziamo sono un supporto informatico dell'Ufficio regionale per l'impiego (che contiene facsimile di curricula, di domande di lavoro e questionari per indagare le proprie aree di interesse) e una scheda di raccolta dei dati significativi per il lavoro. Tale scheda funziona anche da scheda di segnalazione al S.I.L. nel caso di passaggio alla fase successiva del progetto e ne sono destinatari persone in carico al Ser.T. con problematiche di tossicodipendenza e di alcol, per le quali l'inserimento lavorativo è parte del progetto terapeutico riabilitativo

Dal punto di vista metodologico, il processo di integrazione lavorativa viene attivato attraverso una fase iniziale di consulenza per valutare la domanda dell'utente e la sua motivazione .

A seguito di tale fase è possibile che l'utente:

- si attivi per una ricerca autonoma del lavoro (anche al di fuori dello sportello);
- che venga concordata con gli operatori la predisposizione di un percorso di integrazione lavorativa.

L'inserimento mediato all'interno di un ambiente di lavoro assume valenze diverse a seconda delle caratteristiche individuali delle persone ed ha lo scopo, per la persona, di apprendere abilità lavorative e relazionali o di verificarle e valutarle qualora siano già esistenti.

I percorsi individualizzati previsti dal progetto sono di due tipi:

- progetto formazione
- progetto lavoro

e utilizzano entrambi lo strumento del tirocinio formativo (così come regolamentato dal D.M. 142/98). Lo stesso decreto stabilisce anche il modello di convenzione e di progetto individualizzato, nel quale sono indicate le “regole del gioco”: orari, tutors aziendali e di riferimento per l’azienda Ulss, la durata del tirocinio, le mansioni concordate, i riferimenti assicurativi e il rimborso spese (cosiddetta borsa-lavoro).

I tirocini del progetto hanno una durata massima di 11 mesi e tendono ad obiettivi diversi:

- valutare la capacità di adattamento all’ambiente di lavoro
- valutare la capacità di tenuta relativamente all’orario di lavoro concordato, per quanto attiene al progetto formazione;
- valutare le capacità professionali
- valutare le capacità di tenuta rispetto al lavoro
- acquisire abilità professionali specifiche, per quanto attiene al progetto lavoro.

Gli ambienti in cui si realizzano questi percorsi di integrazione mediata sono i più diversi dal punto di vista del settore e delle caratteristiche produttive e hanno a che fare il più possibile con le capacità e le attitudini della persona coinvolta. Il S.I.L. ha a disposizione una consistente banca-dati di aziende da cui è possibile attingere e, iniziando a lavorare assieme, ci siamo anche accorti che è importante pensare ad ambienti di lavoro con caratteristiche diverse da quelli già conosciuti.

Un discorso a parte meritano le cooperative di tipo B, quelle di formazione-lavoro: le consideriamo una risorsa fondamentale soprattutto nella fase iniziale dei percorsi.

E’ importante ricordare che la rilevanza del problema dipendenza nella storia dei nostri utenti spesso costituisce un grave svantaggio sociale dovuto a molti fattori quali:

- la scarsa qualificazione per discontinuità dell’iter scolastico e lavorativo
- il rischio di ricadute
- la presenza di patologie che riducono le capacità lavorative
- l’esistenza di precedenti o pendenze penali.

Per la persona tossicodipendente, così come per altre persone svantaggiate, il lavoro rappresenta quindi il passaggio verso l’autonomia personale, l’assunzione di un ruolo e la stabilizzazione dell’identità.

D’altro canto, il mondo del lavoro si sta caratterizzando e orientando sempre più nel richiedere qualificazione, specializzazione e flessibilità.

Le cooperative di tipo B realizzano il “luogo” dell’incontro tra mondo del lavoro e soggetti svantaggiati, garanti della gradualità e del sostegno necessari in questo passaggio complesso, per evitare difficili ritorni all’indietro.

Nel nostro territorio sono presenti 5 cooperative di tipo B che si occupano prevalentemente di questa fascia di utenza e 3 di queste sono emanazione di altrettante comunità terapeutiche e l’accesso è normalmente “riservato” a chi da esse proviene.

Nella costruzione del progetto di integrazione lavorativa si è ipotizzato inoltre di individuare alcune “aziende-amiche”, disposte a dare, nell’immediato, disponibilità ad accogliere dei tirocinanti.

Tali aziende rispondono ad un’esigenza specifica grazie alle caratteristiche che in toto o in parte posseggono e che sono:

- lavoro di tipo artigianale
- gruppo di lavoro non eccessivamente numeroso
- ambiente con buone relazioni dove sia facilmente individuabile il riferimento gerarchico
- divisione dei compiti
- ambiente relazionale “affettivo”.

E’ evidente che si tratta di ambienti che consentono inserimenti molto “mediati”, utili a persone che hanno necessità di costruire o ricomporre una identità di lavoratore e delle competenze sociali particolari.

Gli obiettivi in questo caso si spostano sul versante relazionale e dell’organizzazione del tempo-lavoro.

Fermo restando che il progetto di inserimento lavorativo dei soggetti dipendenti non può che essere un percorso nel percorso, strettamente embricato al momento terapeutico, è connotato da questi passaggi in successione:

**SEGNALAZIONE DEL SER.T.**  
(operatore o équipe referente)



**PRESENTAZIONE DEL CASO E VALUTAZIONE DI IDONEITA'**  
(équipe segnalante ed équipe referente Ser.T/S.I.L.)



**REALIZZAZIONE DI CONSUL./ORIENTAM. ALL'UTENTE**  
(per una ricerca autonoma di lavoro o per percorsi mediati tramite stages lavorativi)



**INCONTRI CON L'UTENTE PER L'ATTIVAZIONE DEI PERCORSI "PROGETTO FORMAZIONE" E "PROGETTO LAVORO"**



**RICERCA LUOGHI DI LAVORO DOVE SVOLGERE LO STAGE**



**ATTIVAZIONE PROCEDURE AMMINISTRATIVE**  
(convenzione, denuncia INAIL, borsa-lavoro...)



**MONITORAGGIO DEL PERCORSO SUL LUOGO DI LAVORO**



**VERIFICA DELL'ESPERIENZA**  
(promuovendo momenti idonei con l'équipe segnalante e l'azienda ospite)

I “numeri” del progetto sono limitati sia perché i tirocini sono cominciati da maggio 2000, sia perché il progetto, finanziato dal F.N.L.D. (309/90), prevede l’avvio di 7 stages all’anno: contiamo perciò circa una sessantina di approcci allo sportello (dalla primavera del 1999 ad oggi) con diversi gradi di implicazione, 4 tirocini e 2 in preparazione.

La sperimentazione pratica del progetto ci ha presto evidenziato una serie di nodi problematici sui quali stiamo lavorando e che rilanciamo anche a questa assemblea:

- La fatica di mettere a punto strumenti nuovi o di adeguarne al nuovo target alcuni già in uso.

Tra i primi segnaliamo che qualcosa di efficace potrebbe nascere dall’interessante progetto collocato all’interno del “Piano triennale per la promozione della salute e della sicurezza negli ambienti di lavoro” deliberato dalla Giunta regionale (28.12.99). Tale progetto, di cui è responsabile lo SPISAL di Treviso e che vede coinvolti Ser.T, S.I.L. e SPISAL delle Aziende Ulss 8, 9, 13 e 20, prevede tra l’altro azioni rivolte alle persone con problemi di dipendenza per l’inserimento nel mondo del lavoro e per il mantenimento del lavoro stesso.

Dopo una prima fase conoscitiva delle diverse realtà coinvolte e soprattutto della realtà degli utenti seguiti dai diversi Ser.T. relativamente all’aspetto lavorativo, è previsto l’avvio per fine anno di una seconda fase, più operativa, con azioni di informazione, sensibilizzazione e formazione rivolte a:

- medici competenti
- rappresentanti dei lavoratori per la sicurezza (RLS)
- responsabili del servizio di prevenzione e di protezione (RSPP)
- imprenditori.

Tali azioni sono orientate ad aumentare le conoscenze:

- sui problemi correlati all’uso di sostanze psicoattive
- sui servizi socio-sanitari preposti alla prevenzione e alla cura delle dipendenze.

Il risultato atteso alla fine del progetto è quello di aver contribuito a mettere in rete i diversi attori coinvolti in questo difficile cammino di integrazione e a rendere più efficaci e fluidi i rapporti della nostra utenza col mondo del lavoro.

Tra gli strumenti già in uso e spendibili anche col target “dipendenti” intendiamo valorizzare il progetto EBAV (Ente Bilaterale tra Associazioni artigiane e OO.SS.) della Regione Veneto che, in caso di assunzione diretta o in seguito a tirocinio di soggetti tossicodipendenti da parte di aziende artigiane, un contributo economico da parte dell’EBAV e un sostegno da parte dell’Ulss.

- la mancanza di linguaggi comuni e la conseguente difficoltà a costruire dei percorsi condivisi
- la continua frizione tra “tempo della terapia” e “tempo del lavoro” o meglio la flessibilità e il “fatto su misura” del contratto terapeutico contro la pur necessaria rigidità dei contratti di lavoro, dei rapporti gerarchici e dell’obiettivo difficoltà di reperire ambienti idonei allo svolgimento dei tirocini
- e, infine, il pregiudizio del mondo del lavoro, che stenta a considerare quella di nostro interesse una fascia debole.

# ***Il progetto “Contatti”: parte terza***

*( a cura di Mario Zotta, Laura Suardi)*

Il progetto “Contatti” si articola in una serie di iniziative affidate dalla Regione Veneto ai Ser.T della nostra A.Ulss 12 Veneziana, in particolare alle Unità Operative della Prevenzione (azione prima e seconda) e della Riabilitazione e Reinserimento (azione terza). Per quanto concerne la riabilitazione e il reinserimento sociale, il progetto elaborato mira ad aumentare la coscienza, sia a livello istituzionale che sociale, sulle tematiche relative al reinserimento dei tossicodipendenti.

Il progetto si è sviluppato attraverso la creazione di specifiche iniziative quali: il laboratorio propedeutico al lavoro, la ricognizione sui Ser.T della Regione Veneto, la ricerca sul rapporto tossicodipendenza e mondo del lavoro e costruzione di una rete.

## ***Il laboratorio propedeutico al lavoro***

L’esperienza e la disamina dei dati accumulati in questi anni dagli operatori della riabilitazione ha portato a considerare che, per una significativa percentuale di soggetti in carico, l’inserimento lavorativo anche in ambiente parzialmente protetto, come può essere la Cooperativa Sociale, è impossibile. La discriminante per la tenuta di un inserimento lavorativo stabile sembra essere l’aver seguito un programma sia esso comunitario o ambulatoriale.

Il laboratorio nasce dall’esigenza di sperimentare, per utenti particolari, alcuni momenti di integrazione sociale e lavorativa. Si tratta di soggetti fortemente compromessi sia per quanto attiene alla condizione tossicomane (politossicodipendenza, metadone ad alto dosaggio, sieropositività), sia per quella sociale (mancanza di rete familiare, precarietà abitativa, lunga assenza dal mondo del lavoro) che psichica (comorbilità psichiatrica).

Soggetti che non sono in grado di utilizzare le proposte ambulatoriali dei Ser.T.

I risultati di questa attività, ancora in itinere, ci sembrano apprezzabili e meritevoli di una riflessione. Quello che abbiamo osservato in questa prima fase, è stata la possibilità reale di intervenire per bloccare quegli inevitabili processi di aggravamento e di progressiva emarginazione a cui sono sottoposti questi soggetti, se lasciati senza alcuna relazione significativa.

## ***La ricognizione sui Ser.T della Regione Veneto.***

L’idea di raccogliere ciò che è fatto dai Ser.T del Veneto in campo riabilitativo è nata, da un lato, dalla conoscenza diretta da parte di alcuni di noi d’esperienze specifiche portate avanti da altri Servizi, dall’altro, dalla curiosità che ci ha spinto ad indagare e a chiedere, insistentemente, la collaborazione dei colleghi dei Ser.T.

Questa ricognizione ha fornito una panoramica della ricchezza e della vivacità esistente nella nostra Regione, gettando nuova luce in un settore che può apparire ad una prima superficiale visione, come privo d’iniziative.

Elemento positivo è l’aspetto della specificità di queste iniziative, che si collegano al proprio contesto territoriale, anche se da questo sono fortemente condizionate. Questa dimensione locale

rischia però al tempo stesso d'essere elemento di difficoltà, dato dalla poca visibilità e dalla mancanza di divulgazione e di confronto con altre iniziative.

Ciò che è emerso in sede d'incontro tra gli operatori dei Ser.T, impegnati in questo settore, è la domanda di acquisire un sapere comune, che contribuisca, all'interno delle singole specificità, alla creazione di modelli di lavoro confrontabili e verificabili.

Questa giornata di studio ci sembra essere l'occasione adatta per chiedere agli Enti preposti l'apertura di spazi ed iniziative in tal senso.

### ***Ricerca sul rapporto tossicodipendenza e mondo del lavoro***

I cambiamenti nella popolazione dei tossicodipendenti afferenti ai Ser.T necessitano di strategie e modalità d'approccio nuove. Assistiamo oggi, avvalorati dal riscontro epidemiologico, alla presenza sempre più rilevante di una popolazione ad alta integrazione sociale.

Una sempre maggiore percentuale d'utenti svolge un'attività lavorativa compatibile con interventi di tipo farmacologico come il metadone.

Per quanto attiene alla ricerca, si è trattato di una vera e propria indagine statistico epidemiologica sui tossicodipendenti in trattamento metadonico presso i Ser. T di Mestre e Venezia. Obiettivo di tale ricerca, è stato quello di indagare sul rapporto attuale e passato con l'attività lavorativa da parte di tali utenti.

Inoltre, attraverso questa rilevazione si è inteso acquisire elementi conoscitivi sul fenomeno del "sommerso"; di quella popolazione di consumatori saltuari o abituali che presentano una "compatibilità" con un'attività lavorativa, ma risultano sconosciuti ai Ser.T.

### ***Costruzione di una rete.***

L'attività riabilitativa a Venezia è storia più che ventennale. La ricchezza delle esperienze sinora condotte tra Comunità Terapeutiche, Cooperative Sociali, A.Ulss e Comune, ci porta ad osservare come sia stata sempre viva l'attenzione e la collaborazione di quanti lavorano in quella delicata ed importantissima fase dei programmi terapeutici chiamata riabilitazione o reinserimento socio lavorativo.

Questa collaborazione ha permesso di rispondere a quello che è stato sino a ieri il bisogno di inserimenti socio lavorativi di soggetti al termine dei percorsi terapeutici, siano essi comunitari o ambulatoriali, contribuendo ad abbattere lo stereotipo sociale della irrecuperabilità del tossicodipendente.

Oggi, di fronte all'emergere di nuovi bisogni nel campo della tossicodipendenza, si richiede da parte di tutti i soggetti, istituzionali e non, la capacità di modificarsi.

Alla molteplicità delle domande dobbiamo far corrispondere una molteplicità di offerte.

A livello cittadino si è steso un documento programmatico tra i Ser.T di Venezia e Mestre, le Comunità Terapeutiche, i Servizi del Comune di Venezia, il Consorzio "G. Zorzetto", che contiene una prima riflessione sul problema della riabilitazione e reinserimento sociale e lavorativo in rapporto ai diversi bisogni e alle diverse tipologie di pazienti. Tale documento, che mira alla creazione di un sistema integrato nel territorio veneziano, è stato fatto proprio dal costituendo Dipartimento delle Dipendenze quale obiettivo prioritario da perseguire.

## ***SE IL BUON GIORNO SI VEDE DAL MATTINO.....***

**Osservazioni sull'esperienza riabilitativa del Laboratorio "Contatti" dei Ser.T. di Mestre e Venezia.**

*( a cura di Chiara Salandin)*

Il Laboratorio Contatti è un laboratorio di allenamento al lavoro per utenti in trattamento con metadone a mantenimento dei Ser.T. di Venezia e Mestre.

L'esperienza è iniziata nell'aprile 1999 sulla base di una realistica valutazione degli inserimenti lavorativi degli utenti e del loro esito. Il gruppo di lavoro del settore riabilitativo ha valutato l'andamento degli inserimenti lavorativi di 100 utenti: dall'analisi è emerso che gli utenti che intraprendono e mantengono un'attività professionale sono in grande prevalenza coloro che hanno iniziato e portato a termine un trattamento, sia ambulatoriale che residenziale. Questo dato ha portato a ritenere che, nella quota di utenti che non sono in grado di accedere ad un lavoro stabile, vi sia una disabilità delle competenze sociali. Il Laboratorio Contatti è stato allestito per dare una risposta ai bisogni di questa fascia di utenti.

Il Laboratorio si trova in un adeguato locale presso la struttura di Forte Rossarol (CEIS), a Campalto, nel mestrino.

Gli utenti vengono inviati al Laboratorio su segnalazione di un operatore del Servizio, previo colloquio con l'Assistente Sociale.

Al momento dell'inserimento, l'utente firma un contratto, del tutto simile, nelle sue regole, ad un normale contratto di lavoro.

L'inserimento dura sei mesi e prevede un compenso mensile, tramite un finanziamento regionale, di una somma variabile tra le duecento e le duecentocinquantamila lire al mese. Al termine dei sei mesi, l'operatore di riferimento dell'utente fa con lui un bilancio dell'esperienza e, ove sia possibile cura, attraverso il S.I.L. o le Cooperative Sociali un eventuale passaggio ad un lavoro regolare.

L'attività del Laboratorio si svolge dal lunedì al venerdì, con orario 8.30 – 12.30 e prevede una pausa dalle 11 alle 11.15.

Il lavoro è consistito per circa 8 mesi in un assemblaggio di componenti di lampade. Attualmente il Laboratorio produce maschere veneziane con tecnica semi – artigianale per una ditta trentina.

Un educatore è preposto all'attività e si occupa della conduzione del laboratorio, del coordinamento del gruppo di utenti lavoratori, della gestione delle commesse e del collegamento tra Laboratorio e Ser.T.

