



Un approccio partecipativo per lo sviluppo di curricula formativi per adulti in fase di recupero dalle dipendenze nell'Unione Europea

www.recoveu.org

Prodotto 3.4

Rassegna delle Politiche e delle Prassi

WP3: Definizione del contesto: Rassegna delle Politiche e delle Prassi

Dicembre 2014



Co-finanziato dall'Unione Europea

CONTENUTI

1. LE POLITICHE E LE PRASSI ADOTTATE NEI PAESI PARTNER	3
1.1 Introduzione	3
1.2 Politiche e Prassi nei paesi Partner	3
1.2 Definizione di Dipendenza, Trattamento e Recupero	7
1.4 Le Risposte Politiche e Strategiche	12
1.5 Gli Approcci alla reintegrazione sociale	16
1.7 Le Attuali opportunità di apprendimento formale e informale per gli adulti in fase di recupero	19
1.8 Le Attuali opportunità per gli adulti in fase di recupero di accedere ai programmi di apprendimento	21
1.9 Conclusioni	21
2. Allegati	22
2.1 Allegato 1	22
Riferimenti bibliografici:	25

1. LE POLITICHE E LE PRASSI ADOTTATE NEI PAESI PARTNER

1.1 Introduzione

Il progetto RECOVEU riunisce partner provenienti da Regno Unito, Cipro, Romania, Italia e Irlanda con l'obiettivo di promuovere l'accesso alle risorse per l'apprendimento per persone in fase di recupero dalla tossicodipendenza¹. Questa rassegna delle politiche e delle pratiche intende sostenere i partner del progetto nello sviluppare una più sottile e attenta comprensione dell'impatto che hanno le politiche in materia di sostanze stupefacenti e la strategia dell'UE in ciascuno dei paesi partner, con una particolare enfasi su come questa influenzi le prassi nel trattamento della tossicodipendenza.

Lo scopo era non di replicare le conoscenze già esistenti, ma di utilizzarle come base per sviluppare un approccio tematico all'intero progetto. Con queste premesse, i partner di RECOVEU hanno elaborato delle analisi critiche sull'attuale politica sulle droghe recepite nelle prassi dei propri paesi. Al fine di riflettere su tali tematiche è stato sviluppato uno strumento sulla base del Questionario Strutturato 28 sulla Reintegrazione Sociale e la Riduzione dell'Esclusione Sociale dei Tossicodipendenti (EMCDDA,2012) elaborato dall'Osservatorio Europeo sulle Droghe e le Tossicodipendenze (EMCDDA). La rassegna coniuga, pertanto, i dati esistenti (ad esempio i dati dei Punti Focali Nazionali)² con la conoscenza esperienziale dei partner che operano nel campo della tossicodipendenza.

Questo processo ha favorito lo sviluppo di un quadro tematico in grado di indirizzare il lavoro successivo e, soprattutto, ha consentito di ottenere una comprensione condivisa di alcuni dei problemi contestuali e strutturali che interessano ogni partner. Mentre i partner completavano questa analisi (ottobre 2014), la Commissione UE sui Narcotici (EUCND) si è riunita a Vienna per discutere il proprio inserimento nella sessione speciale dell'Assemblea Generale delle Nazioni Unite. L'opinione dominante è stata quella di stimolare una maggiore attenzione nel quadro internazionale di controllo delle droghe. Nei paesi partner del progetto RECOVEU non è prevista l'applicazione della misura del lavoro forzato al posto del trattamento della tossicodipendenza né è prevista la pena di morte, ma tali misure esistono in altri paesi nel mondo. Pertanto rappresenta un notevole risultato l'essere stati in grado di sviluppare risorse con persone in fase di recupero in grado di facilitare il loro accesso all'educazione degli adulti dando l'opportunità di apportare cambiamenti positivi nelle loro vite.

1.2 Politiche e Prassi nei paesi Partner

Quali sono le tematiche ricorrenti nelle politiche e prassi nazionali?

Le politiche e prassi legate ai problemi della tossicodipendenza sono in qualche misura diversi nei paesi partner. In Italia la bassa percezione del rischio associato all'uso di cannabis, in particolare tra i

¹ Per maggiori informazioni sul progetto RECOVEU è possibile consultare il sito: <http://recoveu.org/>

² Salvo dove diversamente indicato, i dati contenuti nel presente rapporto sono tratti dal Punto Focale Nazionale.

giovani, è considerata un forte problema. Allo stesso modo, l'uso e l'abuso di alcol tra i più giovani sono ritenuti problematici e considerati come un'anticamera all'uso di stupefacenti. La situazione invece è un po' diversa in Romania, in quanto la prevalenza dell'uso della droga illecita è bassa rispetto ad altri Stati membri dell'UE, seppure ci siano indici di una tendenza all'incremento dell'utilizzo di droghe³. Anche se la maggior parte dei consumatori di droga prediligono l'eroina, la proporzione di coloro che fanno uso delle nuove sostanze psicoattive è aumentata e può costituire circa un terzo dei problemi dei consumatori di droga (PDU)⁴. Così come in Italia, l'uso di sostanze stupefacenti tra i giovani rappresenta motivo di forte preoccupazione anche in Romania; la tendenza generale tra i 16 anni di età nel 2012 era del 21.7% (Progetto Europeo di Indagine Scolastica su Alcol e altre droghe - ESPAD, 2012). Anche l'Irlanda sperimenta le nuove tendenze in materia di uso di droghe di diverso tipo: l'uso di alcool, cannabis, cocaina, benzodiazepine e droghe 'Z' è significativo unitamente ad un altrettanto significativo aumento dell'uso del crack. Le droghe 'Z' (o non-benzodiazepine, anche dette simil - benzodiazepine), sono una classe di droghe psicoattive i cui effetti farmacologici sono simili a quelli delle benzodiazepine. Tra l'altro in Irlanda la popolazione che usa eroina si è stabilizzata ed oggi si assiste al suo invecchiamento.

Nel 2010/11, si stimavano circa 298.752 consumatori di oppiacei e/o crack in Inghilterra. Ciò corrisponde allo 0,87% della popolazione di età compresa tra i 15 e i 64 anni (dati tratti dal Centro Informazioni per la Salute e l'Assistenza Sociale - HSCIC, 2013). Tuttavia, circa 2,7 milioni di persone di età compresa tra i 16 e i 59 anni hanno fatto uso di droghe illecite nell'ultimo anno, ciò equivale all'8,2% della popolazione adulta (Agenzia Nazionale per il Trattamento - NTA, 2012a). Nel 2012, 197.110 adulti sono entrati in contatto con i centri di recupero e 185.428 sono rimasti in trattamento per 12 settimane o più – questo è infatti il lasso di tempo previsto per il recupero nel Regno Unito. 29.855 individui sono stati registrati in quanto sono usciti dal trattamento liberi dalla tossicodipendenza (NTA, 2012b). Si stima che oltre 10 milioni gli adulti nel Regno Unito abbiano un problema con l'alcool che può andare dal consumo pericoloso o nocivo fino ad arrivare ad una vera e propria dipendenza (NTA, 2012b). 109.683 persone si sono sottoposte a trattamenti di recupero per abuso di alcool nel 2012 e 40.908 hanno terminato con successo il trattamento (NTA 2012b).

Mentre l'Italia sperimenta livelli molto simili a quelli del Regno Unito a fronte di una comparabile popolazione di 61 milioni di persone, in Romania c'è una percentuale dello 0,18% su una popolazione molto più ridotta di 19,96 milioni. Nel 2012, in Irlanda, 8.923 persone erano in terapia sostitutiva degli oppiacei che fu introdotta nel 1992. Cipro si colloca all'estremità inferiore della scala di uso di droghe illecite ove la cannabis si rivela la droga più diffusa seguita dalla cocaina.

Quali organizzazioni ed autorità rappresentano i principali promotori delle politiche?

Nell'ambito di ciascuno dei paesi partner esistono specifiche agenzie preposte allo sviluppo di un Programma di Azione Nazionale. Queste agenzie operano all'interno di differenti ministeri governativi. In Romania l'Agenzia Nazionale Anti-droga (NAA) è un'entità legale specializzata sotto il coordinamento del Ministero dell'Interno e delle Riforme Amministrative. La NAA sovrintende lo sviluppo di un approccio standard per ridurre il traffico illecito e l'uso di stupefacenti ed è responsabile del coordinamento di tutti i servizi e dei professionisti che operano nel settore. L'Osservatorio delle droghe e delle tossicodipendenze opera all'interno della NAA. Tuttavia, anche se la tossicodipendenza è considerata come una malattia in Romania, la NAA non opera all'interno del

³ Si noti che inizialmente l'espressione "utente di servizi" era stata adottata in riferimento a persone in fase di recupero, anche se a volte non aveva senso nel contesto, pertanto è stata sostituita con il termine "utilizzatori di droghe".

⁴<http://www.emcdda.europa.eu/publications/country-overviews/ro>

Ministero della Salute perché l'aspetto della criminalità ha la precedenza in termini di elaborazione delle politiche. In Italia il Dipartimento per le Politiche Antidroga (DPA) è una struttura permanente della Presidenza del Consiglio dei Ministri. Il DPA è responsabile per la definizione e il monitoraggio del Piano d'Azione Nazionale contro la droga coerentemente con le Linee Guida della UE. Anche se non opera all'interno di un Ministero della salute, il DPA collabora in sinergia con il servizio sanitario che è responsabile per il trattamento e la riabilitazione, realizzato attraverso il Servizio Sanitario Regionale tramite i servizi sanitari locali.

In Cipro, Irlanda e Regno Unito le agenzie responsabili per le strategie globali contro la droga sono collegate più direttamente a livello politico ai dipartimenti governativi correlati alla salute. Il Consiglio Anti-Droghe di Cipro (CAC), istituito nel 2000, è responsabile per lo sviluppo e l'attuazione della Strategia Nazionale Antidroga e del Piano di Azione Nazionale sulle Droghe in linea con la Strategia Antidroga dell'UE. È regolamentato e finanziato dal Ministero della Salute. Il CAC è l'unico responsabile per il coordinamento dei programmi di prevenzione e intervento nel campo delle tossicodipendenze e per il monitoraggio dei servizi per le dipendenze sia governativi che non governativi. Il CAC è anche responsabile per il finanziamento di servizi, in particolare quelli gestiti da organizzazioni senza scopo di lucro.

In Irlanda i principali promotori delle politiche provengono dal settore sanitario, il quale ha uno specifico servizio per le dipendenze separato da quello relativo alle cure primarie. C'è un Forum di Supervisione sulle Droghe presieduto dal Ministro della Salute con rappresentanti multi settoriali che includono anche referenti di enti di volontariato e delle comunità. Il Dipartimento della Salute si occupa del funzionamento quotidiano della politica sulle droghe attraverso due unità: l'Unità per la Politica sulle Droghe e l'Unità per i Programmi sulle Droghe. Un Gruppo di Consulenza sulle Droghe (DAG) fornisce consigli al Ministro sull'attuazione della strategia antidroga. Il Comitato Nazionale per l'Implementazione della Riabilitazione dalla Droga (NDRIC) sovrintende all'attuazione della strategia di riabilitazione.

La situazione nel Regno Unito è piuttosto complessa e presenta difficoltà per la presentazione e l'interpretazione dei dati. Il governo del Regno Unito è responsabile per l'impostazione della strategia globale sulle droghe e per l'applicazione della medesima nelle amministrazioni decentrate solo nelle questioni di sua competenza; politiche in materia di salute, istruzione, alloggio e assistenza sociale sono di competenza della sola Inghilterra, mentre gli aspetti relativi all'intervento delle forze di polizia e il sistema di giustizia penale sono di competenza di Inghilterra e Galles. Una serie di poteri è devoluta all'Irlanda del Nord, alla Scozia e al Galles, e ciascuno di questi paesi ha la propria strategia. Le strategie adottate in Irlanda del Nord e nel Galles sono rivolte sia alle droghe illegali sia all'alcool. Nell'aprile 2013, è stato istituito l'organismo di Sanità pubblica per l'Inghilterra (PHE) e l'Agenzia Nazionale per il recupero (NTA), in precedenza facente parte del Servizio Sanitario Nazionale (NHS) che ha condotto l'attuazione della strategia antidroga, è entrata a far parte di questo organismo nazionale di ampio respiro, istituito per proteggere e migliorare la salute e il benessere della nazione e per ridurre le disuguaglianze (PHE, 2013). Ci sono tre principali filoni nella strategia antidroga del Regno Unito: riduzione della domanda, riduzione dell'offerta e messa a punto di trattamenti di recupero. La strategia riguarda solo le droghe illecite. C'è poi una strategia separata per l'abuso di alcool concentrato sul '*binge drinking*' (sbronza). Nel Regno Unito, tale pratica consiste nel bere più di 8 unità di alcool per gli uomini e più di 6 unità di alcool per le donne (NHS, 2012).

Qual è l'opinione dominante circa le risposte nazionali ai problemi legati all'uso di droghe?

In ciascuno dei paesi partner le persone con problemi di dipendenza sono definite in modo diverso. Questa 'etichetta' riflette l'opinione dominante in materia di dipendenza. In Italia si parla ad esempio di 'tossicodipendenti'. L'opinione del DAP circa la risposta al problema dell'uso di droghe è

5

che la tossicodipendenza è una malattia prevenibile, trattabile e curabile. Di conseguenza, tutte le politiche e le strategie sono impostate per riconoscere che questa condizione non è solo un problema sociale, ma anche un problema serio di sanità pubblica che interessa non solo la salute delle persone tossicodipendenti, ma anche terzi che possono essere danneggiati da ciò che è considerato come un comportamento a rischio. Nell'ambito di questa raffigurazione, l'uso della droga illecita non è considerato essere un diritto dell'individuo perché le conseguenze di tale comportamento possono interferire con i diritti degli altri. Tuttavia, la questione è controversa e il dibattito rimane aperto.