Il gruppo di lavoro allargato presso il Ser.T. ha stabilito le modalità organizzative e cliniche del dispositivo, attraverso riunioni mensili di valutazione. E' stato inoltre attivato uno spazio di ascolto psicologico per gli educatori che seguono l'attività.

L'educatore si reca tutti i giorni presso il Ser.T. di Mestre e/o in altri luoghi, volta per volta prestabiliti, per accompagnare con un pulmino gli utenti al Laboratorio e per riaccompagnarli alla fine della mattinata.

Sono state predisposte per ogni utente schede giornaliere di valutazione e di autovalutazione.

Ogni due settimane l'Assistente Sociale del progetto incontra il gruppo degli utenti presso il luogo di lavoro per discutere insieme sull'andamento dell'esperienza.

A tutt'oggi sono stati inseriti nel Laboratorio 16 utenti, di età media 34 anni: ognuno di loro assume terapia con farmaco sostitutivo da un periodo di circa 4 anni.

Le osservazioni sull'esperienza sono limitate, perché si riferiscono soltanto a questo primo anno e mezzo di attività, però se il buon giorno si vede dal mattino.... Si possono nutrire speranze sui risultati e sull'evoluzione di questo dispositivo riabilitativo.

Definiamo prima di tutto la riabilitazione quale settore di un Servizio che si occupa della costruzione e della ri-costruzione di abilità sociali mai apprese o perdute, tramite un insieme di tecniche sostenute da precise teorizzazioni.

Le attività riabilitative poggiano sui tre assi dell'abitare, del lavorare e dello stabilire e mantenere relazioni sociali.

La riabilitazione nell'ambito lavorativo prevede l'acquisizione di competenze professionali, il rispetto dei tempi, del luogo di lavoro, dei macchinari e del regolamento e, soprattutto, la capacità di stringere buone relazioni con i colleghi.

La funzione riabilitativa, che attraversa vari ambiti di intervento nei vari Servizi del territorio, si sta

dimostrando efficace ed inoltre alleata stretta di altri interventi (quali interventi psicoterapeutici). Si rivolge alle persone più disagiate, utilizzando la gradualità ed il rispetto dei tempi di apprendimento personale come strumenti basilari.

Si svolge spesso in piccoli gruppi.

L'esperienza del Laboratorio "Contatti" è stata proposta ed accettata da quegli utenti del tutti contrari ad altri tipi di intervento proposti in precedenza dal Servizio: si può dire cioè, che l'attività del Laboratorio è stato l'unico aiuto non farmacologico offerto dal Ser.T. che alcuni utenti sono riusciti ad accettare dopo anni di frequenza al servizio.

L'attività ha dato positivi risultati fin dai primi mesi, sorprendendoci rispetto alle nostre aspettative.

Prima di tutto, il Laboratorio si è rivelato una preziosa opportunità di conoscenza del paziente, che ci ha permesso di cogliere risorse e, in qualche caso, carenze, aggiungendo consapevolezza nel definire i programmi terapeutici.

Per tutti gli utenti del Laboratorio l'occasione ha permesso di riprendere respiro e senso di sé in una vita ai margini della socialità, grazie a piccole cose concrete, come la reciproca cortesia, una capacità di aiuto reciproco, una torta preparata insieme per una ricorrenza.....

Provando a leggere il senso dell'attività con le coordinate teoriche precedentemente descritte, si può dire che il Laboratorio "Contatti" si è dimostrato una vera "palestra" per apprendere in modo non superficiale competenze sociali oltre che professionali.

La presenza e la partecipazione al Laboratorio, seppur con qualche difficoltà iniziale soprattutto di rispetto dell'orario, è stata assidua e vivace, restituendo ai partecipanti aspetti di vitalità nemmeno immaginabili. Questo ci ha permesso di comprendere che è probabilmente il "fare" insieme ad aver creato lo spazio accessibile e la possibilità delle trasformazioni personali e del gruppo: è dunque ancora lo spazio transizionale del "gioco" il medium efficace per chi non è ancora in grado di esprimersi con le parole o di ricostruire se stesso attraverso la parola. Ci sembra, cioè, che gli utenti ci abbiano fatto capire come possono essere aiutati.

In conclusione, l'esperienza del Laboratorio non solo insegna e riattiva abilità sociali, ma si avvicina all'area della trasformazione personale grazie ad uno spazio di "mediazione" che permette di sperimentare un luogo "malleabile", non soffocante, molto diverso, potremmo dire, dal soffocante vissuto di invischiamento con le sostanze.

# ***IL LABORATORIO CONTATTI***

## **Esperienze di un educatore**

*(a cura di Massimo Urso Rainer)*

Da più di sette mesi mi occupo della gestione diretta del laboratorio Contatti, precedentemente ho lavorato presso la Comunità Terapeutica del Centro Don Milani-Ce.I.S di Mestre con un genere di utenza molto diversa da quella che il progetto Contatti tratta.

Un'utenza più definita rispetto alla motivazione e non sostenuta da farmaci e/o metadone. I primi tempi sono stati un po' duri per me, poiché mentalmente ero strutturato al lavoro di comunità e la prima necessità che ho sentito è stata quella, non facile, di liberarmi da qualsiasi struttura o schema mentale in modo tale da permettermi un'osservazione "pulita" dell'utenza che mi si presentava. Il primo lavoro che ho seguito presso il laboratorio era costituito dall'assemblaggio di cavi elettrici per conto di una cooperativa. La mattina andavo a prendere gli utenti dal Ser.T, li accompagnavo in laboratorio e dopo la colazione s'iniziava a lavorare, cavo marrone a destra, cavo blu a sinistra; alle 12,30 si smetteva di lavorare e si ritornava a casa e così ogni giorno, con tempi e modalità ben scanditi.

Per motivi tecnici il lavoro d'assemblaggio dei cavi non dava continuità, quindi periodicamente si passava ad un'attività manuale di cartonaggio o produzione di carta marmorizzata.

In questo passaggio tra un'attività "statica", come quella dei cavi, ad un'attività creativa il comportamento degli utenti mutava. Si sviluppavano dinamiche diverse e particolarmente interessanti, sia all'interno del gruppo che dei singoli; gli utenti mostravano una maggior partecipazione, interesse e vivacità. Tale osservazione mi ha spinto a ricercare attività che dessero loro la possibilità di esprimere al meglio le proprie risorse pur riconoscendo i propri limiti. Inizialmente ho puntato sulle maschere, ma purtroppo il tentativo è fallito per la difficoltà di inserirsi in un mercato di nicchia come risulta essere l'artigianato veneziano delle maschere. Successivamente ho avuto la possibilità di conoscere un Maestro d'arte di Madonna di Campiglio che pratica un'attività particolarmente adatta al nostro scopo e che è proprietario di un negozio chiamato "l'Officina del Sole". La produzione più interessante e particolare del negozio risulta essere la creazione di oggetti d'arte con la tecnica del Papier Mâché. Si procede a miscelare una pasta di cellulosa e colle particolari, che amalgamata all'interno di stampi dà forma a vari tipi di soggetti/oggetti. Quest'attività è risultata essere adatta ai nostri scopi per tanti motivi: **originalità**, dopo un breve iter formativo, l'utente, è stato messo al corrente che la tecnica del Papier Mâché è opera in Italia di quest'unico artigiano; **creazione d'interdipendenza positiva**, quando un utente, ma a questo punto lo chiamerei artigiano, mette ad essiccare nel forno il suo pezzo dà uno sguardo al lavoro del suo compagno e se è pronto da stornare lo avvisa, inoltre il resto del gruppo stucca e leviga il pezzo passando così dalla catena di montaggio ad una catena di collaborazione; **alto livello d'attenzione**, il lavoro d'amalgamazione, di stuccatura e levigatura è difficile e richiede un'attenzione particolare altrimenti il pezzo va buttato; **sviluppo della responsabilità individuale**, ogni giorno il lavoratore deve dare il proprio contributo nella propria fase di lavoro affinché il soggetto, si realizzi nel miglior modo per assicurare una produzione costante di pezzi; **autostima**, "...io riesco ancora a fare qualcosa di bello con le mie mani..."; **accettazione del fallimento**, non sempre i soggetti riescono bene, di conseguenza gli utenti sviluppano così una sorta di sfida personale nella riuscita del lavoro "...devo riuscire a farlo bene."; **competitività**, (positiva) nella qualità del lavoro; **la relazione con l'educatore**, diventa molto stretta poiché il lavoro richiede un confronto costante ed è proprio in questo contesto che il ragazzo instaura con l'educatore un legame a volte dipendente, poiché la sua richiesta di affettività è molto alta. Il ragazzo cerca, nella figura dell'educatore, il fratello maggiore, l'amico, il confidente. Non sempre è facile coniugare il doppio ruolo in cui mi trovo ogni giorno, da un lato il ruolo di educatore che accompagna un processo di acquisizione di manualità e dall'altro il ruolo di datore di lavoro che deve far rispettare le regole essenziali che il mercato del lavoro richiede. Purtroppo non per tutti è stato un successo, per alcuni il confrontarsi con i propri limiti è stata causa di regressione e apatia e per loro si è pensato a occupazioni diverse. **A prescindere dall'attività, il "Laboratorio Contatti", per noi addetti ai lavori è una fonte inesauribile di informazioni sugli utenti in quanto ci permette di conoscere il loro mondo, i loro problemi, le paure e le speranze, aspetti che non sempre in un colloquio formale possono emergere; non meno interessante è capire il gergo che usano tra loro e il rapporto che hanno con l'autorità. Alla fine della giornata l'educatore, in qualità di osservatore e gli utenti compilano una scheda di valutazione. Ogni quindici giorni,**

in occasione del gruppo con l'Assistente Sociale le schede vengono rilette e viene posta attenzione agli scostamenti di percezione tra educatore e utente in riferimento all'andamento del lavoro in laboratorio.

In conclusione ringrazio tutti coloro che, con i consigli e il loro sostegno, mi hanno aiutato a realizzare i risultati ottenuti.

**ANCHE L'ULTIMO DEGLI ULTIMI HA QUALCOSA DA DAREI NOI... ..CI ACCONTENTIAMO?"**

# ***IL PROGETTO CONTATTI: LA RICERCA***

*( a cura di Marco Zamarchi, Monica De Angeli)*

L'importanza riconosciuta dagli operatori dei Servizi per le Tossicodipendenze nei confronti dei percorsi di riabilitazione e di reinserimento socio-lavorativo, non trova adeguato riscontro nella ricerca. Si assiste, infatti, ad uno stato di generale arretratezza che si ripercuote sulla qualità delle strategie d'intervento utilizzate fino ad ora. La mancanza di modelli di riferimento e quindi di strumenti conoscitivi adeguati, rende il quotidiano intervenire degli operatori denso di incertezze. Se in ambito clinico gli strumenti e i protocolli sono definiti e supportati da una consistente letteratura, per quanto riguarda il "reinserimento" la definizione di altrettanti percorsi non è ancora raggiunta. Il progetto Contatti parte terza intende portare un contributo scientifico alla costruzione di un modello che per essere definito necessita del confronto degli operatori del settore.

Lo studio da noi proposto ha inteso focalizzare le interconnessioni esistenti tra la realtà di soggetti che hanno problematiche di dipendenza e mondo dell'impiego. L'approccio di tipo esplorativo, che caratterizza tutto il lavoro di indagine, intende offrire un primo inquadramento della questione. Il nostro scopo è quello di offrire elementi di valutazione dell'esistente a partire dal livello nazionale, per scendere a quelli regionali e locali.

Per quanto riguarda il livello nazionale, da un'analisi della letteratura scientifica emerge una prima difficoltà. Il problema dell'uso, consumo e abuso di sostanze stupefacenti e contesto di lavoro non è stato ancora sondato in maniera organica e sistematica come è invece capitato per il problema alcool. Per quanto riguarda il livello regionale<sup>5</sup> la ricerca ha coinvolto tutti i Servizi per le tossicodipendenze della regione Veneto. Si è inteso conoscere e approfondire le diverse attività e metodologie utilizzate nell'area socio-riabilitativa e del reinserimento lavorativo. Il questionario inviato a tutti i Servizi ha restituito in quadro ricco ma assai complesso. Abbiamo rilevato che ogni realtà locale presenta peculiarità a se stanti, che si traducono in modalità di lavoro che sono talvolta condizionati, limitati, subordinati o altrimenti favoriti dal contesto socio-culturale e dal tessuto economico in cui sono inseriti. Esistono realtà diverse, che rappresentano modi di operare difficilmente riassumibili in un unico modello. Dall'indagine esplorativa emergono anche le diverse esigenze formative degli operatori che hanno un carico di lavoro speciale che pretende di agire in un ipotetica area "post-terapica".

Per quanto concerne il livello locale, la ricerca<sup>6</sup> si è svolta presso il Ser.T di Mestre e il Ser.T di Venezia – Azienda ULSS 12 Veneziana. L'indagine ha inteso far emergere le possibili relazioni tra l'assunzione di sostanze stupefacenti e il mondo del lavoro. Si è cercato di porre attenzione all'iter lavorativo di persone che hanno sviluppato, dopo anni di consumo di sostanze stupefacenti, una dipendenza.

Lo strumento utilizzato per rilevare i dati è stato un questionario costituito da 40 item strutturati in sette diverse sezioni. Il gruppo bersaglio è costituito dagli utenti in carico ai Ser.T di Venezia-Mestre in trattamento farmacologico sostitutivo con metadone. Un primo studio pilota è stato realizzato presso il Ser.T di Dolo grazie alla disponibilità del personale. Il campione oggetto dell'indagine inizialmente costituito da un totale di 250 utenti in carico ai Servizi per le Tossicodipendenze dell'Azienda ULSS 12 veneziana si è ridotto a 158 soggetti, così suddivisi, 54 utenti presso il Ser.T di Venezia e 104 utenti presso il Ser.T di Mestre. La somministrazione è stata possibile grazie alla continua sollecitazione degli utenti da parte di infermieri, assistenti sociali e psicologi dei servizi che hanno partecipato.

---

<sup>5</sup> Per i risultati dell'indagine regionale si veda pag.

<sup>6</sup> Per i risultati dell'indagine locale si veda pag.

**Reinserimento, socio-lavorativo I°**  
***(nodi e possibili strategie)***<sup>7</sup>

*( a cura di Mario Zotta e Patrizia Balbo)*

*Premessa*

Le relazioni che seguono, fanno parte di due seminari previsti dal progetto PFT 2000 che ha finalità di formazione per gli operatori del settore. Gli obiettivi del progetto, tenuto conto degli elementi del fenomeno Tossicodipendenza, trattano non solo le tematiche della prevenzione primaria e secondaria, della cura e della riabilitazione del paziente ma anche le problematiche di tipo organizzativo, legislativo e istituzionale correlate alla rete di servizi. La finalità generale è la formazione e l'aggiornamento permanente, qualificato e specialistico del sistema regionale delle dipendenze.

I seminari che si sono svolti rispettivamente il 4-5 aprile e il 5-6 giugno 2001 hanno affrontato aspetti diversi dei processi di inserimento socio – lavorativo che interessano persone con problemi di tossicodipendenza e alcolismo. Il tema del lavoro è diventato infatti, negli ultimi anni oggetto di crescente attenzione nel settore della cura e riabilitazione. Questo nuovo interesse segna di fatto un passaggio culturale essenziale poiché consente di inserire all'interno dei tradizionali programmi socio-sanitari anche le progettualità che valorizzano la basilare importanza del lavoro come strumento potenziale di cambiamento educativo e terapeutico. L'obiettivo che si è cercato di raggiungere attraverso i contributi dei relatori, i momenti di scambio e di discussione tra gli addetti del settore, è stato quello di segnalare con forza alla Regione Veneto il bisogno di intraprendere un cammino che possa consentire la formulazione di "Linee Guida", indirizzi concreti a chi opera in un settore "di confine" tra processi di inserimento sociale, inserimento lavorativo e dipendenza.

---

# ***Rientrare nella società: il nodo dell'inserimento lavorativo per i soggetti tossicodipendenti***

( a cura di Luca Fazzi)

## ***1. Introduzione***

Il tema lavoro è stato posto recentemente al centro di una nuova riflessione nell'ambito delle politiche rivolte ai soggetti con problemi di tossicodipendenza (Geria, 2001). La convinzione è che i programmi di aiuto ai tossicodipendenti debbano superare la fase del solo trattamento socio-sanitario per affrontare lo scoglio dell'inserimento sociale e dei processi di risocializzazione o del sostegno alla socializzazione dei quali il lavoro è un nodo focale.

Le posizioni che convergono nell'identificazione del lavoro come tema centrale delle politiche rivolte ai soggetti tossicodipendenti sono plurime. Da un lato vi sono coloro i quali vedono nel lavoro un mezzo per contrastare i rischi che una focalizzazione degli interventi sulla fase del trattamento possono comportare per persone che devono rientrare in un sistema di relazioni sociali dal quale si sono allontanate o sono state espulse da lungo tempo e che richiedono di conseguenza tempi e strumenti per la risocializzazione strutturati e duraturi.

In questa prospettiva il lavoro è considerato: 1) un mezzo che svolge una funzione di stabilizzazione dell'esistenza individuale organizzando in modo strutturato il tempo di vita degli individui; 2) uno strumento per ampliare e modificare la rete delle relazioni sociali e questo è un aspetto cruciale per la stabilizzazione del cambiamento, poiché è solo attraverso le reti sociali che il soggetto può disporre di quel sostegno intersoggettivo necessario a superare le situazioni di stress connesse alla ristrutturazione degli atteggiamenti e degli stili di vita e 3) un medium che facilita e promuove la percezione dell'esistenza di scopi che trascendono gli obiettivi dei singoli individui poiché inserisce le persone in processi il cui prodotto è il risultato della cooperazione e del mutuo adattamento.