In Romania e a Cipro l'opinione dominante riguarda il concetto di criminalità. C'è una chiara definizione della tossicodipendenza che coinvolge l'uso di droghe illegali in Romania; ridurre la domanda e l'offerta è la parte più importante della strategia anti-droga. Di conseguenza viene posto meno l'accento sul trattamento e sul recupero dei tossicodipendenti. La percezione pubblica della tossicodipendenza è che essa dimostra una mancanza di forza di volontà nel controllare il proprio comportamento; alcool/tossicodipendenti sono considerati come irrimediabili 'peccatori' e soggetti poco affidabili. Questo punto di vista morale è diffuso e incoraggiato da alcune chiese e da professionisti che non lavorano nell'ambito del Minnesota⁵. Le voci delle organizzazioni religiose e dei professionisti che operano invece nel settore privato con il modello Minnesota sono numericamente inferiori e non hanno ancora il potere di influenzare la politica e le strategie. Tuttavia, le principali città come Cluj-Napoca, Lasi e Bucarest hanno una buona rete di organizzazioni non governative (ONG) che forniscono servizi più incentrati sulla riabilitazione psico-sociale e sul reinserimento sociale utilizzando quel modello che considera la tossicodipendenza come una malattia.

A Cipro esistono forti tabù sociali relativi alle tossicodipendenze. Un tentativo di risolvere questo problema avviene attraverso la promozione del reinserimento sociale, ma questo è attualmente solo nelle sue fasi iniziali. Ad esempio, il CAC intende promuovere la reintegrazione sociale dei soggetti con una storia di tossicodipendenza, fornendo loro alloggio, formazione e occupazione e servizi di trattamento specifico. Alcuni centri di trattamento pongono attenzione al reinserimento sociale mentre altri mirano maggiormente a rimuovere lo stigma sociale cagionato dalla tossicodipendenza attraverso un effettivo reinserimento. Il CAC ha anche cercato di rimuovere l'idea di criminalità connessa al problema della tossicodipendenza che aveva agito da deterrente per l'accesso PDU ai servizi di trattamento, ad esempio fornendo orientamenti ai media sui terminologia appropriata da utilizzare.

In Irlanda il discorso su come affrontare il problema dell'abuso di stupefacenti resta dominato dal modello medico che favorisce un approccio al problema tramite l'uso di metadone e brevi interventi, con scarsa attenzione al miglioramento della qualità della vita dell'individuo. Tuttavia, si va ora diffondendo un'idea di recupero influenzato dagli sviluppi avuti in materia sia in America che nel Regno Unito.

In Inghilterra, l'opinione dominante affronta la tossicodipendenza con una combinazione di attenzione alla criminalità e alla salute pubblica. Come in Irlanda, un approccio mirato di riduzione del danno per tutelare la salute pubblica è cominciato alla fine del 1980 e primi anni 1990 in risposta

⁵ Il Modello Minnesota si è sviluppato dai modelli di trattamento precoce riguardanti l'astinenza e il disagio. Ulteriori informazioni possono essere reperite in Anderson, D.J. McGovern, J.P. and Dupont, R.L. (1999) "The origins of the Minnesota model of addiction treatment-a first person account", *Journal of Addiction Disorders*, 18(1):107-14

alle preoccupazioni sulla trasmissione dell'HIV. La Riduzione Del Danno costituisce un approccio pragmatico che considera la disponibilità di supporto al fine di utilizzare le droghe nel modo più sicuro possibile e costituire la chiave per sostenere le persone. Le considerazioni sull'approccio di Riduzione del Danno sono diventate sempre più polemiche e vengono sostituite da strategie di recupero che più specificamente promuovono l'astinenza. Tuttavia, l'approccio della Riduzione del Danno rimane fondamentale nell'ambito di quei servizi per la dipendenza in quanto il trattamento mira a ridurre i danni e ad escludere alcune situazioni di rischio, come ad esempio il pericolo di trasmissione dell'Epatite. C'è anche il supporto per l'introduzione di locali per il consumo con l'obiettivo di ridurre i decessi correlati all'uso di stupefacenti (BMJ, 2013). La fornitura di Naloxone, un antagonista degli oppioidi che inverte gli effetti dell'overdose, è attualmente disponibile per le persone a rischio e in alcune zone per i membri delle loro famiglie. Dal maggio 2012 il Consiglio Consultivo sull'abuso delle droghe ha favorito le restrizioni sulla fornitura di Naloxone per supportare l'obiettivo delle strategie anti droga di riduzione dei decessi correlati al consumo di droga.

1.2 Definizione di Dipendenza, Trattamento e Recupero

In tutti i paesi partner è difficile dare una chiara definizione dei concetti di dipendenza, trattamento e recupero

Dipendenza

In letteratura e nei rapporti aneddotici esistono alcune definizioni di dipendenza ma per tutti i partner la definizione resta offuscata dai paradigmi morali che hanno un impatto sugli approcci, gli interventi e le percezioni di ciò che significa "essere dipendenti" e di come questo definisce un individuo e il suo posto nella comunità. Nel 2012 la Commissione per la Politica sulla Droga del Regno Unito (UKDPC) ha fatto riferimento al dibattito politico sulla droga nel Regno Unito guidato dalla necessità di mantenere lo status quo e influenzato dalla mancanza di una solida definizione condivisa (UKDPC, 2012). Tutti i paesi partner sembrano avere un'opinione comune circa un paradigma medico prevalente. Inoltre, tutti i partner riconoscono l'esistenza di aspetti psico-sociali della dipendenza seppur con diversi livelli di enfasi. Tuttavia, ciò che appare chiaro da questa analisi delle politiche e delle prassi è un'enfasi dell'aspetto morale che influenza il dibattito, spesso a detrimento dei bisogni degli individui che hanno problemi legati all'abuso di droghe ed alcool.

Un esempio dell'impatto di questa connotazione morale emerge dai partner di Romania e Italia, i quali sottolineano che spesso l'abuso di alcool è trattato come una questione separata. In questi paesi, come comunemente avviene in tutta Europa, il consumo di alcool è ampiamente tollerato mentre non è tollerata la dipendenza dallo stesso. In Italia questa dipendenza viene considerata in maniera diversa rispetto alla dipendenza da droghe per via della diversa considerazione che ha l'alcool. Pertanto, la risposta alla dipendenza risulta influenzata dalle norme culturali di ciascun paese; alcuni sono più sensibili su alcuni aspetti, mentre altri lo sono meno. Alcuni paesi partner, come il Regno Unito, affrontano il problema dell'abuso di alcool e droghe in modo molto simile; ad esempio, i dati sulle tossicodipendenze nel Regno Unito si riferiscono sia alla droga che all'alcool.