Da un'altra prospettiva in lavoro viene visto come uno strumento che permette di rompere i circoli viziosi delle politiche assistenziali che invece di promuovere il cambiamento inducono alla dipendenza dalle prestazioni sociali e sanitarie. Secondo tale visione il lavoro: 1) fornisce alle persone un mezzo che permette di disporre di un reddito e, quindi, di affrancare l'individuo da una condizione di assistito per raggiungere quella di soggetto socialmente ed economicamente autonomo e indipendente; 2) stimola le persone all'assunzione di responsabilità dirette e quindi al superamento anche cognitivo dello stato di assistito 3) è la condizione per l'accettazione (o la ri-accettazione sociale) poiché esso contribuisce alla formazione dello status sociale. .

Esistono fondamentali differenze culturali, politiche e sociali alla base di queste due diverse modalità di percepire il ruolo del lavoro nei programmi di sostegno alle persone in stato di difficoltà. Il punto di congiunzione di queste prospettive si ritrova nell'attribuzione al lavoro e in particolare al processo di reinserimento lavorativo di un ruolo cruciale nell'organizzazione delle risposte ai problemi della tossicodipendenza.

Il presente contributo si propone di affrontare relativamente al tema del rapporto tra lavoro e tossicodipendenza le seguenti questioni:

- 1) la centralità del lavoro rispetto ai problemi individuali e sociali della tossicodipendenza;
- 2) il ruolo che il lavoro può effettivamente svolgere per affrontare il problema dei soggetti in stato di tossicodipendenza
- 3) le strategie da sostenere e perseguire per utilizzare il lavoro come strumento per reinserire i tossicodipendenti all'interno della rete sociale.

## **2. La centralità del lavoro nei programmi di sostegno ai soggetti tossicodipendenti**

Il tema del lavoro è stato per anni estromesso dalla discussione sulle tossicodipendenze. La rappresentazione sociale dominante era infatti quella che da un lato vedeva il tossicodipendente come un soggetto che adotta stili di vita e comportamenti incompatibili con il lavoro e dall'altro considerava il problema della tossicodipendenza esclusivamente dal punto di vista del trattamento.

Entrambi questi stereotipi sono stati negli ultimi anni oggetto di profondo ripensamento

L'evidenza empirica rileva in primo luogo come lo stato di dipendenza non escluda la possibilità di partecipare al mondo del lavoro. Sempre più spesso nei Ser.T vengono presi in carico ad esempio soggetti in stato occupazionale che si rivolgono al servizio ad uno stadio molto avanzato di dipendenza. La diffusione della figura del cosiddetto tossicodipendente integrato ha imposto in molti paesi e più di recente anche in Italia un ripensamento delle stesse strategie di prevenzione secondaria e terziaria dell'uso di sostanze stupefacenti che ha coinvolto in diverse esperienze pilota i datori di lavoro, i sindacati e i consigli di fabbrica nella costruzione e realizzazione di progetti miranti a sostenere psicologicamente, socialmente e economicamente i lavoratori con problemi di tossicodipendenza nella cura e nel trattamento socio-sanitario integrato allo svolgimento di mansioni lavorative (Geria, 2001).

La scoperta che è possibile fare convivere, anche se con grande difficoltà, il lavoro con la tossicodipendenza, pur diventando oggetto di analisi e discussione è tuttavia attualmente un tema offuscato da un'altra "scoperta": quella che terminato il trattamento socio-sanitario la persona tossicodipendente si ritrova di fronte al vero punto critico dell'esperienza riabilitativa: la socializzazione e il reinserimento sociale.

Essendo la tossicodipendenza un problema caratterizzato da elevati rischi di recidiva, le fasi del reinserimento sono cruciali per portare a compimento un processo di normalizzazione (o ri-normalizzazione) del comportamento della persona affetta da problemi di dipendenza. Tutti i fattori che limitano lo stress e il panico che si vengono a creare nel percorso di reinserimento sociale sono dunque da recuperare all'interno dei disegni di intervento e tra questi il sostegno all'inserimento o al reinserimento lavorativo acquisiscono per il valore sociale attribuito al lavoro un carattere effettivamente strategico.

Questa scoperta del fattore lavoro come elemento cruciale di supporto ai processi di risocializzazione e di stabilizzazione comportamentale dei soggetti tossicodipendenti ha comportato negli ultimi anni un crescente interesse verso le attività orientate espressamente al reinserimento lavorativo che ha posto in secondo piano il tema del sostegno ai tossicodipendenti sui luoghi di lavoro che ha continuato a essere sviluppato soprattutto attraverso l'erogazione di metadone.

Già da una decina di anni programmi di inserimento lavorativo di soggetti tossicodipendenti sono stati sviluppati da Sil i servizi di inserimento lavorativo pubblici attraverso l'erogazione di borse lavoro o l'organizzazione di tirocini e inserimenti protetti in azienda. Il vero boom degli inserimenti lavorativi si è iniziato ad avere tuttavia all'inizio degli anni novanta con la diffusione in quasi tutte le regioni del centro nord delle cosiddette cooperative sociali di inserimento lavorativo: organizzazioni che come finalità statutaria perseguono espressamente il reinserimento lavorativo di soggetti appartenenti alle cosiddette fasce deboli.

Secondo i dati dell'ultima rilevazione ISTAT si contano oggi in Italia complessivamente più di seimila cooperative sociali di cui oltre duemila impegnate in attività di inserimento lavorativo. Non essendo disponibile a tutt'oggi l'imminente terzo rapporto sulla cooperazione sociale in Italia non è possibile stimare quante cooperative siano attive nel settore delle tossicodipendenze. Sono tuttavia diverse migliaia ormai i tossicodipendenti inseriti in cooperative sociali con finalità di inserimento lavorativo tanto che il fenomeno è diventato oggetto di ricerca e analisi da parte di osservatori provenienti da vari paesi sia europei che extra europei.

Se paragonato al numero dei soggetti in trattamento presso strutture socio-riabilitative il numero di persone con problemi di tossicodipendenza inseriti all'interno di cooperative sociali di inserimento lavorativo, stimato sulla base dei dati del secondo rapporto nazionale sulla cooperazione sociale del

1995 intorno a 1.500-2.500 unità circa e che oggi dovrebbe essere circa il doppio, risulta ancora molto ridotto.

Tuttavia, è ormai visibile il crescente interesse da parte dei Ser.T a utilizzare lo strumento degli inserimenti lavorativi ai fini sia della stabilizzazione comportamentale che della socializzazione e del reinserimento sociale.

### **3. Il ruolo del lavoro nel reinserimento di persone affette da problemi di tossicodipendenza**

Il ruolo che il lavoro può svolgere per sostenere i percorsi di aiuto dei soggetti tossicodipendenti è chiaramente innegabile. Uno dei grandi fallimenti delle strategie di trattamento socio-sanitario dei tossicodipendenti in Italia è stata infatti quella di non guardare a che cosa accadeva una volta terminate le fasi del trattamento socio-sanitario o di considerare questa fase di vita della persona come secondaria o non rilevante ai fini dell'organizzazione degli interventi.

La scelta di investire sul lavoro costituisce in questo senso un tassello di una vera e propria rivoluzione copernicana dei programmi di intervento che si incominciano pur ancora con fatica a considerare terminati solo quando sono state offerte ai soggetti condizioni di sostegno durature e stabili per il processo di reinserimento sociale.

Ma il lavoro costituisce veramente la chiave di volta dei programmi di sostegno a soggetti tossicodipendenti? Oppure si deve tenere in mente l'assioma base della moderna riflessione sui problemi della tossicodipendenza secondo il quale non esiste una soluzione e un percorso certo alla soluzione del problema?

E' importante sollevare questo quesito perché recentemente l'interesse nei confronti delle politiche di inserimento lavorativo sembra essere caratterizzato da elementi di forte retorica e ideologia che nel settore delle dipendenze non sono mai mancati di produrre danni e preoccupazione. Questa retorica si riassume nella considerazione secondo la quale al lavoro devono essere attribuite funzioni benefiche di per sé rispetto all'emancipazione individuale e sociale.

Senza dubbio l'occupazione così come il lavoro costituiscono elementi che permettono di favorire i percorsi di socializzazione e reinserimento sociale. Romano (2001, 71) usa a questo proposito il concetto di "elemento elettivo" per definire il ruolo che il lavoro può svolgere come fattore di sostegno nella fase del reinserimento sociale del soggetto tossicodipendente.

L'idea che il lavoro possa aiutare i percorsi di socializzazione e reinserimento sociale così come quelli di stabilizzazione comportamentale non deve portare ad equivocare tuttavia sul contributo effettivo che il lavoro può svolgere nel sostegno a persone affette da problemi di tossicodipendenza.

Ci sono a questo proposito almeno tre considerazioni da fare:

- in primo luogo, il lavoro è solo uno tra i fattori che aumentano le probabilità di successo di un percorso di reinserimento sociale e non l'unico. Il fatto che il lavoro promuova la disponibilità di un reddito, la stabilizzazione comportamentale, la socializzazione, lo status sociale e quindi l'auto stima, è un dato chiaramente inconfutabile. Le ricerche empiriche sui percorsi di reinserimento sociale di soggetti tossicodipendenti indicano tuttavia in modo esplicito come un ruolo molto più significativo nel processo di emancipazione dalla tossicodipendenza viene svolto da variabili di tipo relazionale come le strategie comunicative e di relazione che la persona sa porre in essere per ri-tessere rapporti sociali normalizzati oppure la presenza di persone significative di riferimento che sostengono lo stress e l'incertezza della riabilitazione sociale (Simons e colleghi, 1988). Ne consegue che il lavoro riesce a svolgere una funzione tanto più incisiva quanto più è inserito all'interno di processi più articolati e complessi di supporto psicologico, sociale e relazionale.
- in secondo luogo, il lavoro svolge un ruolo nel sostegno dei percorsi di reinserimento sociale che varia sulla base della sintomatologia espressa dal soggetto tossicodipendente, dal suo grado di tolleranza al lavoro e da un insieme molto complesso e articolato di variabili di contesto che caratterizzano lo stato fisico psicologico e sociale dell'individuo (Fazzi, 1997). Vi sono soggetti

per i quali il grado di tolleranza al lavoro è ad esempio talmente compromesso che l'utilità di uno stato occupazionale rischia di essere inferiore a rischio di peggioramento permanente dello stato di salute. Per altri soggetti il lavoro con tutti gli obblighi di interazione sociale e di performance produttiva che esso in qualche modo comunque comporta può favorire la regressione del livello di autostima e l'aumento delle spinte alla fuga nella droga. Il lavoro consente dunque di favorire l'inserimento della persona affetta da problemi di tossicodipendenza solo a condizione di una verifica approfondita delle caratteristiche proprie di ciascun individuo che non sempre e non necessariamente può trovare nello stato occupazionale un aiuto significativo al processo di emancipazione dalla dipendenza.

- in terzo luogo, il lavoro è in grado sostenere i percorsi di socializzazione e reinserimento sociale, non in quanto lavoro, bensì come strumento adatto a supportare processi individuali e sociali di emancipazione psicologica e sociale. Questo significa più concretamente che non tutti i lavori sono adatti a supportare il cammino riabilitativo della persona affetta da problemi di tossicodipendenza. Ad esempio lavori che si svolgono in ambienti ad elevato tasso di stress oppure implicano un rapporto con i colleghi caratterizzato da elementi di forte concorrenzialità non possono essere reputati idonei per favorire l'inserimento di persone con problemi di autostima e personalità debole. Il lavoro può essere usato di conseguenza come strumento per promuovere la risocializzazione solo se esso dispone di caratteristiche, strutturali organizzative, sociali e di richiesta di performance compatibili con gli scopi e le finalità per le quali esso viene utilizzato.

### **Quali strategie per l'inserimento lavorativo?**

Quanto detto in precedenza induce a riflettere con grande attenzione sulle strategie di inserimento lavorativo come mezzo per sostenere i processi di reinserimento sociale dei soggetti con problemi di tossicodipendenza. Il punto cruciale da evidenziare è che l'inserimento lavorativo non esprime un modello di intervento valido in sé per affrontare il problema del reinserimento sociale dei soggetti tossicodipendenti (Fazzi, 2001).

- perché il lavoro è *una* delle variabili che possono influire su tale processo e non la sola;
- perché quanto il lavoro può influenzare i percorsi di risocializzazione e quanto esso può essere utilizzato come strumento per l'emancipazione individuale e sociale dipende dalle caratteristiche fisiche, psicologiche e relazionali del soggetto implicato nel processo di riabilitazione;
- perché non tutti i lavori sono adatti a supportare processi di reinserimento sociale.

Ne consegue che la sfida dei processi di inserimento lavorativo consiste nell'individuare di volta in volta:

- i mix di fattori di supporto ai processi di reinserimento lavorativo;
- l'idoneità della persona al lavoro;
- le idonee caratteristiche del lavoro rispetto agli obiettivi di risocializzazione che si intendono perseguire.

### **Riferimenti bibliografici**

Fazzi L., *Tossicodipendenza e politiche di inserimento lavorativo: mito e realtà*, in "Il Seme e l'Albero", 3, 1997.

- Fazzi L., “Le politiche di inserimento lavorativo”, in L. Fazzi, A. Scaglia, (a cura di), *Tossicodipendenza e politica sociale in Italia*, Angeli, Milano, 2001.
- Geria A., “Le politiche di tutela del lavoro”, in L. Fazzi, A. Scaglia, (a cura di), *Tossicodipendenza e politica sociale in Italia*, Angeli, Milano, 2001.
- Romano C. A., *Tossicodipendenza e mondo del lavoro*, in “Impresa Sociale”, 59, 2001.
- Simons R. L., Conger R. D., Whitbeck L. B., *A Multistage Social Learning Model of the Influences of Family and Peers upon Adolescent Substance Abuse*, in “Journal of Drug Issues”, Vol. 18, 3, 1988.

# *Capacità di fare e reinserimento lavorativo*

*(a cura di Leopoldo Grosso)*

Il nodo del "fare" come ineludibile crocevia delle problematiche di significazione, di relazionalità e di identità, che costituiscono l'asse portante degli stati di tossicodipendenza.

La tossicodipendenza è spesso interpretata come disturbo della regolazione del piacere. Viene meno evidenziata l'interferenza sulla capacità di fare, svolgere un'attività, realizzarsi in una funzione produttiva e creativa, dare continuità ad un impegno, implicano una dimensione del fare, prima ancora di un ingaggio lavorativo che l'innesto della dipendenza può, in diverso modo, danneggiare e precludere. Per alcuni ragazzi, un esordio precoce del consumo di eroina, accompagnato da una forte identificazione nello stile di vita trasgressivo, pregiudica il completamento degli studi, ostacola l'acquisizione di abilità specifiche nell'apprendistato dei mestieri, distoglie dal portare avanti interessi specifici ed attività sportive.

Il processo di individuazione, sul piano del fare, indispensabile per la costruzione di un narcisismo "sano" ed egosintonico, ne risulta "sospeso", congelato dall'investimento massiccio sull'abuso di sostanze. Gli anni dell'eroina occupano le epoche più feconde per la formazione e l'apprendimento, confondono la percezione dei propri talenti, inibiscono la costruzione della costanza interiore, indeboliscono la tolleranza alla frustrazione.

Allorché l'iniziazione al consumo è viceversa tardiva, in qualche modo più simile all'alcooldipendenza tradizionale anche se diversa nell'innesto repentino e consapevole anziché subdolo e progressivo come per l'alcool, l'eroina, nel suo annidarsi nel consumatore, prima sostiene e poi lede l'attività lavorativa. Spesso inizialmente aiuta, perché è tale la percezione dei soggetti, nel reggere stress e fatica; poi diventa essa stessa fonte di difficoltà, condizionando la presenza sul posto di lavoro e minando la continuità delle prestazioni. Finché è gestita, l'eroina svolge un ruolo di soccorso sorregge motivazioni deboli, rende più tollerabile la fatica fisica e psichica, attutisce le frustrazioni. Allorché sfugge al controllo si spezza ogni meccanismo di compatibilità e svolge una funzione totalmente antagonista al lavoro stesso: le capacità di fare vengono progressivamente prosciugate e risucchiate dall'impegno sempre più oneroso, imposto dal bisogno compulsivo di procurarsi la sostanza. Nell'ampio ventaglio di situazioni in cui, con modalità diverse, l'esperienza della sostanza interferisce con la capacità di fare e con l'attività lavorativa, i nodi del trattamento riguardano la costruzione di abilità, il recupero e la rielaborazione di una motivazione, il reperimento di opportunità concrete per il reinserimento. Più complessivamente il nodo del fare si riassume nella crisi di identità della persona "ex" tossicodipendente. L'etichetta di "ex" si definisce in positivo unicamente in base a ciò che non si è più. Il "chi sono adesso?" è legato alla definizione di un nuovo fare, sostitutivo del precedente "mi faccio", distruttivamente auto riflessivo. Attivarsi senza sostanze riguarda un "che fare?", in grado di poter cominciare a disegnare un nuovo o ritrovato profilo di sé che necessita di specchi sociali limpidi per essere consolidato ed interiorizzato. A fronte di storie decennali di dipendenza, è difficile distinguere se si tratta di costruire o ricostruire percorsi. Le brevi biografie lavorative non presentano curricula: solo indizi, spunti, scarse indicazioni che rendono difficile tirare le fila dei percorsi già tracciati.

## **Capacità di fare e opportunità di fare**

Rispetto al trattamento e al percorso riabilitativo bisogna innanzitutto sgombrare il campo da un interrogativo fuorviante che ha sovente accompagnato il dibattito su lavoro e tossicodipendenza. Il lavoro è il "coronamento" del processo riabilitativo, o dove altrimenti si colloca? Già durante la cura, verso la fine della cura, subito dopo la cura, successivamente alla "convalescenza"? Senza avventurarsi nel dibattito relativo alla "terminabilità-interminabilità" del trattamento (... se la ricaduta è costitutiva della dipendenza, la prevenzione della recidiva è ancora da considerarsi cura?), tra l'esigenza di fare, già avvertibile immediatamente dopo la fase di disassuefazione fisica, ed inserimento nel mondo del lavoro, ciò che emerge è il continuum di una dimensione con cui qualsiasi tipo di trattamento della dipendenza (ambulatoriale, di comunità, ...) è costretto a fare i conti. Il lavoro è unanimemente considerato un veicolo cardine per il reinserimento e la risocializzazione. Tutti concordano rispetto alla sua importanza dopo il periodo della comunità terapeutica, dopo il trattamento. Ma in comunità non si lavora? Molte detossicazioni a metadone nei Ser.t. non vengono gestite ambulatorialmente proprio per consentire alle persone di non staccare dall'attività lavorativa? Tra lavoro inteso come terapia (ergoterapia?!), lavoro come supporto alla terapia (terapia occupazionale parallela?!), ed il lavoro come risocializzazione a fine terapia (del lavoro protetto

all'inserimento lavorativo?!), esiste una continuità concettuale e strategica che individua nella questione del fare l'ineludibile crocevia delle problematiche di significazione, di relazionalità e di identità, che costituiscono l'asse portante della riabilitazione degli stati di tossicodipendenza. Sotto questo profilo, il problema del fare si pone immediatamente per la persona disintossicata, nel momento in cui si separa fisicamente dalla sostanza.

## **La sofferenza della persona disintossicata**

Perché il problema del fare si pone praticamente da subito? Perché mai nel momento in cui la sostanza non è più presente, diventa importante l'attività, un lavoro, l'esercizio delle proprie capacità? Il senso comune dell'opinione pubblica ritiene che, quando la disintossicazione è riuscita, basti rigar dritto ed è solo questione di buona volontà, Niente di più illusorio. Per la persona disintossicata inizia in realtà un'altra avventura, che lascia sconcertato chi, da vicino e con fatica, l'ha accompagnata alla rinuncia della sostanza. È C. Olievenstein ad offrire le decisioni più convincenti al riguardo, nel momento in cui si apre il confronto con la sofferenza psichica e con le poche risorse per far fronte al senso di mancanza. Da una parte la persona che ha scelto di smettere, vuole diventare un uomo o una donna qualsiasi, rivendica il diritto alla normalità. C'è voglia, molto desiderio di normalità, così come all'inizio della prima avventura, c'era stata tanta voglia ed altrettanta mitizzazione della trasgressione e delle diversità. Ma la normalità richiede il passaggio attraverso la cruna d'ago della rinuncia e della sofferenza. Il ricorso alla memoria del piacere non costituisce risorsa, anzi provoca un'ulteriore sensazione di deprivazione. Bisogna dimenticare. Al posto del ricordo, che accresce la mancanza, c'è il vuoto, ma il vuoto non riempie il tempo: ed è così che si costruisce il tempo della persona disintossicata, un tempo interminabile che sembra non scorrere mai. Simbolo tangibile della fatica di una giornata che non trascorre è la notte che, da sveglia, è un continuo combattimento, una sorta di cemento con una tentazione ricorrente, anche quando, frastornati da ansiolitici e sonniferi, si ottiene l'illusione del sonno. Il sentire che la sostanza manca, produce colpa, insicurezza, timore di non essere all'altezza, ossessione di tradire di nuovo gli altri e conferma del proprio disvalore. Non ci si riconosce in niente, ci si percepisce isolati ed estranei a tutto. Ora, dopo la disintossicazione, più che mai ciò che sfugge è proprio il senso di identità lacerata tra il desiderio di normalità e la paura dell'impossibilità di realizzarla. Questo nuovo "statuto", osserva Olievenstein, è altrettanto specifico, quanto quello del tossicomane. Il soggetto forma con la nuova sofferenza, una nuova coppia, un altro duo, indissolubile come quello con la sostanza. C'è di tutto dentro: star male, volontarismo, desiderio, immaginario, lutto, memoria e senso di mancanza, "ma anche innumerevoli modifiche neuroniche di cui si comincia ora a percepire cosa possono significare dopo le scoperte dei recettori specifici delle endorfine" (Olievenstein, 1984). Si è stretti tra la ricerca, quasi infantile, di conferme della propria scelta di remissione e la fatica di sostenerla. Viene, paradossalmente, in aiuto il senso di colpa e la vergogna che procura il pensiero di tornare indietro, la ricaduta, che tuttavia gli appare la sola possibilità di liberazione. Dietro l'angolo c'è sempre il passaggio all'atto: ricaduta, suicidio. Nell'alternativa del tener duro c'è tutto lo sforzo di darsi spiegazioni della sofferenza: è a questo punto che anche il castigo, l'espiazione trovano ragioni, soccorrono in senso decolpevolizzante. Producendo motivazioni di rinforzo, diventano costruttive e forniscono una ringhiera di protezione in più per la persona. L'incontro con la sostanza aveva reso la persona una sorta di mutante. Ora egli è testimone di un'altra mutazione: la sua normalità non sembra uguale a quella degli altri. La normalità che egli stesso agogna, in realtà non gli si addice: non ne percepisce ancora alcun beneficio. La "normalità" è vissuta come deprivata o deprivante. L'adattamento è difficile e lento. E non si illude: sa che non ne guarirà mai del tutto, così come invece si guarisce in genere dalle malattie.

## **Riempire il vuoto, attutire la delusione**

Che fare? Bisogna addomesticare la sofferenza, la sua percezione, la paura che la persona ha della sofferenza. Si può solo provare ad introdurre altro, un "terzo" più idoneo, che prenda pian piano il posto della mancanza della sostanza, e possa poco per volta, costituire diversivo, attenzione, interesse, senso, investimento. È un gioco di succedanei, di cui ad ogni momento può rivelarsi la fragilità e lasciar posto alle domande riduttive che precipitano le difficoltà ed aumentano la confusione nel tentativo un po' goffo di fare chiarezza e di semplificarla: "Ricomincerò o no?", "Se ricado, tutta la fatica è servita a qualche cosa?". È in questo periodo di assoluto non amore per se stesso, in cui l'unica risorsa interiore appare il proprio orgoglio,

che bisogna aiutare l'immaginario a coagularsi intorno a qualche visione di se stesso che non appaia illusoria, ma consenta spiragli verso la concretizzazione della speranza. È necessaria un'interpretazione di se da parte di se stesso, il reperimento di un significato personale per la nuova situazione che consenta una prima individuazione, una fantasia che vada oltre la definizione di realtà, peraltro in avanti ma insufficiente, che "egli è ciò che non è più". È l'abilità degli operatori che, tramite la valorizzazione di un'immagine del soggetto su se stesso proiettata nel futuro, l'aggancio ad una finalizzazione realistica, tramite una complicità che comunque consenta di sfuggire al presente, formula insieme all'interessato le prime ipotesi per l'elaborazione del Progetto, in una geografia ed una storia futura, su cui, piano piano, possono essere scritte nuove esperienze. Il progetto inizialmente proietta ben più in là: è ancora tra il sogno e la realtà, corre il rischio dell'illusione (un'altra ancora) ma definisce meglio la speranza e l'alimenta. Il progetto non può essere troppo distante. Appetibile e seducente, può e deve essere realisticamente raggiungibile. Questo l'operatore lo sa. Bisogna dargli gambe, collegarlo alla quotidianità, con la quale avviene la prima collisione in termini di fatica, sofferenza, rischio di rinuncia. L'obiettivo è il compromesso; lo strumento è la mediazione: chi se ne fa carico sono coloro che affiancano e accompagnano nella significatività della relazione (variabile decisiva) dell'alleanza di lavoro. Coloro che affiancano, dopo aver sostenuto ed in parte colluso con le fantasie compensatorie nel tentativo di riempire il vuoto e la sofferenza, aiutano a definire un progetto possibile, nonché a creare le condizioni perché il progetto sia realisticamente praticabile. In questo percorso ogni divario incontrato tra sogno e realtà, tra immagini onnipotenti di se ed esame delle risorse proprie e del contesto, richiede ulteriori mediazioni, nuovi compromessi nell'accettazione di limiti. Per chi accompagna la fatica è su tre fronti: sostenere il progetto, evidenziare che è possibile e che ne vale la pena; tessere reti di protezione per la caduta delle illusioni residue; sostenere e valorizzare la capacità di fare della persona. Il progetto che dà dignità e appetibilità al compromesso, non può eludere il problema del fare, che è in parte la dimensione del tempo che rende la giornata altrimenti vuota e interminabile e che è soprattutto la dimensione di un senso e di un significato offerti da riconoscimenti che non possono poggiarsi più sulla parola e sull'interpersonale. La relazione e i colloqui preludono, accompagnano e restituiscono un'idea di se, che tuttavia solo nella quotidianità del fare qualcosa o per qualcuno, prende corpo, realizza il Progetto come presupposto di individuazione.

## **L 'individuazione e la valorizzazione delle capacità'**

Ciò che avviene in comunità, nei vantaggi degli spazi e dei tempi a disposizione, è in qualche modo proponibile anche all'interno di altri setting di trattamento. L'osservazione nella quotidianità, prolungata e ripetuta, consente di cogliere risorse e limiti, punti di forza e punti di debolezza di ciascuno, nell'interazione continua tra tutti: ospiti ed operatori. È compito della professionalità degli operatori un ascolto, uditivo e visivo, in grado di raccogliere potenzialità, talenti inespressi o mai espressi, o, come amano dire i cattolici, i "doni" che ogni persona possiede. Il secondo passaggio richiesto è la predisposizione di un contesto, affinché potenzialità e capacità possano emergere ed evidenziarsi: un contesto ancora naturale e spontaneo, anche se sapientemente diretto ed utilizzato in chiave pedagogica. Il gruppo dei compagni di comunità in genere compie il terzo atto: restituisce alla persona ciò che vede, riconosce abilità e inclinazioni, fa da specchio, in questo caso delle qualità, come in genere avviene coi meccanismi più collaudati di conduzione comunitaria. Ne consegue, al riconoscimento manifesto dei pari, una prima conferma, una valorizzazione, ed un processo di interiorizzazione di aspetti che definiscono buone immagini parziali di se. Toccherà di nuovo agli operatori cercare di "chiudere" l'intervento, acquisendo un'alleanza di lavoro con la persona per un investimento più massiccio, formato, sulle capacità riconosciute. Non sempre (quasi mai) i percorsi sono così lineari. Incontrano inevitabili interferenze, prima ancora che dalle dinamiche di gruppo, dalle parti più in difficoltà della persona stessa. Ed è qui che il lavoro pedagogico si incrocia con quello più clinico. Tuttavia osservazione, esercizio di capacità, riconoscimento, prima interiorizzazione ed investimento (ancorché fragile) costituiscono gli arnesi per l'avvio di un'individuazione sul piano del fare, a cui potranno seguire corsi preprofessionali e formativi. Perché un simile percorso possa avere successo è indispensabile la buona qualità della relazione. Per affidarsi, bisogna fidarsi, operazioni-prerequisito per sviluppare fiducia di sé. Tutto ciò è facilitato, ma non è prerogativa dell'ambiente di comunità.

## **Il sistema delle opportunità del fare**

Tra la costruzione della capacità di fare e l'inserimento lavorativo è necessario mettere a disposizione un continuum di risorse, integrato, ma costituito da opportunità differenti, tutte necessarie a seconda della diversità delle persone e delle situazioni, delle fasi e delle vicende che attraversano, delle reazioni che sviluppano.

Nell'offrire possibilità e opportunità di fare, di riconoscimento e rispecchiamento di se è fondamentale costruire una "base sicura", uno zoccolo minimale di interventi di riferimento che nel territorio, servizi e privato sociale si impegnano a mettere a disposizione. Un sistema articolato ed aperto in cui, in base alle necessità delle persone, possono essere offerti gli spazi più idonei. Da una parte, su un ipotetico continuum spazi protetti dove è necessario costruire sia la capacità di lavoro in generale che individuare e formare capacità specifiche, attitudinali e di mansione, dove l'attenzione alle difficoltà della persona e la formazione prevalgono sui compiti più strettamente produttivi. All'altro estremo, la valorizzazione di competenze specifiche che non possono non passare attraverso il cimento ed il riconoscimento delle leggi del mercato, senza alcun tipo di protezioni particolari. Una base sicura che, tenendo conto delle esigenze di accompagnamento-formazione da un lato e perseguimento dell'autonomia personale e confronto col mercato dall'altro, costituisca il trampolino di lancio per un autonomo ed effettivo reinserimento nel mercato del lavoro. La base sicura, sul gioco delle offerte di opportunità lavorative è quindi costituita dai laboratori di individuazione nei centri diurni, del lavoro necessario alla base dell'attività di molte comunità, dalle cooperative di solidarietà sociale dove gli inserimenti variano dai "contratti terapeutici" alle "borse di lavoro mirate", alle borse di lavoro esterne presso le aziende, ed inserimenti lavorativi "senza rete", alle cooperative autogestite e autoformate da ragazzi che hanno ultimato percorsi precedenti e si sono trovati scoperti a fronte del mercato del lavoro. La scelta di quale attività per l'intervento dipende dal Progetto e dalle mediazioni di cui si ha bisogno per realizzarlo. I compiti da svolgere variano su un fronte molto largo: dal fare chiarezza rispetto ad una ideologia di rifiuto del lavoro ad un'idea del fare che potrebbe concretizzarsi anche in un lavoro; dall'individuare una disposizione ed una disponibilità, a costruire una capacità. Dal credere ed investire sulla capacità, al trarre soddisfazione dal suo esercizio (processo che non è scontato). Dal riconoscersi in qualche attività, al costruire uno spezzone di nuova identità.

## **Rispettare le differenze e consentire l'individuazione**

Il sistema articolato e aperto delle opportunità consente di incontrare e personalizzare le proposte. È importante tener conto di almeno tre livelli diversi, che s'intrecciano tra loro, e determinano la configurazione delle difficoltà a cui ci si trova di fronte e la scelta degli strumenti più idonei.

1. Il piacere di fare può essere maggiormente danneggiato, o meno. Dipende dalla storia lavorativa (presente-assente) del soggetto, ma non solo. Essa funge da indicatore prognostico, per cui è importante capire quali interferenze abbia prodotto la dipendenza sulla capacità e in che misura essa fosse integra precedentemente all'abuso.
2. Le scelte, le disposizioni, le capacità, le esperienze risultano ovviamente diverse. Differenti sono le attività in cui si trova più piacere o si è più bravi a fare. Ne consegue la necessità di articolare le possibilità.
3. Diverso è il significato che viene attribuito al lavoro di per se. Per alcuni è sicurezza economica, patente di normalità, reddito e riconoscimento di ruolo. Per altri il lavoro significa soprattutto socializzazione, rapporti con gli altri, un'occasione per uscire dall'isolamento. Per altri ancora è il piacere di mettere in alto una capacità, è soddisfazione intrinseca. Per altri infine, rappresenta la possibilità di definire non solo un'identità sociale, ma anche qualcosa di più profondo, che ha a che fare con l'identità personale.
4. Diverse sono le situazioni di tossicodipendenza che i ragazzi hanno attraversato o stanno attraversando. Basti ricordare le differenze enormi tra la fascia della "compatibilità" dove il lavoro esiste e si pone il problema di come difenderlo e capirne le eventuali insoddisfazioni e le tossicodipendenze "storiche" in cui spesso dove si è innestato l'Aids, la domanda è tipicamente assistenziale.

## **Programmi a mantenimento metadonico ed inserimenti lavorativi**

L'invecchiamento della popolazione tossicodipendente, il progressivo stato di emarginazione di molti di loro, l'innesto di malattie correlate hanno aumentato la necessità di trattamenti metadonici prolungati a mantenimento. Accanto all'intervento di protezione farmacologica cresce una domanda assistenziale che

richiede una qualità di vita più dignitosa. L'integrazione di programmi di intervento para-sociali a fianco dei trattamenti metadonici non è solo doverosa, ma aumenta l'efficacia complessiva delle singole prestazioni. Un programma di reinserimento sociale che colleghi stabilmente tali persone ai servizi, tenti di riconnettere il tessuto delle loro reti relazionali naturali, uniti alla reintegrazione lavorativa parziale, valorizzando, economicamente e con definizione di ruoli, le loro capacità residue, ottiene tre obiettivi concomitanti: restituisce dignità e sicurezza alle persone, contiene le problematiche di sanità pubblica e di ordine pubblico. Al di là delle capacità e del saper fare di ognuno, decenni di tossicodipendenza trascorsi sulla strada "specializzano" le conoscenze nel settore, conoscono i luoghi di aggregazione e le persone, sanno per esperienza diretta quali sono i meccanismi che azionano i comportamenti a rischio e dannosi. Tali persone, nel momento in cui riescono a perseguire una stabilizzazione col trattamento metadonico hanno necessità di impegnare il loro tempo, per non essere nuovamente risucchiati nell'emarginazione e nell'illegalità. Consentire loro l'esercizio di un ruolo protagonista nell'area della riduzione dei rischi e dei danni, valorizzando, completando e monitorando le loro competenze "naturali", offre il vantaggio, nella logica del self-help, di rafforzare la stabilizzazione metadonica stessa e di fruire di operatori-pari, di operatori di strada, in un lavoro out-reach e di contatto con la popolazione tossicodipendente sommersa difficilmente raggiungibile con l'assetto tradizionale dei servizi.