Nel Regno Unito, la dipendenza è prevalentemente definita come una condizione cronica e recidivante nel paradigma medico o come il compulsivo abituale uso di sostanze stupefacenti nel paradigma comportamentale. Vi è un generale consenso, tuttavia, sul fatto che una combinazione di fattori sia biologici che comportamentali contribuisca a generare fenomeni di dipendenza. Questa complessa commistione di fattori è riconosciuta in tutti i paesi partner. In letteratura, per dipendenza si intende: una malattia, una scelta o una forma di reazione. Questo può influenzare gli

7

approcci ai trattamenti con riferimento alle risposte sia strategiche sia individuali (Russell et al., 2011). A Cipro la dipendenza è considerata come un disturbo legato non solo a sostanze illegali ma anche al consumo dannoso di alcool. La Strategia Nazionale ammette la compresenza di fattori individuali, sociali ed economici che portano alla dipendenza e il lungo percorso necessario per superarla. Essa si ispira ad un approccio olistico al trattamento della dipendenza che comprende tutte le sostanze che creano dipendenza, legali e illegali e considera il trattamento della dipendenza come una priorità nelle politiche sanitarie.

L'Irlanda condivide l'idea dominante nel Regno Unito secondo la quale la dipendenza è una condizione cronica recidivante caratterizzata principalmente da una risposta medica. Il DSM5⁶ è lo strumento diagnostico utilizzato per determinare la prevalenza. Tuttavia, si va diffondendo l'opinione della necessità di una definizione bio-psico-sociale più appropriata. L'uso di droga è illegale e pesantemente stigmatizzato e, paradossalmente, c'è un enorme stigma per il tossicodipendente ed al contrario una certa simpatia per l'alcolista.

In Romania la dipendenza è vista come un disturbo psichiatrico e prevalentemente trattata all'interno di istituzioni mediche. Il modello della dipendenza come malattia (e quindi ad esempio la necessità di un'astinenza totale) è stato introdotto solo recentemente dalle organizzazioni non profit che forniscono servizi psico-sociali, i quali partono dall'idea che la dipendenza sia una malattia complessa con connotazione bio-psico-sociale-spirituale. C'è invece maggior chiarezza in relazione alla definizione della dipendenza relativa all'uso illegale di droghe. I tossicodipendenti sono definiti tali quando si trovano in uno stato di dipendenza fisica.

Anche se la dipendenza è una definizione condivisa nei contesti giuridici e terapeutici in Italia, ci sono difficoltà nel cambiare punti di vista. Molte persone ritengono che un tossicodipendente sia un criminale piuttosto che un malato. La dipendenza è caratterizzata da un forte desiderio e da una continua ricerca di una sostanza, dalla scarsa capacità di riconoscere i problemi individuali e da una risposta emotiva disfunzionale. La posizione del governo italiano è quella di ritenere alcuni individui come caratterizzati da uno specifico profilo neuro-psico-biologico, sociale e ambientale con più probabilità di sviluppare forme di dipendenza. All'interno di questo modello di dipendenza anche l'uso occasionale è considerato pericoloso. Di conseguenza, strategia e prassi sono orientate verso l'intervento immediato per evitare l'insorgere di una vera e propria dipendenza: non solo attraverso attività di sensibilizzazione ma anche al fine di promuovere migliori stili di vita l'empowerment dell'individuo.

Trattamento

Il termine «trattamento» è usato nel Regno Unito per descrivere una gamma di interventi farmacologici e comportamentali. Ciò include informazioni e consulenza, screening iniziale, programmi di distribuzione di aghi e siringhe, trattamento farmacologico e psicosociale, disintossicazione e riabilitazione residenziale. Il trattamento sostitutivo rimane il trattamento principale nel Regno Unito per la disintossicazione dagli oppiacei e viene offerto tramite servizi specialistici ambulatoriali, comunemente in centri di assistenza pubblici con l'intervento di medici generici. Il metadone per via orale è alla base della terapia sostitutiva, ma nel Regno Unito dal 1999 è altresì disponibile la buprenorfina. In Inghilterra, è possibile ottenere il metadone iniettabile ed anche la diamorfina, anche se questo si verifica raramente.

⁶ Manuale Diagnostico e Statistico dei Disordini Mentali – la classificazione standard dei disordini mentali utilizzata dai professionisti della salute mentale negli Stati Uniti e condivisa nel panorama internazionale.

L'approccio al trattamento e all'intervento nel Regno Unito è una combinazione di sanità pubblica e misure di divieto. Benché la prescrizione - principalmente per la dipendenza da eroina - sia dominante, ci sono anche gli interventi di Riduzione del Danno e sempre più il riconoscimento che il mutuo aiuto è una preziosa fonte di sostegno nella fase di recupero (Istituto nazionale per l'Eccellenza Clinica (NICE), 2012). Lo sviluppo di "campioni di recupero" è supportato da un forte movimento a sostegno del recupero. Il Cammino per il Recupero del Regno Unito (UKRW) è una Società Cooperativa istituita per sostenere le persone in fase di recupero e offre esempi visibili di successo. Questa organizzazione promuove il ruolo di "campioni di recupero" a sostegno delle persone in entrata nella fase di recupero. Questo offre opportunità di "apprendimento sociale" quando le persone incontrano altre persone in fase di recupero e serve a dimostrare alla comunità che il recupero da dipendenza da droga e alcol è possibile.

In Inghilterra, un recente rapporto (NTA, 2011) di un gruppo di esperti sul trattamento orientato al recupero fornisce un nuovo quadro nazionale per le migliori prassi per gli operatori ed aggiorna efficacemente e sostituisce il documento Modelli di Cura (2009 e il 2012) e il precedente impianto di trattamento basato su quattro livelli. Le nuove linee guida enfatizzano gli interventi di recupero personalizzato che lavorano con gli individui per giungere all'astinenza attraverso il progressivo aumento del reinserimento sociale. Questo per molti presuppone che una mancanza di capitale personale e sociale impedisce agli individui di essere integrati nelle loro comunità, ma non affronti le esigenze delle persone dipendenti da droga e alcool che rimangono nel mondo del lavoro e che hanno una maggiore capacità di coinvolgimento della comunità. A questo proposito esso fa eco ad altre strategie incentrate sugli individui più problematici in termini di integrazione nelle comunità, i cui principali problemi restano la piccola criminalità, la pubblica sicurezza e la sanità pubblica.