### ***Bibliografia***

Olievenstein C. (1984), "La sofferenza del soggetto disintossicato" in *Il destino del tossicomane*, ed. Borla, 1984

# ***Sintesi dei lavori di gruppo : “Il reinserimento socio-lavorativo I” (nodi e strategie)***

( a cura di Monica De Angeli, Marta Fenza)

*Nel PFT del 5-6 Aprile in cui sono intervenuti i relatori Luca Fazzi, Lorenzo Rampazzo e Leopoldo Grosso si è affrontato ed approfondito la questione del reinserimento socio-lavorativo di soggetti con problematiche di tossicodipendenza e alcolismo. Molti sono stati gli stimoli proposti dai relatori che sono stati poi ripresi ed elaborati nel corso dei lavori di gruppo previsti per il pomeriggio. I gruppi di lavoro, costituiti da 15-20 persone e da un coordinatore-facilitatore, si sono posti la finalità di mettere a fuoco la realtà professionale degli operatori che lavorano in un ambito fortemente connotato dalla complessità come sembra essere il reinserimento socio-lavorativo.*

*In particolare è stato chiesto ai presenti, attraverso l'ausilio di una scheda, di esprimere i bisogni e le problematiche più rilevanti che incontrano quotidianamente nell'esercizio della loro professione. Un'attenta rilettura delle schede ha permesso di ritrovare quanto emerso nei lavori di gruppo e di identificare, in maniera forte, i quattro nodi tematici che sembrano poter riassumere ed accomunare le esigenze di tutti gli operatori:*

- *I problemi legati alla complessità dell'utenza in carico*
- *La difficoltà di mettere in rete e coordinare il rapporto tra le agenzie del territorio che possono intervenire nei processi di inserimento*
- *La questione della formazione professionale degli utenti e la formazione specialistica degli operatori*
- *Individuare strumenti di valutazione sistematica sui bisogni e sulla efficacia degli interventi di inserimento socio-lavorativo (in itinere e a fine intervento)*

## **1. Complessità dell'utenza: come inserire nel mondo del lavoro i “fragili più fragili”?**

*Dalle osservazioni degli operatori che lavorano nei Servizi per le Tossicodipendenze e nei Servizi di Integrazione lavorativa emerge che l'utenza di cui si occupano, risulta avere delle caratteristiche particolarmente penalizzanti rispetto alla ricerca e alla tenuta di un lavoro; infatti le persone di cui ci si occupa presentano frequentemente una o più delle seguenti caratteristiche:*

- Un'età elevata: 35/45 anni;
- Comparsa di patologie correlate e non all'uso di sostanze;
- Comparsa di ricadute e recidive;
- Doppia diagnosi (Patologie di dipendenza e malattie mentali);
- Assunzione di terapie farmacologiche sostitutive a scalare e mantenimento;
- soggetti che non hanno compiuto nessun percorso comunitario o terapeutico, che non intendono farlo e che non reggono nessun tipo di sostegno se non l'esclusivo supporto farmacologico.

*Le persone poi, risultano essere prive di legami con la famiglia, di un sostegno sociale o di una rete amicale di riferimento; inoltre vi sono soggetti che per anni si sono appoggiati ai Servizi Socio-Assistenziali tanto da avere maturato un ulteriore “dipendenza” dall'assistenzialismo.*

*Per questa fascia complessa di utenza i bisogni che più ripetutamente sono emersi da parte degli operatori dei Ser.T e dei S.I.L è la richiesta di predisposizione di ambienti lavorativi protetti (come il laboratorio propedeutico al lavoro del Progetto “Contatti” del Ser.T. di Mestre), di programmi di inserimento socio-lavorativo in Cooperative Sociali di tipo B (come il progetto “Alveare” del Ce.I.S. di Treviso), di convenzioni con aziende e cooperative che permettano modalità di inserimento diversificate a seconda delle caratteristiche degli utenti (come ad esempio esplicita la convenzione tra il Consorzio PRISMA e l'Azienda ULSS 6 di Vicenza). Inoltre, le Comunità Terapeutiche che si occupano anche di inserimento socio-lavorativo, a fronte di un'utenza in alcuni casi più autonoma e con maggiori risorse personali nella ricerca di lavoro, lamentano l'impossibilità di promuovere forme di inserimento lavorativo formative, quali ad esempio i tirocini, a causa della mancanza di fondi e per iniquità di risorse rispetto ad analoghi servizi pubblici.*

Altro elemento emerso dalla lettura delle schede, riguarda la necessità di occuparsi anche dell'aspetto sociale del reinserimento: ne consegue, quindi, la necessità di rivolgere maggior attenzione anche alle proposte relative all'organizzazione e gestione del *tempo libero*.

## **2. Il lavoro di rete: come creare i presupposti per interagire e condividere le potenzialità delle risorse e degli strumenti?**

La diversa matrice culturale dei soggetti coinvolti nella questione del reinserimento socio-lavorativo, la diversa "mission", crea, molto spesso, un'ulteriore difficoltà nei rapporti tra i servizi. Eppure il bisogno di creare momenti di confronto e di scambio è chiaramente espresso da tutti i partecipanti; in particolare si sente l'esigenza di "*mettere in rete le risorse pubblico/privato del territorio*", coinvolgendo Ser.T., S.I.L., Comunità Terapeutiche, Cooperative Sociali, Centri per l'Impiego, Servizi di Orientamento e Formazione Professionale, Agenzie Interinali, Aziende, Sindacati ed attribuendo al Dipartimento per le Dipendenze una funzione di coordinamento.

*Le richieste espresse dai partecipanti sembrano suggerire un modello di integrazione tra i vari servizi che, pur rispettandone la specificità, consenta un utilizzo **condiviso** delle risorse e delle potenzialità dei singoli soggetti coinvolti:*

- In particolare i Ser.T e le Comunità terapeutiche chiedono maggior collaborazione ai S.I.L., allo scopo di costruire progetti di inserimento lavorativo che siano l'espressione di un rapporto consolidato di collaborazione (come ad esempio il protocollo di intesa tra S.I.L. e Ser.T di Verona) o poter usufruire delle risorse di cui il S.I.L. dispone (finanziamenti per effettuare tirocini, ma anche la possibilità di accompagnare un utente nello svolgimento del percorso formativo all'interno di una Azienda);

- Le Cooperative sociali richiedono ai Ser.T invianti maggior precisione nel fornire le informazioni necessarie alla formulazione di un programma;

- Ser.T., C.T. e S.I.L. chiedono alle Cooperative e alle Aziende dei protocolli di intesa e delle convenzioni per poter effettuare degli inserimenti socio-lavorativi diversificati per tipologia di utenza (come ad esempio, avviene tra il Consorzio PRISMA e Azienda ULSS 6, il cui rapporto è definito da una convenzione);

Un altro elemento emerso, riguarda la necessità di sensibilizzare il mondo del lavoro alle tematiche dell'inserimento socio-lavorativo di persone dipendenti: si coglie, infatti, una maggior resistenza nei confronti di questo tipo di disagio piuttosto che, ad esempio, verso l'handicap. La prima difficoltà che si incontra è, però, stabilire quale soggetto dovrebbe compiere una politica di sensibilizzazione.

Un ulteriore nodo tematico riguarda l'esigenza di individuare poche figure di riferimento per lo svolgersi del percorso socio-lavorativo dell'utente in modo da non creare i presupposti per favorire la "*scissione in soggetti già scissi*": un lavoro di rete strutturato ma flessibile potrebbe favorire la presa in carico dell'utente ad un unico servizio che potrebbe, conoscendo le peculiarità della storia personale-lavorativa dell'utente, accompagnarlo verso la buona riuscita del progetto riabilitativo.

## **3. La formazione: "creare una formazione permanente sui nuovi bisogni socio-lavorativi"**

Strettamente collegato all'aspetto della comunicazione e dell'attivazione del lavoro di rete, emerge un forte bisogno di formazione comune: Ser.T. e S.I.L. chiedono momenti di formazione condivisa sulle tematiche del reinserimento, le C.T. e le Cooperative Sociali chiedono formazione per gli operatori affinché questi possano a loro volta formare gli utenti ed aiutarli a sviluppare una maggiore professionalità da spendere meglio sul mercato del lavoro. Un fenomeno molto diffuso è, infatti quello della bassa scolarizzazione degli utenti che, aggiunta al distacco per periodi più o meno lunghi dal mercato del lavoro, concorre ad aumentare le difficoltà nell'individuare percorsi lavorativi che non siano scadenti e favorevoli le ricadute. La collocazione in Cooperativa Sociale dovrebbe rappresentare un momento di formazione professionale finalizzato alla successiva ricerca di un lavoro in azienda: la mancanza di formazione specifica per gli operatori di cooperativa rischia di vanificare e di "congelare" la finalità dell'inserimento nella cooperativa stessa.

## **4. Gli strumenti di valutazione: creazione di banche dati consultabili via internet**

Un'altra esigenza riguarda la predisposizione di “*strumenti di valutazione sistematica sulla efficacia degli interventi di inserimento socio-lavorativo (in itinere e a fine intervento)*”: l'esigenza, dunque, di monitorare i progetti di reinserimento al fine, non solo di valutarne l'efficacia, ma di creare un archivio, una memoria storica e puntuale su cui basare le analisi e le progettazioni future. Anche in quest'ambito ritorna il tema della *condivisione*: la possibilità di monitorare le esperienze presenti e creare un archivio di dati è subordinato all'uso di strumenti comuni a tutti (pubblico e privato): ecco dunque la proposta di usare uno strumento (che potrebbe essere l'ASI o il CBE) che consente di ottenere una vasta gamma di informazioni sull'utenza non solo in ingresso, ma in varie fasi del trattamento, con la possibilità di creare una banca dati consultabile via internet.

# ***Reinserimento, socio-lavorativo II\* (risorse e strumenti)<sup>8</sup>***

## ***Lavoro di rete e approccio relazionale nei processi di aiuto***

*(a cura di Fabio Folgheraiter)*

### **Premessa**

In questa relazione cercherò di chiarire se al diverso assetto organizzativo e valoriale dei servizi sociali personali e la più avanzata teorizzazione dei rapporti tra welfare pubblico e società civile, che si stanno prospettando con le aperture neoliberali ormai imminenti, corrisponda un diverso e originale modo di lavorare degli operatori sociali.

Andremo pertanto ora a interrogarci circa la possibilità che possa esistere una metodologia, vale a dire una teoria dei procedimenti pratici, che, maneggiata da un professionista consapevole del mix (della irriducibile «confusione») in cui si trova, quando affronta qualche situazione pratica complessa, permetta a quell'operatore di aggrapparsi a qualche punto fermo, sul piano mentale, senza doversi rassegnare per così dire a ballare nel caos. Tale dovrebbe essere in effetti il suo destino- da cui le sue caratteristiche ansie più che legittime (Maslach e Leiter, 1997) -: se accettasse fino in fondo tutto ciò, quell'operatore si dovrebbe chiedere se è inevitabile allora, per aver fatto quel salto avventuroso di mentalità, che lui debba accettare di navigare a caso, senza alcun ancoraggio o direzione, se non le spesso eccessive procedure/regolamentazioni negli enti managerializzati, pensate apposta per togliergli «potere» (Harrison e Pollit, 1994).

La tesi che sosterrò qui è che il social worker dei nostri giorni abbia la possibilità di attrezzarsi con conoscenze e strumenti, persino con qualche tecnica, per rimanere un professionista, quindi per continuare ad agire con intenzionalità, anche nei nuovi contesti di un mix innovativo. Il passaggio cruciale da capire è che possiamo avere metodi e tecniche professionali efficaci anche se (o meglio: solo se) impiantati in un quadro logico non deterministico.

Gli operatori moderni sono cresciuti nell'assoluta fiducia che «dato a succederà b», che a una causa corrisponde sempre un effetto. Fintanto che l'assistente sociale riduceva la realtà in piccoli pezzetti (come la relazione duale) aveva l'impressione che i suoi atti producessero davvero effetti controllati. Ora che la relazione terapeutica «uno a uno» (non è scomparsa ma) la si vede risucchiata in un flusso più ampio, dove molteplici disordinati influssi (inputs) entrano in gioco da tutte le parti, egli deve prendere atto che le regole del gioco sono cambiate.

L'indeterminismo, a una prima impressione, sembra refrattario a ogni metodo o procedimento intenzionale, quindi non compatibile con l'azione professionale. Dire indeterminazione significa dire ignoranza, e incertezza. Nascono allora altre domande: l'operatore professionale, per postmoderno che sia, può vivere veramente con l'ignoranza, anzi addirittura incorporare l'ignoranza nei propri programmi d'azione, vale a dire: pensare il suo «piano» in funzione del fatto che gli sviluppi dell'azione gli sfuggono?

L'incertezza sistematica, che è la peggiore nemica dei procedimenti tecnici, può invece sostenere alla base il lavoro sociale (che per fortuna tecnico non è)? E se è così: quali modelli mentali e quali metodi concreti ci aiutano a procedere non solo senza perdere la testa, che è il minimo, ma anche a sperare ragionevolmente, come ci incoraggiano ormai le molte evidenze empiriche, di raggiungere risultati migliori?

Per penetrare in tali questioni occorre esaminare, almeno a grandi linee, due coppie di concetti fondazionali per una nuova metodologia del servizio sociale (Folgheraiter, 1998). I concetti sono quelli di capacità d'azione/empowerment e fronteggiamento in rete/lavoro di rete. È forse utile precisare che si tratta di nozioni significativamente tratte, per la prima volta, dal bagaglio conoscitivo della sociologia, non a caso la scienza «del sociale»<sup>9</sup> (Scaglia, 1998).

### **Capacità di azione ed empowerment**

Dalla microsociologia prendiamo a prestito un concetto classico, quello di «azione sociale» (Weber, 1968; Schutz, 1974), che è astratto quanto basta per portarci rapidamente in quel giusto livello di profondità

---

<sup>8</sup> Piano di Formazione Tossicodipendenze: 4-5 Aprile 2001

<sup>9</sup> Storicamente il lavoro sociale, nonostante la sua denominazione e la sua natura essenzialmente inter-disciplinare, si è soprattutto riferito alla psicologia, alle sue nozioni e alle sue prospettive strategiche (Payne, 1991).

analitica dove si trova il bandolo che ci permette di capire l'essenza del social work e la sua irriducibile differenziazione, innanzitutto, dal «lavoro sanitario» (Downie e Telfer, 1980).

In due parole, possiamo dire così: il sociale presuppone la capacità d'azione dei soggetti ai quali si rivolge. Il sanitario la loro «incapacità». Nella classica logica riparativa della sanità (detta di *curing*), quanto più il paziente è tale, cioè ha la pazienza di sopportare, stando fermo «senza agire», tanto meglio è, in generale. Quanto meno egli fa valere sue pretese o sue esigenze o sue idee; in generale, quanto meno fa entrare anche inconsapevolmente nel processo terapeutico variabili legate alla sua psiche (che pure ci sono sempre), tanto più fortunato è quel terapeuta che cerca di guarirlo.

Un operatore sociale ha invece davanti un quadro «epistemico» più sofisticato, pieno di ambivalenze affascinanti e purtroppo insidiose. Deve aiutare le persone che si rivolgono a lui facendo riferimento a una convinzione controintuitiva. Deve tenere a mente che conta soltanto la *capacità di azione* di quei suoi utenti, anche se è una capacità che «evidentemente» non c'è, perché apposta loro sono venuti da lui per farsi aiutare.<sup>10</sup> Questo paradosso sembra un gioco di parole, ma quando è compreso fino in fondo diviene il punto di leva che fa letteralmente saltare per aria gli schemi meccanicistici/ingenui della relazione di aiuto tradizionale.

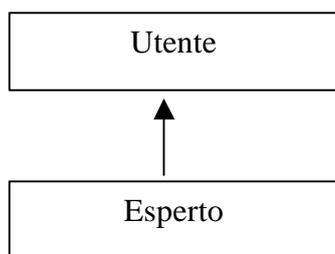
Guardare la capacità di azione di chi ufficialmente non ne ha, vuol dire, in estrema sintesi:

1. Superare il concetto di utente, o meglio: pensare simultaneamente che l'utente c'è e non c'è (ovvero: che è un'entità -non una persona -e che in tale veste non lo si trova da una «parte» sola).
2. Superare il concetto di «esperto», o meglio: pensare simultaneamente che l'esperto c'è e non c'è (e che anche questa entità non è da una «parte» sola).

La relazione di aiuto classica è basata sull'idea intuitiva che da una parte della scrivania siede uno che ha concentrato dentro di lui la competenza e il potere di risolvere il problema (l'esperto) e dall'altra siede uno che ha concentrato dentro di lui la necessità di ricevere la soluzione (figura 8.1). In realtà dobbiamo guardare al di là delle apparenze. Dobbiamo riuscire a vedere che l'utente e l'esperto siedono contemporaneamente di qua e di là: l'utente -oltre a essere nella classica condizione di chi non sa e ha bisogno di aiuto, è un po' nella posizione di esperto. Contemporaneamente l'operatore, oltre a essere nella canonica condizione di chi sa - è un po' nella posizione di utente: di chi non sa, e deve farsi aiutare. Torneremo su questo punto tra poco.

### Relazione di aiuto

*Approccio deterministico*



*Approccio relazionale*

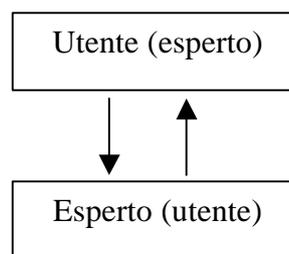


Fig. 8.1 Differenti concezioni della relazione di aiuto.

Incontriamo poi l'enorme questione della soggettività, il cui rilievo teoretico per le scienze umane ci è stato insegnato da Husserl (1961) ma che assume anche un fortissimo rilievo pratico per il social work. Porre al centro della pratica professionale la capacità di azione vuoi dire ancora:

3. Superare l'idea che ci sia un oggetto del lavoro sociale, cioè che nel suo mestiere un operatore sociale abbia un target da colpire, una persona da modificare secondo i suoi parametri oggettivi.
4. Più in generale, vuol dire superare l'idea che l'operatore abbia uno schema di azione predefinito. L'operatore deve avere delle *direzioni* in testa, ma non obiettivi, cioè acquisizioni statuite ex ante sulla base di un senso oggettivo prevalente. (Semmai, se tutto va bene saranno gli obiettivi della realtà a retroagire e possedere per così dire l'operatore, nel senso di «portarlo da loro», se sono sensati.)

<sup>10</sup> Dire che è essenziale la capacità di azione degli utenti non significa negare romanticamente i loro deficit, non vedere sic et simpliciter i loro problemi. Vuol dire saper vedere dentro il deficit, o oltre il deficit, la loro capacità di azione, il che è diverso.

Questa è l'ambivalenza più insidiosa del lavoro sociale, quella che lo porta a essere tra i mestieri forse più complicati. Il social work possiede il proprio oggetto e non lo possiede nello stesso tempo. L'oggetto c'è, ovviamente, ma se si guarda bene si vede che quest'oggetto è un soggetto, o meglio un intreccio di soggettività: esattamente l'opposto di ciò che ci si aspetterebbe. L'analisi logica che ci veniva insegnata a scuola dice che è «oggetto» chi subisce l'azione, mentre è «soggetto» chi la compie. Ebbene, nel lavoro sociale l'oggetto «compie» l'azione. E' indispensabile penetrare bene in questa apparente banalità.

La soggettività, l'intenzionalità, il senso sono caratteristiche essenziali dell'azione. Senza soggettività, l'azione viene meno: è un mero comportamento. Questo è quanto ci insegna la sociologia (di stampo weberiano e poi fenomenologico). L'operatore sociale, a differenza del più fortunato (apparentemente) esperto sanitario, incontra sempre soggetti sulla sua strada. Poi, però, di solito, in pratica, che cosa fa? Perde la bussola e fa «come se», invece di soggetti, questi fossero oggetti. Cambia le carte in tavola su questo punto sostanziale, sul quale non dovrebbe scherzare. E' da questo preciso errore in poi che ci s'incammina lungo l'improprio modello tecnologico e positivistico (medico/clinico) che così tanti guai ha portato alle professioni del sociale.

L'operatore sociale esperto è tanto più esperto quanto più sa socraticamente di non esserlo, e di non poterlo essere «astrattamente», cioè a prescindere dal sito e dalle circostanze in cui agisce. Non può porre diagnosi obiettive né effettuare trattamenti obiettivi. La sua fondamentale abilità è quella di agganciarsi ai saperi altrui, essere così fine da riconoscerli anche quando si presentano in forme poco appariscenti o addirittura dimesse (con la faccia di utenti che dicono o dimostrano di sapere poco, o non sapere niente).

Considerare i propri interlocutori soggetti vuoi dire per definizione concepirli come fonti di azione dotata di senso (un senso loro proprio). Dentro quel senso soggettivo ci sono informazioni e suggerimenti a iosa, ancorché nascosti o poco decifrabili, che devono retroagire sull'azione professionale. L'azione intenzionale del professionista incontra altra azione, cioè altra intenzionalità/soggettività e, a questo punto, dovrebbe crearsi un incastro, non il soffocamento dell'una con l'altra. Un'azione incontra un'altra azione e se queste rimangono tali, cioè se la soggettività non si elide né da una parte né dall'altra, queste dovrebbero compenetrarsi sprigionando sinergia (un reciproco miglioramento). È questa l'idea basilare della relazione (cioè un'azione relazionata ad un'altra) che Donati ci ha mostrato con molta chiarezza (Donati, 1991). Riassumendo: le competenze più «basse», cioè più fondamentali, e quindi più «alte», che caratterizzano l'agire professionale dell'operatore sociale sono:

- a) riconoscere il valore di saperi essenziali fuori di se stessi, in possesso di altre persone (anziché cercare solo di incensare, per così dire, i propri saperi interni);
- b) essere capace di andare a raccogliere e incastonare questi saperi non suoi ( esperienziali) nelle sue conoscenze (esperte ) affinché queste abbiano più valore grazie a questa aggiunta;
- c) essere consapevole che anche i saperi raccolti fuori di lui si valorizzano anch'essi (aumentano il loro valore intrinseco) per il fatto di essere stati raccolti e integrati in quelli suoi, formali, di operatore. Possiamo ora tornare brevemente a quell'idea che l'utente c'è e non c'è allo stesso tempo, e così che anche l'esperto c'è e non c'è. Si è detto: nel sociale, un esperto vero sa e accetta che deve «chiedere» cose essenziali per il suo funzionamento ad altre persone in giro; sa di aver bisogno di essere integrato di competenze. È consapevole che la sua ignoranza è strutturale ( cioè non è dovuta a incompetenza tecnica o al fatto che non si è iscritto all'ultimo corso di aggiornamento). Ma se guardiamo bene, vediamo allora che è «ottimo» quell'operatore che si presenta nell'atteggiamento tipico di un utente: l'atteggiamento di colui che non è autosufficiente e chiede integrazioni esterne. Nello stesso tempo, vediamo l'altro lato della medaglia. Quando un esperto bussa alla porta di altri per farsi aiutare (nello stesso mestiere di aiutare), agendo in questo modo, che cosa fa? Struttura la situazione in tal maniera da presumere «esperti», cioè depositari di conoscenze essenziali, le persone a cui si rivolge, anche se questi sono catalogati amministrativamente come utenti, e quindi incompetenti secondo la visione convenzionale. L'operatore sociale esperto mette in condizione i suoi interlocutori che questuano aiuti di agire per primi e di darli a lui, perché poi lui li possa a sua volta restituire loro, e così via circolarmente. L'esperto abile «chiede» lui per primo, oppure, anche senza fare tante domande, sa ascoltare e capire linguaggi che gli stessi suoi interlocutori magari il più delle volte non sanno neppure di possedere. Al contrario, un esperto tradizionale (non «sociale» ) non ha alcun bisogno di assumere atteggiamenti di ascolto e di apprendimento: egli basa tutto sul suo sapere oggettivo «aprioristico». Un medico, ed esempio, che aggiusta un osso rotto o che esegue un'operazione chirurgica può far tutto senza chiedere nulla all'esperienza e ai saperi del paziente, né prima né dopo l'intervento. L'ascolto e l'apprendimento in situ sono vitali invece per l'operatore sociale, che purtroppo gli richiedono una preliminare difficile disciplina della personalità. Nel suo ultimo libro, Marian Barnes ( 1999) ammette che non è dato vedere molto spesso che gli operatori sociali pensino veramente di poter imparare, ad esempio, da una persona

con ritardo mentale grave o da un paziente psichiatrico. Se non riesce a flettersi fino a questo grado, tuttavia, un operatore non funziona. Una tale idea -io che sono un esperto e però devo per così dire andare a imparare da una persona malandata o che non è neanche in grado di badare a se stessa, ecc. -può essere sconvolgente per taluni professionals (e invece più naturale per altri), ma le esperienze pratiche (per esempio nell'auto/mutuo aiuto) ci dicono che è in ogni caso un'idea liberatoria e benefica per gli operatori al di là di quanto si possa immaginare. Queste riflessioni ci hanno già portati ben dentro quell'altro concetto che dobbiamo chiarire, che è quello di empowerment. Empowerment ha tante accezioni o sfumature, la più nota delle quali è forse quella di tipo radicale e antioppressivo, che richiama istanze emancipatorie e liberatorie di tipo collettivo/politico: dare più potere alle categorie o alle comunità oppresse o svantaggiate, come le minoranze, gli emarginati, gli utenti, ecc. (Thompson, 1993; Davey, 1994; Craig e Mayo, 1995). Io vorrei qui limitarmi a un suo significato tecnico per la metodologia del servizio sociale (Folgheraiter, 1998).

Inteso come principio metodologico, l'empowerment è la strategia fondamentale per la quale un operatore sociale cede potere terapeutico o di problem solving ai suoi interlocutori, evitando di bloccarli nell'azione possibile a causa del fatto che istituzionalmente dovrebbe agire lui. L'operatore si toglie parte del suo potere tecnico e colloca idealmente quel corrispondente potere da lui perso in capo ai suoi interlocutori. In sintesi empowerment vuol dire:

- a) presumere negli altri capacità di azione,
- b) lavorare per sostenere e sviluppare (enabling) tali capacità preesistenti, anche se basse o addirittura prossime allo zero.

Vorrei far notare che questa è una strategia altamente professionale: non è un invito alla deprofessionalizzazione. Un operatore agisce strategicamente quando ha il desiderio e l'intenzione di migliorare le sue prestazioni, cioè di far meglio il suo mestiere, che nel nostro caso è essere più efficace nella risoluzione dei problemi dei suoi «clienti». Cedere potere di risoluzione dei problemi diventa una strategia quando l'operatore si aspetta, agendo in questo modo, di diventare più efficace, quindi di recuperare più potere di fatto. Le cose in realtà vanno così: l'operatore aumenta il potere dei suoi interlocutori cedendo loro parte del suo; gli interlocutori però, acquisendo più potere in virtù della manovra del nostro, agiscono più efficacemente (creativamente) cosicché l'esperto ne ha vantaggio sul piano professionale (diviene a sua volta più «potente»).

Siamo ancora nel cuore del concetto di relazione. Tecnicamente definiamo questo reciproco potenziamento del potere di azione (cioè l'empowerment) come un «bene relazionale», qualcosa che paradossalmente diventa «più mio» se non me lo tengo stretto, e se invece lo cedo o lo condivido (Donati, 1991).

Indebolendosi nel suo ruolo (tecnico-specialistico) l'esperto si rafforza nel proprio ruolo. Un ruolo che però, con questa manovra, cambia di natura. Quando sperimenta l'empowerment, l'operatore diviene più efficace a un altro livello, ben più raffinato. Non rimane più nel semplice livello tecnico specialistico, in un ruolo diretto di risolutore unico di un problema (problem solver). Passa in un ruolo per così dire metodologico, quello di «assistente» o supervisore di un processo in parte esternalizzato di soluzione: un processo diffuso di problem solving in cui ad agire non è lui, o solo lui.

Se si fa attenzione, ci si accorge che questo ruolo di percettore e di accompagnatore, e quindi di sostenitore, dell'altrui capacità di azione, è un ruolo tipicamente manageriale/imprenditoriale (più che esecutivo). Le funzioni di questo ruolo sono quelle di «osservazione e guida relazionale». (Donati, 1991; Folgheraiter, 1998).

## **Fronteggiamento in rete e lavoro di rete**

Entreremo ora più direttamente nel nostro tema metodologico, che è quello del mix. Considereremo i concetti di «fronteggiamento in rete» o «rete di fronteggiamento» (coping network) e «lavoro di rete» (networking), concetti noti ma non sempre compresi in una cornice di stampo «societario». Quando pensiamo al mix, in genere pensiamo «in grande», cioè all'intero sistema dei servizi locali, che vediamo appunto disarticolato e pluralizzato. Ragioniamo in termini di «istituzioni». Ma se passiamo dal macrolivello sistemico istituzionale (policy level) al livello micro degli operatori (field level) vediamo che la stessa disarticolazione la troviamo anche in questa più circoscritta dimensione (che è quella per intenderci delle singole persone coinvolte nelle situazioni o nei singoli progetti di cura).

All'atto pratico, la frammentazione delle agenzie erogative di servizi, si vede perché, di fatto, attorno alle varie circostanze concrete che costituiscono i singoli compiti (tasks) degli operatori sociali, troviamo una pluralità di «rappresentanti» di quelle agenzie, che si muovono o si accalcano tutti attorno (spesso come sappiamo disordinatamente). A loro volta, quelle che qui chiamiamo le «singole circostanze» o i singoli

compiti degli operatori, sono «materialmente» costituite anch'esse da una pluralità di persone interessate a quegli stessi compiti, persone che in genere si definiscono «agenti informali». Solo con qualche fantasia riduzionistica possiamo pensare che in un problema sociale ci sia una sola persona che «detiene quel problema» e che avrebbe interesse a lottare per venirne fuori (l'utente è questo, in genere). Dentro un problema e dentro una dinamica di soluzione ci sono sempre varie persone, persone comuni e assieme anche operatori, tutti nella stessa condizione e con le stesse motivazioni, pur differenti in cui troviamo l'utente, cioè tutti tesi a uscire da un problema che li riguarda (figura 8.2).

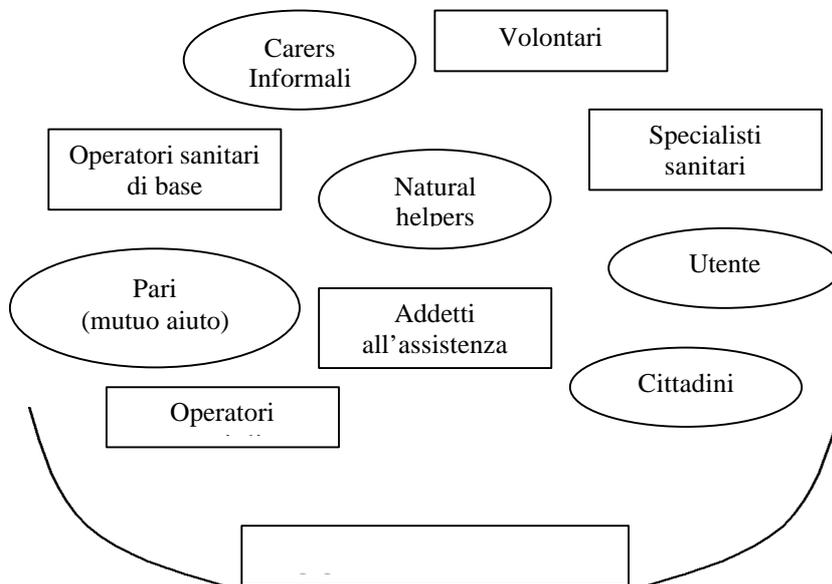


Fig. 8.2 Raffigurazione della rete di fronteggiamento.

Se tutti sono utenti, allora, potremmo dire, nessun utente! Ecco in quale preciso senso si può sostenere che l'utente non esiste più: non perché siano scomparse le persone più deboli degli altri o con sintomi maggiori, che per comodità appunto tendiamo a chiamare in quel modo. Si è detto in precedenza che l'operatore quando incontra una persona in difficoltà la deve vedere come un soggetto. Adesso abbiamo detto che in realtà le persone con quella qualifica sono tante, compreso lui medesimo. Pertanto il soggetto dell'azione di coping (cioè il paradossale oggetto considerato dall'operatore) è sempre in realtà un mix di soggetti, cioè una pluralità di autonome fonti di azione. Si dovrebbe vedere quindi un mix di logiche, di strategie, di sensibilità, di interessi, di abilità, che si incontrano e si scontrano, si attraggono e si respingono, si armonizzano o confliggono, in definitiva sviluppano delle dinamiche congiunte di azione dotate di senso (o meglio, dotate di tanti sensi distinti che possono occasionalmente convergere o stare assieme in vista di un fine comune). Questo mix che è dentro un problema e lotta per venirne fuori è la rete di fronteggiamento (coping network) o, per dirla in altro modo, è il «sociale» (Donzelot, 1988), nel senso tecnico in cui si dovrebbe usare questo termine nella pratica del lavoro d'aiuto. È possibile vedere un esempio nel compito circostanziato di «trovare un lavoro per un paziente psichiatrico». Rispetto a tale questione, si muovono persone con svariate motivazioni - per dovere d'ufficio, per attaccamento affettivo, per spirito di volontariato o caritativo, ecc. La percezione del compito induce motivazione e quindi azione (figura 8.3).

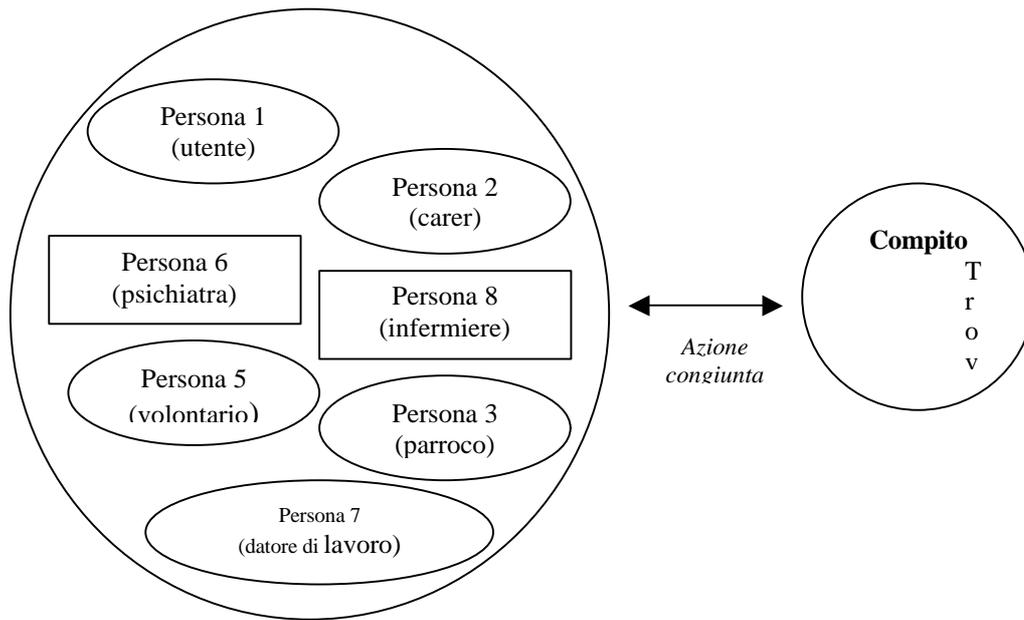


Fig.8.3 Possibile rete di fronteggiamento in una dinamica di ricerca di lavoro per un paziente psichiatrico.

Se vogliamo avere una idea precisa di che cosa è «il sociale» che continuiamo sempre a nominare, dobbiamo in effetti pensarlo materializzato in un'entità disarticolata e dinamica (cioè proiettata con l'azione in avanti); una pluralità di persone che interagiscono e scambiano informazioni e che sono potenzialmente libere di articolare la loro azione in funzione di un compito circostanziato, in qualche misura condiviso. La flessibilità e la dinamicità, l'essenza di una rete, a differenza ad esempio, di un sistema, che è un insieme tendenzialmente più bloccato e rigido nella sua struttura già acquisita (omeostatica), quindi meno capace di insinuarsi nella complessità.