L'obiettivo dichiarato del trattamento in Italia è quello di aumentare le opportunità per i tossicodipendenti di avere una vita più soddisfacente, di diventare autonomi e responsabili e liberi dalla droga. La chiave per il raggiungimento di questo risultato è rappresentata dalla ricostruzione e dallo sviluppo di una positiva immagine di sé e dalla creazione di relazioni positive. C'è una distinzione tra i risultati globali e quelli specifici; i primi si riferiscono al comportamento di un individuo nel tempo con focus su obiettivi di più lungo termine e una maggiore integrazione sociale mentre per risultati specifici si intendono quegli obiettivi a breve termine relativi al trattamento e alla cessazione del consumo di droga. In Italia molti operatori hanno iniziato da tempo a promuovere un cambiamento ideologico ispirato alle esperienze acquisite sul campo tentando di diffondere l'idea che le persone tossicodipendenti non devono essere isolate e discriminate, che esse hanno il diritto di ricevere cure gratuite, anche se si trovano in stato di detenzione per reati penali. L'obiettivo è quello di basare tutti gli interventi su passaggi graduali ma continuativi orientati al recupero. Il trattamento deve essere accessibile, equo e personalizzato, con l'obiettivo a breve termine di stabilizzare il problema e, a lungo termine, di promuovere la riabilitazione e il ripristino di una vita sana e autonoma. Il trattamento e la riabilitazione sono assicurati dal Servizio sanitario regionale attraverso i servizi pubblici competenti (Ser.T.) e servizi gestiti da organizzazioni sociali private accreditate.

Lo scopo del trattamento in Irlanda è consentire alle persone di accedere ai servizi clinici e ridurre i danni associati all'uso di droga per gli individui, le loro famiglie, la comunità e la società. I setting sono di tre tipi: cliniche, ambulatori medici di livello 1 (fino a 15 pazienti) e di livello 2 (fino a 35 pazienti); esistono anche servizi per il trattamento nelle carceri. Le cliniche sono un mix di strutture attrezzate composte da piccole cliniche satellite create nel 1990 per coinvolgere il più ampio numero di persone il più rapidamente possibile. Il trattamento comprende la fornitura di metadone insieme

9

all'opzione di disintossicazione, stabilizzazione e riabilitazione. Sono inoltre forniti servizi di Counseling. Ciò è sostenuto da un'attività di valutazione, di pianificazione della cura e della possibilità di impegnarsi in un percorso di cura integrato e di monitoraggio dei risultati sotto l'egida della gestione clinica. L'obiettivo è quello di normalizzare i servizi aumentando il coinvolgimento del medico generico, per far fronte in via prioritaria al poli-abuso di droghe, sia quelle acquistate su prescrizione sia le droghe e l'alcool non prescritti. Il Programma Nazionale per la Riabilitazione dalle droghe (Doyle e Ivanovic, 2010), la Bozza del Rapporto di Valutazione del Programma Nazionale Pilota per la riabilitazione dalle Droghe (Barry e Ivers, 2013) e l'HSE - Rassegna dell'Area del Nord (PIRC/UCL Partners, 2013) stanno promuovendo una forma di ri-orientamento verso un servizio integrato ed incentrato sull'individuo.

I metodi di trattamento dominanti a Cipro sono rappresentati da interventi psicosociali che vengono utilizzati in tutti i programmi di Counseling, ambulatoriali e ospedalieri. Ci sono 23 programmi di trattamento a Cipro, nove dei quali sono finanziati dal governo e comprendono programmi di farmaci legalmente prescritti, mentre 14 sono privati. La maggior parte dei centri per il trattamento affronta comportamenti di dipendenza, dalla dipendenza relativa al consumo di eroina alla dipendenza da gioco d'azzardo, attraverso psicoterapia e prescrizione di farmaci. I centri per il Counseling sottolineano l'importanza dello sviluppo motivazionale e del sostegno, laddove i programmi di riabilitazione ambulatoriale e ospedaliera si incentrano sull'individuo e sulla consulenza di gruppo, terapia e psicoterapia. Tra i programmi forniti, soltanto due (uno ospedaliero e uno ambulatoriale) hanno come target specifico i consumatori di droga. Allo stesso modo, ci sono solo due centri (una struttura di governo e una clinica privata) che forniscono servizi di disintossicazione. Infine, tre programmi offrono servizi di sostituzione/mantenimento (uno dei quali è una clinica privata e gli altri due sono programmi governativi). Anche se ci sono nuove strutture emergenti, per i servizi di trattamento c'è una sostanziale carenza di servizi terapeutici specializzati per droghe diverse dall'eroina. Il trattamento di sostituzione è stato introdotto a Cipro nel 2007, con circa il 44% di clienti idonei coinvolgibili nel servizio offerto al momento dell'attivazione (dati NFP).

In Romania la strategia nazionale si concentra sulla riduzione della droga illegale, su programmi di Riduzione del Danno e servizi primari di trattamento medico per i consumatori di droga (ad es. i servizi per il trattamento dell'astinenza). Ci sono tre livelli di trattamento in Romania:

1. Unità di assistenza medica primaria e stanze di pronto soccorso nonché servizi sociali generici pubblici, privati e ONG.
2. Servizi di assistenza integrata (centri gestiti esclusivamente da servizi pubblici terapeutici) e unità psichiatriche per cure primarie o specializzate per il trattamento di salute mentale.
3. Trattamento di disintossicazione ospedaliero e comunità terapeutiche residenziali il metadone è stato introdotto nel 1998, la buprenorfina nel 2007 e la combinazione buprenorfina /naloxone nel 2008).

La dipendenza dall'alcool (se è considerata una dipendenza⁷) viene vista in modo diverso dalla tossicodipendenza. Mentre l'alcool è culturalmente accettato ed il suo uso è considerato normale, la dipendenza è associata ad un alto grado di stigmatizzazione e vergogna, sia nei confronti dell'alcolista che della sua famiglia. La comunità professionale condivide ed accetta la definizione internazionale secondo la quale la dipendenza è una malattia, ma a livello pratico non c'è conoscenza su interventi e trattamenti, fatta eccezione per il trattamento medico dell'astinenza. La maggior parte dei servizi sono concentrati sulla disintossicazione e non affrontano le esigenze psico-

⁷ In alcuni paesi la dipendenza da alcool non è considerata in senso stretto una dipendenza bensì una forma di "debolezza" nei confronti dell'alcool

sociali dell'individuo dopo la cura. La comunità medica riconosce anche il problema dell'abuso e la dipendenza dall'alcool come definite nel DSM, ma - ancora - a livello pratico non si conosce alcun intervento e trattamento, fatta eccezione per il trattamento medico dell'astinenza. La persona è considerata come malata mentale e il trattamento è fornito da unità psichiatriche dove si viene sottoposti a cure mediche a lungo termine per lo più con le benzodiazepine. Attualmente, non ci sono strumenti forniti ai professionisti (ad es. il medico di famiglia) per valutare l'uso di alcol al fine di facilitare un intervento precoce per i bevitori che ne fanno abuso.