La figura 8.3 ci mostra che un problema sociale non è mai un singolo individuo «fatto male» da madre natura (e quindi da modificare o ristrutturare «cl clinicamente»), ma una dinamica interazionale complessa che per svariati motivi non raggiunge i suoi stessi standard attesi d'azione (o non raggiunge gli standard dell'osservatore che «costruisce» il problema secondo codici esterni). Una rete può facilmente far passare tra le sue maglie delle situazioni senza essere in grado di gestirle. La rete di fronteggiamento è una struttura assistenziale «leggera» che si costruisce ad hoc su una singola contingenza, spesso informalmente e senza coscienza. È una struttura che spesso non è nemmeno percepita come tale (appunto come una struttura di assistenza). Il suo habitat è dato dagli interstizi della vita «normale» delle persone, nel senso della vita a domicilio o in ambienti ordinari della comunità locale, in coerenza con il noto principio della «normalizzazione» (Wolfensberger, 1972).

Quando va bene la rete garantisce, pur nella sua labilità, e magari volatilità, l'assistenza o un'adeguata qualità della vita. A volte invece, con situazioni più pesanti, la mancanza di coscienza o di autorganizzazione, fa sì che la rete si presenti debole o sfilacciata. Tanto più il problema è complesso, e quindi tanto più è complessa l'azione di fronteggiamento spontanea, tanto più la rete di fronteggiamento si può presentare all'osservatore come articolata/ frammentata. Tante più logiche distinte ci possono essere -sia informali (del mondo della vita) sia formali (tecnico-amministrative) -e tanta più fatica possono fare a stare assieme.

Può sorprendere, ma fmo a un certo punto, che ci sia maggiore probabilità di trovare reti poco efficienti o addirittura a volte sgangherate quando i suoi nodi sono costituiti anche da un i" certo numero di operatori professionali. Questo è un dato intuitivo: in genere ci sono più operatori ii quando le situazioni sono

oggettivamente più gravi. Resta tuttavia il fatto che gli operatori ancora faticano a capire la logica di rete, che è alquanto più sofisticata di una logica di equipe (multidisciplinary team).

Ciascun professionista che appartiene a un «insieme» operativo definibile come «rete» ha alle sue spalle un ente (un datore di lavoro) che è in genere diverso da quello degli altri eventuali colleghi presenti in quella stessa «unità» operativa. Ovviamente, un conto è lavorare assieme a colleghi all'interno di un'unica struttura, quando l'utente o la situazione «vengono» al servizio per farsi «trattare» lì (quando per così dire la montagna va da Maometto). Un altro conto è quando l'operatore lascia le mura dell'ente ed esce fuori, lui da solo, e s'incontra con altri colleghi professionisti, e anche con altri interessati, magari mai visti prima, in un campo neutro esterno. Ogni operatore può avere un retroterra amministrativo e procedurale diverso, con regolamenti e logiche e finalità (anche latenti) proprie, e tutti quanti sono tenuti assieme occasionalmente dallo stesso obiettivo, che può essere più o meno chiaro. In questa

fattispecie, non abbiamo un'equipe, abbiamo una rete (Payne, 1998).

Per definizione, una rete idealtipica è tale quando tutte le parti variamente differenziate, ciascuna portatrice della sua specifica logica o anche soggettività, come abbiamo detto, tutte queste parti possono agire tendenzialmente su uno stesso livello di status. È una struttura democratica di comunicazione (di azioni orientate in reciprocità) nel senso che ogni testa vale un voto, come si dice. Tutti i membri sono cittadini di pari grado. Hanno lo stesso titolo e lo stesso diritto di voce nel fronteggiamento.

Se questa osservazione sorprende, bisogna distinguere che cosa significa aver titolo o autorità nell'erogazione di una prestazione tecnica, oppure aver titolo nel fronteggiamento. A una prestazione tecnica è titolato il competente (lo specialista), il quale sa lui che cosa fare e gli altri non dovrebbero interferire. Al fronteggiamento -cioè a capire che cosa può essere più sensato fare per gestire al meglio una situazione indeterminata -sono titolati in pari grado tutti gli interessati che sono «dentro» quella situazione. Per esempio, se in una rete c'è uno psichiatra, lui potrà decidere nel merito del dosaggio di un farmaco, ma se si tratta di capire che cosa possa essere «meglio» per un utente -ad esempio se sia meglio andare a vivere con la sorella o stare a casa sua o che cosa -la voce dello psichiatra conta come quella dell'utente o della sorella, o dell'assistente domiciliare.

E' questa parità potenziale che, se effettivamente c'è, ci fa dire che l'insieme delle persone che si ritrovano assieme (anche idealmente, in uno spazio-tempo frammentato) è una rete nel vero senso del termine (e non, ad esempio, una squadra di «esecutivi» dominata cognitivamente da qualche singolo). In una rete tutti sono tendenzialmente sullo stesso piano e possono comunicare/agire sulle cose in base alla sensatezza di ciò che hanno da dire, e non in base al ruolo.

E ora due parole per capire che cos'è il lavoro sociale di rete. Abbiamo fin qui considerato il lavoro di un'ipotetica rete di fronteggiamento, cioè lo sforzo che fanno le persone/gli operatori quando si danno da fare in reciprocità, cioè in collegamento tra loro, in vista di qualche condivisa finalità. In questo senso parliamo esattamente del lavoro della rete, che di solito è, o comunque può essere, spontaneo e poco coscientizzato. Il lavoro di rete è un tipo diverso: è un lavoro, indirizzato verso la rete naturale di cui sopra, la quale già lavora per conto suo, come si è detto. In questa accezione, il lavoro di rete non sarebbe precisamente un «lavoro». E' un metalavoro, un lavoro su un lavoro, o meglio un lavoro che si aggancia relazionalmente a un altro lavoro (di altri soggetti). Volendo definirlo più compiutamente potremmo dire:

*[...] il lavoro di rete è un investimento intenzionale (finalizzato) di energia rivolto verso una rete di fronteggiamento preesistente (al limite anche potenziale) affinché essa (a) possa agire con più efficacia sul piano della reticolazione (della quantità, dell'efficacia e della pariteticità delle interazioni) e (b) possa esprimere una migliore capacità di azione comune rispetto al compito (task) che la «catalizza» e la spinge in avanti verso un miglior adattamento (non necessariamente verso una soluzione ottimale).*

Quando parliamo di capacità di azione comune (o congiunta) intendiamo l'azione cumulativa di tutti quanti, non solo quella delle varie persone della rete ma anche, sullo stesso piano, quella dell'operatore che «fa» il lavoro di rete. Se ci si sforza di vedere impastate assieme, in uno stesso amalgama, l'azione della rete e l'azione dell'operatore che è divenuto suo interlocutore, capiamo che il lavoro di rete non è un «intervento» estrinseco sulla rete, una pressione che l'operatore fa per costringere i suoi interlocutori a «migliorarsi», o a fare qualcosa di specifico. Non è un intervento sistemico direttivo, della «prima generazione». È più esattamente una relazione con la rete, cioè una relazione con relazioni, come si vede meglio graficamente nello schema della figura 8.4.

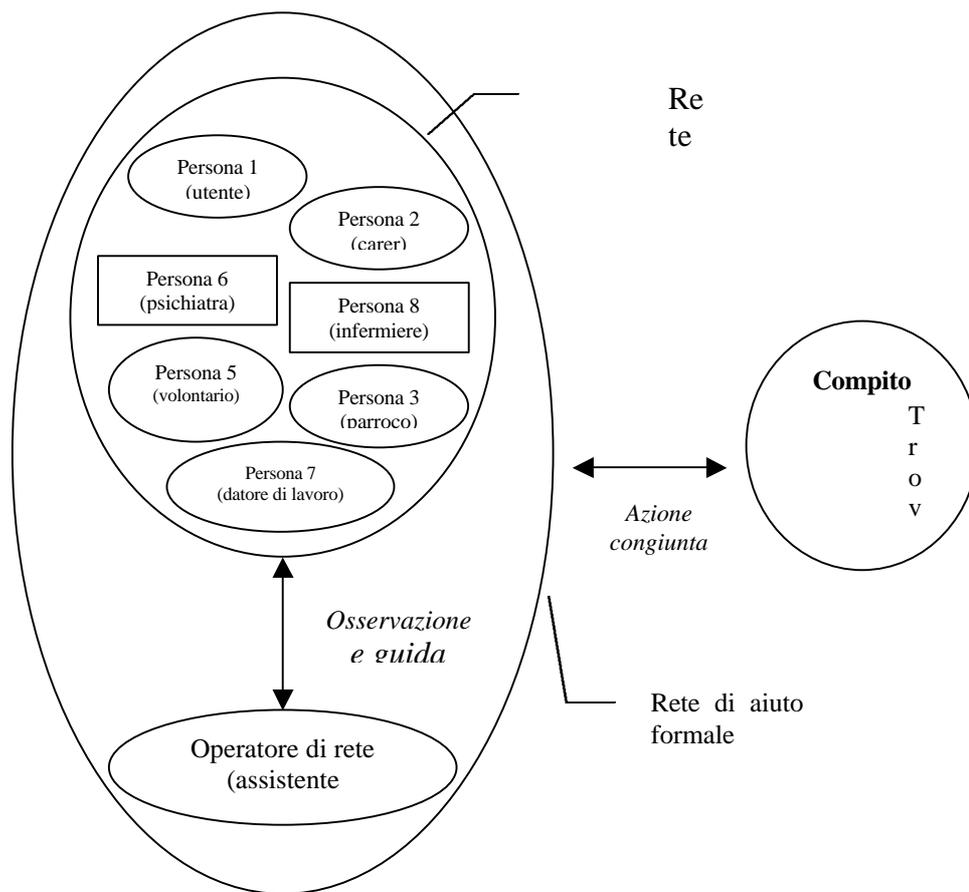


Fig. 8.4 Schematizzazione di un possibile assetto di un «lavoro di rete».

Per «relazione tra l'operatore e la rete» intendiamo un processo di scambio in itinere, nel corso del tempo, tendenzialmente paritetico. Intendiamo un reciproco processo di apprendimento tra le due parti, con modificazioni e, se c'è fortuna, miglioramenti reciproci. Ci immaginiamo la rete e l'operatore che assieme cercano di capire, per tentativi, passo dopo passo, che cosa sia sensato fare. L'operatore di rete diviene quindi un interlocutore delle persone che lui identifica come interconnesse (anche in modo arbitrario: in effetti una rete di aiuto, in se, non è un'entità reale, che tutti vedono: è piuttosto un'entità selezionata e costruita dall'operatore).

In quanto interlocutore, l'operatore deve essere esterno alla rete, vederla da fuori. Ma abbiamo anche detto, ed emerge visivamente dal grafico della figura 8.4, che l'operatore resta interno a una rete maggiore, più capace (comprehensive). È l'insieme relazionale che si fofllla con la sua aggiunta, e la sua presenza attiva. Chiamiamo «rete formale di fronteggiamento» quell'insieme di persone che non agisce più su un compito per conto suo, anche disordinatamente e come capita, ma che accoglie il lavoro che viene fatto nella sua direzione da un operatore ad hoc, il quale a sua volta si ritrova «lavorato» da quel sociale con cui si incontra, in senso riflessivo, e prospettico.

Una rete diviene formale quando, in funzione di due variabili, delle sue risorse e dei suoi orientamenti e del lavoro dell'operatore:

- a) incomincia ad assumere coscienza di se, maggiore consapevolezza cognitiva che il problema va affrontato assieme, tra le persone che sono lì, sperando in bene, senza aspettarsi che qualcuno dall'esterno faccia per così dire il miracolo.

- b) quando la rete migliora il suo assetto e la sua autorganizzazione, quindi quando non sfugge e anzi soppesa meglio i problemi; quando si apre a cogliere le occasioni di apprendimento, quando sfrutta più razionalmente le opportunità, ecc.

In definitiva la rete diviene più competente e più capace di azione sensata. L'operatore di rete è colui il quale innanzitutto osserva questi processi. Se fossero già adeguati, secondo il suo giudizio esterno, non farebbe più nulla. In caso contrario, agisce ancora verso la rete dando feedback, cioè retroagendo, per aiutarla a muoversi verso la propria soluzione. In molte situazioni questa funzione riflessiva di «osservazione e guida» viene svolta senza che gli interessati a cui è rivolta si accorgano di nulla. L'operatore invece di risolvere il problema bada che il «problema venga risolto» (da chi può agire) e magari nessuno appunto si accorge che questa facilitazione avviene.

In altre situazioni invece l'operatore di rete è riconosciuto formalmente e su di lui ricade la responsabilità ultima degli esiti dei processi di rete, cioè dell'azione frammentata e libera in capo a molti. In questo caso possiamo parlare dell'operatore di rete come di un case manager.

La metodologia del case management è nata negli USA (Moxley, 1989) ed è stata poi adottata ufficialmente nella rifollata del welfare britannico (Payne, 1998). Da questa esperienza risultano due tendenze forti contrapposte:

- a) una tendenza a immaginare le funzioni di case management in modo molto strutturato, dove l'operatore ha incarico di costruire pacchetti di prestazioni assistenziali standard e le monitora, badando soprattutto alla razionalità e all'economicità
- b) una tendenza più destrutturata e «professionale» dove l'operatore è messo in grado di agire in modo discrezionale e flessibile, seguendo la situazione invece che le direttive o i vincoli procedurali (Davies e Challis, 1996).

In questa seconda prospettiva l'operatore non costruisce qualcosa di suo, mettendo in gioco tante pedine in modo un po' ingegneristico, come un manager organizzatore di sistema. «Costruisce» invece con gli interlocutori, badando anche al senso «loro» e non soltanto alla pur essenziale razionalità oggettiva. Solo quest'ultima prospettiva è il lavoro di rete e solo questa è veramente compatibile con la relazionalità del mix.

## Bibliografia

- Banks S. (1999), *Etica e valori nel servizio sociale. Dilemmi morali e operatori riflessivi nel welfare mix*, Trento, Erickson.
- Barnes M. (1999), *Utenti, carer e cittadinanza attiva. Politiche sociali oltre il welfare state*, Trento, Erickson. 10
- Biestek F.P. (1965), *The casework relationship*, London, Allen & Unwin.
- Carkhff R. (1989), *L'arte di aiutare*, Trento, Erickson.
- Craig G. e Mayo M. (a cura di) (1995), *Community empowerment: A reader in participation and development*, London, Zed Books.
- Davies B. e Challis D. (1986), *Matching resources to needs in community care*, Aldershot, Gower.
- Devey, B. (1994), *Empowerment through holistic development: A framework for equalitarism in the ecological age*, Nottingham, Ecoworks.
- Donati P. (1991), *Teoria relazionale della società*, Milano, Angeli.
- Donzelot J. (1988), *The promotion of social*, «*Economy and Society*», vol. 17, n. 3, pp. 395-427.
- Downie R.S. e Telrer E. (1980), *Curing and caring: A philosophy of medicine and social work*, London, Methuen.
- Folgheraiter F. (1994), *Operatori sociali e lavoro di rete*, Trento, Erickson.
- Folgheraiter F. (1996), *Interventi di rete e comunità locali*, Trento, Erickson.
- Folgheraiter F. (1998), *Teoria e metodologia del servizio sociale, La prospettiva di rete*, Milano, Angeli.
- Harrison S. e Pollit C. (1994), *Controlling health professionals*, Buckingham, Open University Press.
- Hought M., (1999), *Abilità di counseling*, Trento, Erickson.
- Howe D. (1998), *Modernity, postmodernity and social work*, «*British Journal of Social Work*», vol. 24, n. 5, pp. 513-532.
- Husserl E. (1961), *La crisi delle scienze europee e la fenomenologia trascendente*, Milano, Il Saggiatore (ristampa 1997).
- Marzotto C. (1999), *Transizioni familiari e nuovi servizi per il legame sociale*, «*Sociologia e politiche sociali*», n. 1.
- Maslach C. e Leiter M.P. (1997), *The truth about burnout*, San Francisco, Jossey-Bass, trad. it Il burnout e le organizzazioni, Trento, Erickson, in corso di pubblicazione.
- Moxley D.P. (1989), *The practice of case management*, Beverly Hills, Sage.

- Parton N. (a cura di) ( 1996), *Social theory, social change e social work*, London, Routledge.
- Payne M. (1998), *Case management e servizio sociale. La costruzione dei piani assistenziali individualizzati nelle cure di comunità*, Trento, Erickson.
- Sanicola L. (a cura di) (1994), *L'intervento di rete*, Napoli, Liguori.
- Scaglia A. (1998), *La scienza del sociale: nascita e sviluppo della sociologia*, Milano, Angeli.
- Schutz A. (1974), *La fenomenologia del mondo sociale*, Bologna, Il Mulino.
- Thompson N. (1993), *Anti-discriminatory practice*, London, Macmillan.
- Weber M. ( 1968), *Economia e società*, Milano, Edizioni di Comunità.
- Wolrensberger W. (1972), *The principle of normalisation in human services*, Toronto, National Institute on Mental Retardation.

# *Il ruolo del Dipartimento per le Dipendenze*

*(a cura di Vincenzo Balestra)*

La presente relazione si colloca in un contesto di continuità ed approfondimento di punti e tematiche emerse durante il precedente PFT sul reinserimento socio-lavorativo. I gruppi di lavoro di quel PFT avevano evidenziato 4 nodi problematici:

- la complessità dell'utenza
- la formazione professionale degli utenti e quella specialistica degli operatori
- gli strumenti di valutazione sistematica dei bisogni e dell'efficienza degli interventi
- la difficoltà di mettere in rete e coordinare il rapporto tra le esigenze del territorio che possono intervenire nei processi di inserimento lavorativo.

Nella presente esposizione sarà analizzato quest'ultimo nodo problematico.

Sempre nel precedente incontro erano emerse, sul lavoro di rete le seguenti considerazioni: la diversa matrice culturale dei soggetti coinvolti nella questione del reinserimento socio-lavorativo, la diversa "mission" che crea, molto spesso, un'ulteriore difficoltà nei rapporti tra i servizi.

Eppure il bisogno di creare momenti di confronto e di scambio è chiaramente espresso da tutti i partecipanti, in particolare si sente l'esigenza di mettere in rete le risorse pubblico/privato del territorio, coinvolgendo SER.T., SIL, CT, Cooperative Sociali, Centri per l'Impiego, Servizi di orientamento e formazione professionale, Agenzie interinali, Aziende, Sindacati ed attribuendo al Dipartimento per le Dipendenze una funzione di Coordinamento.

E' difficile pensare ad una realizzazione stabilizzata, mentre è possibile, in termini dinamici, prevedere momenti di incontro/concentrazione parziali, successivamente integrabili a livelli superiori all'interno di un quadro programmatico complessivo che prevede un'unica regia. I momenti di incontro/concentrazione possono essere effettuati all'interno di gruppi di lavoro tematici (temporanei e creati ad hoc su determinati obiettivi) mentre il compito di regia dovrebbe essere esplicato dal Comitato Ristretto del Dipartimento. Il quadro generale di riferimento dovrebbe essere il prodotto del Comitato Allargato. Affinché queste idee possano trovare concreta applicazione il Dipartimento per le dipendenze dovrà possedere le seguenti caratteristiche:

-un clima relazionale chiaro, aperto e collaborativo. Questo è possibile se all'interno del Comitato Ristretto esistono rapporti interpersonali stabili derivati dalla conoscenza e dalla stima reciproca pur con le possibili differenze storiche di pensiero.

-un riconoscimento non solo "formale" e/o imposto ma sostanziale e rafforzato da prese di posizione regolamentari

Alla luce di un anno e mezzo di esperienza potrei delineare un Dipartimento con doppia natura funzionale/strutturale; funzionale nel mantenimento della pari dignità e del mantenimento delle autonomie delle singole Unità Operative, strutturale in termini di rappresentanza con l'esterno e di validità applicativa dei provvedimenti, dei protocolli operativi e delle linee guida elaborati all'interno del Comitato Ristretto (regia);

-un utilizzo agile e costante dei gruppi di lavoro con la costituzione di un gruppo di lavoro ad hoc per le problematiche inerenti l'inserimento lavorativo.

-la presenza nel Comitato ristretto di 1-2 rappresentanti dell'Ente Locale in riferimento alle numerose problematiche di ordine sociale associate agli inserimenti lavorativi soprattutto per la fascia di utenza più complessa e bisognosa e per i quali più che di inserimenti lavorativi nel mondo del lavoro sono prevedibili ambienti protetti, cooperative sociali, convenzioni ad hoc con aziende etc. Tali inserimenti (come è esperienza di tutti gli operatori del settore) sono da monitorare costantemente a causa delle variabili cliniche, temporali e comportamentali dei soggetti interessati e delle difficoltà relazionali (in ambito lavorativo) che tali perturbazioni comportano.

## ***Reinserimento, socio-lavorativo II° (risorse e strumenti)***

( a cura di Monica De Angeli, Marta Fenza)

Il PFT del 5 -6 Giugno 2001 ha avuto come obiettivo principale la ripresa e l'approfondimento dei quattro nuclei tematici emersi nei lavori di gruppo del PFT del 5-6 Aprile. I quattro nodi tematici, che riassumono i bisogni e le problematiche che gli operatori avevano presentato come più centrali e sentite nell'ambito del reinserimento socio-lavorativo, riguardano:

- 1) i problemi legati alla complessità dell'utenza in carico ai servizi;
- 2) difficoltà di mettere in rete e coordinare il rapporto tra le agenzie del territorio che possono intervenire nei processi di inserimento;
- 3) la questione della formazione professionale degli utenti e la formazione specialistica degli operatori;
- 4) l'individuazione di strumenti di valutazione sistematica sui bisogni e sulla efficacia degli interventi di inserimento socio-lavorativo.

Nel ruolo di moderatore, il dottor Marco Zamarchi ha proposto le quattro tematiche ai partecipanti della Tavola Rotonda, che ha visto coinvolti i rappresentanti delle diverse realtà che a diverso titolo si inseriscono nei processi di inserimento e reinserimento sociolavorativo:

- *Angelo Benvegnù*: Co.Ve.S.T. (Coordinamento Veneto Strutture Terapeutiche)
- *Maurizio Frassin*: Federsolidarietà Regione Veneto
- *Amedea Lo Russo*: Co.Ve.Ser.T.
- *Lorenzo Rampazzo*: Servizio Prevenzione Devianze della Direzione Servizi Sociali Regione Veneto
- *Antonio Saccardo*: S.I.L. Regione Veneto
- *Romano Santo*: Servizio Formazione Continua, Orientamento e Politiche di Sostegno all'Occupazione della Regione Veneto.

Sono, inoltre, intervenuti al PFT il Professor Fabio Folgheraiter, dell'Università di Trento, ed il Dottor Vincenzo Balestra del Dipartimento per le Dipendenze dell'A.ULSS di Vicenza.

Nei lavori di gruppo che si sono svolti nel pomeriggio si è chiesto ai partecipanti, attraverso l'ausilio di una scheda appositamente predisposta se la trattazione dei temi presentati alla Tavola Rotonda fosse stata esaustiva e quali proposte gli operatori avanzassero rispetto alle tematiche in questione. Da un'attenta rilettura delle considerazioni espresse nelle schede emerge un quadro abbastanza omogeneo che si traduce in critiche e proposte circa gli interventi degli esponenti della Tavola Rotonda e una interessante varietà di proposte elaborate dai singoli operatori.

Riguardo al primo tema " **i problemi legati alla complessità dell'utenza in carico ai servizi**", dalle schede emerge una generale sensazione di eccessiva teoricità nel modo di trattare il tema o addirittura una assenza di proposte concrete. In realtà è difficile isolare il tema della complessità dell'utenza all'interno degli interventi degli esponenti della T.R., poiché esso appare come tema di base, come presupposto da cui partono le riflessioni sulla necessità di lavorare in rete, sulla necessità della formazione (professionale per gli utenti e specialistica per gli operatori) e sul bisogno di valutare i bisogni dell'utenza attraverso strumenti adeguati e comuni.

Nell'intervento di Amedea Lo Russo si evidenzia come

*"l'idea di lavoro di rete spiega perché il Ser.T. deve interessarsi anche della fase finale del trattamento, cioè l'inserimento socio-lavorativo. Per programmare un intervento bisogna tener conto di tutto il percorso, che il più delle volte non è lineare ma sinusoidale, con abbandoni e riprese. Nel lavoro di rete ogni soggetto coinvolto deve mantenere il suo ruolo, ma si deve lavorare per lo stesso obiettivo comune.*

Angelo Benvegnù, continua:

*Per molte C.T. il lavoro ha una funzione terapeutica ed educativa. Il problema del reinserimento è emerso alla fine degli anni '80 da quando si è iniziato in modo sistematico ad analizzare il fenomeno delle ricadute. Si è capito che il lavoro è strettamente collegato alla qualità della vita. Molti soggetti ricaduti lamentavano problemi sul lavoro. Molti ex-tossicodipendenti avevano una bassa scolarizzazione e mancavano di mentalità lavorativa. Per affrontare questi problemi abbiamo fondato le cooperative (Labor e Coges) e organizzato alcuni corsi FSE. Le resistenze maggiori si sono avute dagli operatori che coglievano questo interesse come distrazione dalla fase terapeutica.*

*In Veneto le C.T. sono di tipo espulsivo. Le cooperative sociali di lavoro assumono una funzione di continuità terapeutica in particolare per quei soggetti che hanno finito il percorso della comunità, ma che sono difficilmente inseribili nel mondo del lavoro (soggetti doppia diagnosi, sieropositivi, donne, contenimento farmacologico, metadonici). A Venezia ci saranno circa 400 metadonici. Ma molte Cooperative non assumono soggetti metadonici. Allora chi può dare risposte a queste persone? Il tossicodipendente è difficile da gestire nell'ambiente di lavoro; fa molte assenze, deve essere inserito previa valutazione della sua condizione. In questo senso la formazione è importantissima e il lavoro di rete fondamentale.*

Sul tema del metadone Balestra aggiunge:

*Tornando al discorso sul metadone: non è assolutamente vero che le persone che assumono metadone non sono adatte ad ambienti lavorativi non protetti. Bisogna operare delle distinzioni: se l'assunzione è stabilizzata e la persona segue colloqui di sostegno, la dose di metadone somministrata non intacca le sue facoltà e quindi può lavorare come chiunque altro; se invece lavoriamo sulla riduzione del danno e il soggetto assume anche altre sostanze oltre al metadone, allora la persona può risultare inaffidabile.*

Le proposte degli operatori riguardano la "graduazione e differenziazione quanto più fini possibili nel ventaglio di proposte riabilitative per definire un percorso evolutivo", e una "mappatura" delle esperienze già condotte, e chiedono che il Dipartimento per le Dipendenze diventi il promotore di connessione e dialogo tra i servizi.

Gli interventi relativi al secondo tema **"difficoltà di mettere in rete e coordinare il rapporto tra le agenzie del territorio che possono intervenire nei processi di inserimento"**, fanno emergere il sostanziale accordo tra gli esponenti della tavola rotonda sul fatto che *"nel lavoro di rete ogni soggetto coinvolto deve mantenere il suo ruolo e la sua specificità, ma si deve lavorare per lo stesso obiettivo comune"*.

Del resto, per alcuni servizi, come per i SIL appare particolarmente difficile raggiungere una modalità di lavoro comune al loro stesso interno, e ancora più difficile appare una collaborazione con gli altri servizi nel settore del reinserimento, in quanto, come spiega Antonio Saccardo *"la trasformazione da SILD a SIL non è prevista dalla normativa ma è frutto della scelta di alcune USSL e alcuni Comuni. Su 21 ULSS Venete, solo metà hanno scelto di collaborare con gli altri servizi per effettuare inserimenti lavorativi. Chi ha fatto questa scelta, ha dovuto affrontare un grosso cambiamento culturale al suo interno. L'inserimento lavorativo non è un problema di un unico soggetto ma è un problema da gestire in rete. Il problema della complessità dell'utenza va affiancato al problema della complessità del tema dell'inserimento lavorativo in se stesso e dei soggetti coinvolti, ai problemi derivanti dal fatto che è un ambito in continuo cambiamento con normative spezzettate in vari settori (sanitario, lavoro, ecc.). Da alcuni dati risalenti al '97, si vede che su 2800 utenti in carico solo 150 sono tossicodipendenti; quindi la tossicodipendenza è una realtà molto recente per i SIL. L'orientamento e la formazione non devono riguardare un unico soggetto, ma sono il frutto del lavoro di rete. Lo strumento "lavoro" assume valenze diverse a seconda dei bisogni espressi dalla persona. Ecco perché i SIL organizzano corsi e percorsi diversi: la formazione può essere finalizzata alla maturazione personale o alla formazione professionale. Ci vogliono insieme di progetti per sviluppare l'autonomia della persona. E' un sistema aperto in cui i diversi soggetti costruiscono gli obiettivi da raggiungere.*

Per quanto riguarda gli altri soggetti coinvolti nella rete, *"La Regione- spiega Lorenzo Rampazzo- ha il compito di dare un indirizzo, programmare e coordinare e verificare i progetti. Ci si sta liberando dalle attività di tipo gestionale. La Regione deve avere un'ottica di sistema su come operare nel reinserimento, che è un momento del percorso di intervento. La prima cosa da fare è destinare risorse certe a questo settore: il lavoro di rete presuppone l'esistenza della rete e delle risorse che sostengono i nodi della rete. Le Amministrazioni comunali sono titolari del reinserimento ma non hanno fondi. Nei piani triennali di intervento si è stabilito che il 15% delle risorse del fondo lotta alla droga (L. 309/90) sia destinato al reinserimento. Il secondo passo fondamentale è riconoscere il lavoro di rete attraverso il Dipartimento Funzionale per le Dipendenze, che è l'ambito nel quale operare. Ciò che si vuole enfatizzare è il coordinamento, il lavoro di rete che è l'unico modo per affrontare la complessità. Riassumendo, le priorità sono: 1) destinazione di risorse certe, 2) individuare modalità organizzative di intervento nel Dipartimento Funzionale per le dipendenze. Fondamentale è anche mantenere un'ottica di sistema.*

Su questo tema gli operatori non hanno avanzato molte critiche rivolte al modo in cui è stato affrontato nella Tavola Rotonda, ma si ribadiscono le difficoltà a *"concordare nei linguaggi" "condividere obiettivi"*; e viene proposta la creazione di un *"tavolo comune che coinvolga tutti i soggetti coinvolti: Ser.T., SIL, cooperative, sindacati, Provincia, Regione", "formazione congiunta", "sperimentazioni a livello di singole realtà", "scambio di esperienze efficaci"*.

La trattazione del terzo tema **"la questione della formazione professionale degli utenti e la formazione specialistica degli operatori"** è quella che ha lasciato maggiormente delusi gli operatori che hanno ritenuto gli interventi "staccati dalla realtà" e pensano che "le prospettive regionali della formazione professionale degli utenti siano ancora nebulose".

Il responsabile della Federsolidarietà Frassin ritiene che:

*Il lavoro è uno strumento riabilitativo. Ma formazione e lavoro sono due momenti distinti di uno stesso percorso, che non vanno confusi. Né va confusa l'integrazione sociale con l'integrazione lavorativa. Una cooperativa di inserimento lavorativo ha come mission l'inserimento al lavoro con busta paga. Si distinguono poi le cooperative che mantengono al proprio interno i soggetti svantaggiati e quelle che invece operano da ponte con l'Azienda.*

*La cooperativa sociale ha la doppia finalità di realizzare la commessa di lavoro e produrre l'inserimento lavorativo di soggetti svantaggiati, cioè dare loro uno status di lavoratore. Non è facile far conciliare questa finalità con le esigenze di budget. Se parliamo di rete, il lavoro è quello di confrontarci sul territorio individuando obiettivi e metodologie. La rete è produrre possibilità di scambio informativo tra i soggetti stessi della rete. Per quanto riguarda il tema della formazione, per le cooperative sociali la vera innovazione non è diventare un contenitore stabile che offre lavoro, ma favorire interventi di formazione agli utenti, sia di tipo più generale che di tipo specifico (come l'apprendistato) cosa che permette di sviluppare professionalità differenziate. Il socio riabilitativo va separato dal socio lavorativo. Riguardo al rapporto con le USSL, ritengo che debba esserci una formazione integrata, condivisa, pur mantenendo le proprie specificità di intervento. Inoltre penso che sia importante creare integrazione fra le politiche sociali e le politiche del lavoro.*

Del resto il rappresentante del settore formazione Regionale Santo Romano assicura:

*Per la formazione degli operatori ci sono grandi possibilità, non c'è un problema di risorse, sia per gli operatori pubblici che privati.*

*I due problemi da prendere in considerazione sono la formazione per gli operatori e la formazione per gli utenti. La regione in base alla legge 10/90 ha compiti di controllo e traccia le linee guida a livello macro. Si hanno a disposizione le risorse regionali, statali ed europee. Uno dei problemi è decidere chi deve fare l'analisi degli interventi. I nuovi Centri per l'Impiego si occupano anche di orientamento. Nei corsi FSE sono previsti moduli sul Bilancio di Competenze. Per la formazione degli operatori e utenti esistono alcuni strumenti che permettono di effettuare inserimenti lavorativi: ad esempio il tirocinio, che consente alla persona di farsi conoscere dall'azienda la quale non deve sostenere costi (a parte l'Assicurazione INAIL) né ha obblighi di assunzione. Il tirocinio dura da sei mesi ad un anno con possibilità di essere prorogato fino a 24 mesi.*

Le proposte degli operatori tendono a reclamare un riconoscimento della loro esperienza quotidiana che potrebbe diventare la base su cui costruire corsi di formazione specialistica; si chiede una condivisione dei linguaggi, conoscenza reciproca tra servizi attraverso la creazione di tavoli di confronto e un'analisi puntuale delle reali esigenze formative degli utenti in relazione al mercato del lavoro.

La trattazione del quarto tema **"l'individuazione di strumenti di valutazione sistematica sui bisogni e sulla efficacia degli interventi di inserimento socio-lavorativo"** è sembrata ai più un po' sbrigativa e molti lamentano il fatto che non siano stati presentati degli strumenti concreti per effettuare una valutazione né sui bisogni dell'utenza né sull'efficacia degli interventi.

Del resto l'esigenza di compiere una valutazione sistematica degli interventi è fortemente sentita nei servizi, come si evince dall'intervento di Amedea Lo Russo:

*Se diamo al "lavoro" un significato di prevenzione alla ricaduta, allora la scelta cade sui contesti lavorativi protetti. Se invece il lavoro è considerato come acquisizione di autonomia allora ci dobbiamo indirizzare verso un tipo di intervento diverso. Il problema è di valutare la potenzialità evolutiva della persona; l'autonomia è l'obiettivo primario, ma il livello di autonomia raggiungibile varia da soggetto a soggetto. La valutazione si fa in itinere. Questo è il problema della complessità dell'utenza e della rete con la quale si dovrebbe continuamente discutere se una determinata scelta è andata bene oppure se è meglio modificarla. In questo contesto si inserisce anche il problema della formazione: la formazione è teorica e specifica ma deve essere anche comune e basarsi sulla discussione e sul confronto tra i diversi soggetti della rete coinvolti.*

E la valutazione degli interventi appare fondamentale anche in termini di programmazione economica, come sottolinea Lorenzo Rampazzo:

*Anche le Aziende USSL devono seguire i principi di produttività magari in termini di efficacia degli interventi, predisponendo la possibilità di compierne una valutazione. Il Dipartimento per le Dipendenze è il luogo adatto perché il confronto tra le parti avvenga; è un coordinamento tra pubblico e privato.*

Le proposte degli operatori rispecchiano questa forte esigenza di valutazione sistematica, e molti ritengono che non ci sia bisogno di strumenti nuovi, ma che sia necessario diffondere la cultura della valutazione come metodologia lavorativa. Le proposte di "valorizzare gli strumenti già presenti" e "aprire un tavolo di confronto sugli strumenti utilizzati", "necessità di individuare le sedi più opportune in grado di promuovere scelte politiche, in cui presentare gli esiti della valutazione e le conseguenti proposte" suggeriscono il desiderio di partecipare alla creazione e diffusione di questa cultura della valutazione.