Recupero

Non esiste un chiaro consenso sulla definizione di recupero dalle dipendenze nel Regno Unito; c'è contrasto tra coloro che considerano come recupero l'astinenza totale da tutte le sostanze e l'assenza di comportamenti compulsivi e coloro che suggeriscono che il recupero è uno stato che si auto definisce dove è possibile fare un uso (potenziale) di farmaci o seguirne un uso controllato. Tuttavia, nel 2008 la Commissione Politica sulla Droga del Regno Unito ha pubblicato una dichiarazione condivisa sul concetto di recupero:

Il processo di recupero dall'uso problematico di sostanze stupefacenti è caratterizzato da un controllo volontario sull'uso delle sostanze che crea uno stato di benessere, salute e partecipazione ai diritti, ai ruoli e alle responsabilità della società. (UKDPC, 2008, p6)

Il rapporto 2012, "Mettendo il pieno recupero prima di tutto"⁸, delinea la strategia del governo britannico per costruire un nuovo sistema di trattamento basato sul recupero e guidato da tre principi di ampio respiro: il benessere, il senso di cittadinanza e la libertà dalla dipendenza. Questi fondamentali principi sono indicativi del fatto che si va comprendendo che il recupero è un processo che non necessariamente ha per tutti uno stesso punto fisso di arrivo. Tuttavia, l'opinione principale è che il recupero sia rappresentato dall'astinenza totale.

Nel Regno Unito, il recupero è visto come un processo personalizzato che coinvolge il benessere e la qualità della vita; un'esperienza vissuta piuttosto che qualcosa di diagnosticato. Il recupero determina accresciuti sentimenti di speranza e un aumento delle aspirazioni, un maggior impegno nella comunità o un senso di cittadinanza e una maggior attitudine alla sobrietà; può anche includere l'astinenza o un uso ridotto o medicalmente supportato di sostanze. Inoltre il concetto di recupero può subire variazioni nel tempo (RSA, 2014).

Una definizione simile esiste in Irlanda dove il recupero è definito come un ritorno a uno stato normale di salute e benessere attraverso lo sviluppo di risorse personali e sociali di cui l'individuo ha bisogno per sostenere il proprio recupero. In Irlanda c'è un dibattito emergente che si basa sul modello concettuale (2009) di Cloud e Granfield relativo al "capitale di recupero" e sul lavoro di Strang (Gruppo Esperto del Trattamento della Droga Orientato al Recupero, 2012). La riabilitazione è considerata un fenomeno episodico mentre il recupero è visto come un fattore permanente. Più recentemente, un'analisi dei HSE - Servizi per la Dipendenza dell'Area Nord (HSE, 2013) ha raccomandato una maggiore partecipazione degli utenti del servizio nelle strutture in grado di soddisfare le loro esigenze e facilitare i loro obiettivi. I principi che sottolineano questo sono basati sull'idea che esistono molti percorsi di recupero, che il recupero è auto-diretto e promuove empowerment e comporta la trasformazione e il cambiamento personale. La fase del recupero è vista come un continuum di miglioramento della salute e del benessere e questo è supportato da pari e alleati e coinvolge il rientro la (ri)costruzione di una vita nella Comunità.

⁸ https://www.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/98010/recovery-roadmap.pdf

A Cipro, come in Romania, c'è una mancanza di consenso e una carenza di indagine in merito al concetto di recupero e ciò rappresenta una lacuna nella base della ricerca. Secondo il CAC, il recupero è un processo aperto all'interno della quale l'individuo può andare incontro ad una ricaduta anche dopo un trattamento riuscito. I centri di trattamento non necessariamente considerano una ricaduta come un fallimento anzi questa può servire proprio come un'esperienza rimediabile in grado di aiutare i centri ad identificare i fattori di rischio e a migliorare continuamente i loro servizi.

In Italia la riabilitazione deve essere considerata un segmento importante del programma terapeutico e deve condurre allo sviluppo delle abilità sociali al fine di favorire il reinserimento sociale completo. Le esigenze di gruppi specifici, come ad esempio donne e poli-utilizzatori di droghe, vengono ora affrontate con una maggiore attenzione e si presta particolare attenzione al ridursi dell'età in cui avviene il primo contatto con la droga cercando di sensibilizzare i giovani in via preventiva anche con riferimento all'abuso di alcool.

1.4 Le Risposte Politiche e Strategiche

A livello nazionale ciascuno dei paesi partner ha sviluppato un Piano D'azione Nazionale o una Strategia Antidroga. La tabella 1 individua i parametri adottati nell'ambito delle strategie di ciascun paese.

Politiche	Cipro	Irlanda	Italia	Romania	Regno Unito
Prevenzione	x	x	x	x	x
Riduzione del consumo di droga e conseguenze sulla salute pubblica, ordine e sicurezza		x	x	x	
Cura e prevenzione del disagio correlato		x	x	x	
Costruzione di un piano di recupero attraverso l'erogazione di sostegno					x
Riabilitazione e Reintegrazione	x	x	x	x	
Trattamento	x	x	x	x	
Osservazione/monitoraggio/valutazione dei risultati del trattamento al fine di informare le risposte politiche/ ricerca		x	x	x	
Riduzione/regolazione dell'aiuto/riduzione del traffico di droga e dello spaccio	x	x	x	x	x
Facilitazione della cooperazione tra istituzioni pubbliche e terzo settore		x	x	x	
Cooperazione Internazionale	x	x	x	x	

Tabella 1: Aree politiche chiave identificate nei Piani di Azione Nazionali/Strategie Nazionali anti droga per i paesi partner

Qual è l'obiettivo generale della politica?

L'obiettivo generale del Piano di Azione Nazionale Italiano (PAN) è quello di incoraggiare un approccio interdisciplinare del trattamento. Il focus è sul veloce superamento della dipendenza e sull'uso del processo di valutazione diagnostica per inserire persone in appropriati programmi di trattamento personalizzato e integrato. Per facilitare questo tipo di trattamento specifici servizi dedicati esclusivamente al processo di reintegrazione ed è stato aumentato il numero di attività comportanti il coinvolgimento delle sfere sociali ed interpersonali delle persone affette da dipendenza migliorando la loro formazione e le loro competenze professionali. Sono state intrapresi

12

passi anche per assimilare le attività di reinserimento nel lavoro delle agenzie locali (ad es. ASL e comunità terapeutiche). Inoltre, enfasi è stata posta sul diretto coinvolgimento delle aziende pubbliche nelle attività di reinserimento attraverso la collaborazione con organismi del Terzo Settore.

La Strategia Nazionale per Cipro mira a incoraggiare e sostenere la cooperazione di più servizi concentrandosi su servizi sociali, professionali, servizi per i tossicodipendenti e i settori pubblici e del volontariato affinché agiscano congiuntamente. Tuttavia, l'implementazione della strategia potrebbe risentire della recente recessione economica che potrebbe provocare la chiusura di alcuni centri di trattamento non-governativo incidendo sulla qualità del servizio offerto e sull'efficacia dell'approccio sinergico.

In Romania si assiste ad una frattura all'interno della Strategia Nazionale Antidroga che da un lato tenta di raggiungere un equilibrio tra le azioni per ridurre la domanda e l'offerta e da un altro è volta ad erogare servizi di Riduzione del Danno e di reintegrazione sociale. La NAA è fortemente concentrata sulla riduzione del traffico e dell'uso di droghe illecite con prevenzione e servizi orientati principalmente alle persone dipendenti da droghe illegali. Importanti campagne per la prevenzione dell'uso di droga sono state sviluppate mirando alla popolazione adolescente nelle scuole. Minor enfasi viene posta invece sul recupero psico-sociale e sullo sviluppo di un sistema integrato di cura. Come in Italia e a Cipro, la strategia rumena (2013-2020) intende migliorare i propri risultati sostenendo lo sviluppo di un approccio integrato e la cooperazione interistituzionale. Questo obiettivo però non è stato ancora raggiunto e anzi risulta problematico in alcune zone. Ad esempio, mentre è opinione diffusa la necessità di un centro di coordinamento per i servizi integrati, non c'è però un'opinione comune su quale istituzione dovrebbe intraprendere un ruolo così complesso. Alcuni ritengono che la stessa NAA dovrebbe svolgere funzioni di coordinamento, mentre altri ritengono che la responsabilità del coordinamento dovrebbe essere affidata al Ministero della Salute. Disaccordo esiste anche tra i professionisti che operano in alcune agenzie coinvolte nel dibattito: alcuni sostengono che il coordinamento dovrebbe assumere la forma di una più forte collaborazione tra lavoro sociale e servizi di assistenza sanitaria, mentre gli altri ritengono necessario l'intervento di "un'istituzione indipendente" (Copoeru et al 2013).

La Strategia Nazionale sulle Droghe nel Regno Unito ha due obiettivi generali: ridurre l'uso di droghe illecite e nocive e aumentare il numero di persone in recupero dalla dipendenza. All'interno di questa strategia esistono tre linee comuni⁹. La prima di queste, "Riduzione della Domanda", si concentra sull'istruzione/educazione e sulla prevenzione per fermare l'utilizzo precoce delle droghe. Essa è volta principalmente a far desistere i giovani tramite alcuni focus su coloro che sono coinvolti in processi penali, nei servizi di salute mentale e nell'uso ricreativo di sostanze. La seconda, "Limitare l'Offerta", mira a rafforzare le barriere e interrompere l'offerta di droga in tutto il Regno Unito attraverso attività di polizia e la neonata Agenzia Nazionale per la Criminalità. La terza linea, "Costruzione del Recupero", si concentra sull'erogazione di sostegno per aiutare le persone ad intraprendere percorsi di recupero, ciò che vuol dire essere liberi dalla dipendenza da droghe e alcool nel contesto della strategia. L'obiettivo strategico è per i servizi quello di essere più localmente attivi fornendo servizi integrati che siano in grado di far fronte a tutte le necessità di recupero delle persone: soluzioni abitative stabili a prezzi accessibili, occupazione e sostegno per mantenere una vita familiare stabile e libera dal crimine.

⁹ La devoluzione della questione alle amministrazioni in tutto il Regno Unito come delineato nella revisione annuale della strategia antidroga 2013 (Drug Strategy Team, 2013) significa che possono esistere diversi approcci per l'abuso di sostanze stupefacenti all'interno di Galles, Inghilterra, Scozia e Irlanda del Nord

L'obiettivo della Strategia Antidroga Nazionale Irlandese (2009-2016) è quello di affrontare i danni causati agli individui e alla società dall'abuso di droghe attraverso un focus concordato sui cinque pilastri rappresentati da: ricerca, prevenzione, trattamento, riabilitazione e riduzione dell'offerta. Si mira a ridurre l'offerta e la disponibilità di farmaci per uso illecito; ridurre al minimo il consumo problematico di droga in tutta la società; fornire tempestivamente concreti servizi di trattamento e riabilitazione; garantire la disponibilità di dati sulla natura e l'entità del consumo di stupefacenti e mettere in atto un quadro di attuazione efficace della strategia. L'alcool è stato incluso nella strategia in quanto esso è associato al poli-abuso di droghe, al vagabondaggio e causa di danni per l'individuo, la famiglia e la società. La strategia identifica un bisogno di disintossicazione, servizi residenziali e post-trattamento, utilizzando un continuum di modello di cura.

In che modo la politica viene attuata nella pratica?

Un'enfasi sulla risposta locale è evidente nella strategia adottata in Italia attuata attraverso i Piani di Azione Regionali (PAR). Le amministrazioni regionali sono enti autonomi e determinano le loro particolari politiche, le strategie e l'organizzazione dei loro servizi secondo le loro specifiche esigenze. Tuttavia, finora soltanto tre delle venti regioni hanno promulgato un PAR perché ogni regione rende operativo il Piano d'Azione Nazionale in maniera diversa. Nel complesso, pertanto, la strategia nazionale risulta frammentata e irregolare con tasche di eccellenza e zone di mediocrità. La riabilitazione e il trattamento farmacologico vengono effettuati dal Servizio Sanitario Regionale attraverso i servizi per le tossicodipendenze (SerT). Servizi accreditati sono anche forniti da istituzioni sociali private, associazioni di volontariato, cooperative sociali e comunità terapeutiche. La natura frammentaria della strategia nazionale è aggravata dalla tendenza dei servizi ad avere approcci diversi all'intervento. Inoltre, molte comunità terapeutiche e diverse organizzazioni private hanno programmi di recupero specifico basati sulla propria visione del problema e spesso sono a tempo limitato (gestiscono cioè progetti a termine). Si rende di conseguenza necessario un nuovo Piano Generale considerato che le differenze emergenti all'interno dei sistemi regionali hanno indebolito l'attuazione e l'impatto dell'azione. Alcuni servizi inoltre si mostrano riluttanti a lavorare con le PDU e ciò costituisce una barriera al lavoro di cooperazione. Ad esempio, può accadere che, anche se l'associazione di patologie psichiatriche e tossicodipendenza richiederebbe un approccio integrato con il coinvolgimento e la collaborazione dei servizi psichiatrici, questi non desiderano acquisire i tossicodipendenti come utenti del servizio.

In tutta la Romania la NAA ha 47 filiali locali (Centri di Valutazione e Centri di Counseling) che hanno il compito di sviluppare la strategia locale. Ogni centro ospita un team multidisciplinare composto da un medico, uno psicologo, un assistente sociale e un agente di polizia. I coordinatori a tutti i livelli sono agenti di polizia ed è sotto la loro autorità che si svolgono le attività relative alla prevenzione dell'uso della droga e le attività di Counseling. Tuttavia, anche se tutti i centri di valutazione e di Counseling sono funzionanti, non hanno ancora sviluppato alcun centro di trattamento per la riabilitazione; i quattro centri di trattamento esistenti sono tutti rappresentati da ONG private affiliate alla Chiesa. Nel 2014 il Dipartimento Nazionale per l'assicurazione Sanitaria ha redatto un nuovo "pacchetto medico di base" che contiene elementi di prevenzione per le malattie croniche (eHTA – rischio cardiovascolare). Ciò consente la possibilità di screening per alcol e altre droghe. Tuttavia, i Pronto Soccorso e i medici di famiglia non sono dotati di strumenti standard, non hanno la formazione adeguata per fornire screening e brevi consulenze né sono ancora chiare le eventuali procedure su come mettere in pratica la prevenzione. In tal senso nel pacchetto base non si fa riferimento nemmeno ai concetti di dipendenza, trattamento/Counseling integrati.

A Cipro, il CAC è responsabile per il coordinamento generale e l'attuazione della strategia. Un'area specifica su cui il CAC si sta concentrando è rappresentata dagli interventi sviluppati specificamente per le donne, non esistenti in precedenza; Agia Skepi, uno dei principali centri per il trattamento, è

stato sponsorizzato per sviluppare un programma per questo scopo. Il CAC sta lavorando anche per stabilire un migliore accesso ai centri di trattamento mediante l'estensione dell'orario di lavoro e la sensibilizzazione attraverso un sito web per gli utenti del servizio e le loro famiglie. Il CAC attualmente sta valutando l'attuazione del piano e ha segnalato che non tutti i Ministeri sono attivamente impegnati nel medesimo. Ad esempio, uno degli obiettivi era di istituire centri di trattamento di sostituzione in tutta Cipro. Anche se l'obiettivo è stato raggiunto nella maggior parte delle città, ha fallito in due città, perché il Ministero della Salute non ha fornito la necessaria istruzione e la formazione necessari per impostare questi centri. Quindi, anche se il CAC cerca di promuovere il più ampio sviluppo di questi programmi di trattamento di sostituzione, l'efficacia dell'azione dipende in gran parte del Ministero della Salute.

Il Centro per la Salute Irlandese (HSE) utilizza il Service Level Agreement (Accordo sui Servizi) per svolgere e monitorare l'attività del servizio e il Comitato Nazionale per l'Attuazione della Riabilitazione dalla Droga (NDRIC) fornisce il quadro nell'ambito del quale operano i servizi. Quattordici servizi locali e dieci task force regionali sono coinvolti nell'attuazione della strategia anti droga sul territorio. I principali interlocutori sono i settori istituzionali, di volontariato e di comunità. Come descritto in precedenza, le linee guida provengono dal settore sanitario che ha istituito servizi dedicati al problema della dipendenza distinti da quelli relativi alle cure primarie.

Ogni città in Inghilterra ha un Partenariato di Città Sicure, una partnership per la strategia contro la droga o un'organizzazione simile che elabora un piano di servizi sulla droga nella propria area per venire incontro ai bisogni dei consumatori di droga, sia quelli in trattamento che quelli ancora in attesa di entrare in trattamento. Le Commissioni sono incoraggiate a sostenere servizi che forniscono i risultati migliori agli obiettivi della strategia del Regno Unito, come sostenere le persone in astinenza, favorirne il reinserimento nel mondo del lavoro e fornire loro una stabile soluzione abitativa. Le istituzioni gestiscono i servizi attraverso una procedura di gara focalizzata sul partenariato e sul lavoro integrato (NTA, 2010b). Sebbene le Linee Guida Cliniche del Regno Unito (Dipartimento della Sanità e Amministrazioni Decentrate, 2007) forniscano indicazioni basate sul trattamento dell'abuso di stupefacenti, non hanno però elaborato rigidi protocolli sulle modalità di trattamento della droga. Invece vengono fornite istruzioni su ciò che rappresenta una gamma equilibrata di servizi di recupero focalizzato in ciascuna area.

Fino al 2010 i servizi erano organizzati in quattro livelli (NTA, 2006), dall'educazione e prevenzione all'erogazione di servizi residenziali e di assistenza legale. Il Centro per l'Assistenza Sanitaria e Sociale (HASC) ha passato in rassegna nel 2012 quei servizi orientati al recupero e la formazione delle Tavole per la Salute e il Benessere che svilupperanno un approccio olistico e integrato in ogni area (NTA, 2012b). In pratica questo significa che ogni città ha attualmente una diversa gamma di servizi e che i gestori possono cambiare ogni pochi anni. Non esiste un approccio chiaro e se da una lato ci si trova di fronte a servizi localmente attivi, dall'altro si assiste ad una mancanza di coerenza nell'erogazione, instabilità nella forza lavoro e sfide per gli utenti del servizio in quello che può essere il lungo processo di recupero. Anche i vincoli finanziari dell'economia attuale determinano le difficoltà nell'erogazione di servizi flessibili, reattivi e squadre ben addestrate e supportate per fornire interventi. Il governo britannico sta sperimentando un sistema di Pagamento in base ai Risultati (PbR). Questo rappresenta un nuovo modo di commissionare i servizi per il trattamento che prevede il pagamento dei gestori al raggiungimento di tre tipi di risultati:

- Cessazione dalla dipendenza dalle droghe e/o alcool
- Riduzione della ripetizione dei comportamenti illegali o prolungata situazione di rispetto della legalità.
- Miglioramento della salute e del benessere

La sperimentazione pilota del metodo PbR in alcune zone è difficile in quanto solo parte dei pagamenti vengono devoluti ai servizi che devono avere fondi sufficienti per fornire personale e infrastruttura. C'è una forte spinta al sostegno delle persone per accedere a forme di mutuo aiuto.

1.5 Gli Approcci alla reintegrazione sociale

Come è definito a livello nazionale il reinserimento sociale?

Nel Regno Unito viene data sempre maggiore rilevanza - sia in letteratura che a livello politico - al ruolo del Mutuo Aiuto nello sviluppo di reinserimento sociale. Il Mutuo Aiuto fornisce sostegno sociale, emozionale ed informativo fornito dai membri del gruppo nelle differenti fasi di recupero, ad esempio i 12 stadi di gruppi come gli Alcolisti Anonimi e Narcotico-dipendenti Anonimi. Sta anche emergendo lo SMART, Formazione all'Autogestione e al Recupero dalla Tossicodipendenza i cui gruppi di recupero offrono ai membri terapia cognitivo comportamentale e consulenza sulle competenze terapeutiche.

Concetti teorici relativi al Capitale di Recupero stanno entrando a far parte del dibattito dominante nel Regno Unito e sono la chiave per comprendere l'approccio britannico al reinserimento sociale. Cloud e Granfield (2009) hanno recentemente rivisitato il loro concetto iniziale di Capitale di Recupero sostenendo che questo ha quattro componenti: sociale, fisico, umano e culturale. Esistono in letteratura testimonianze che provano come gli interventi volti a sviluppare il Capitale di Recupero possano non provenire unicamente dai servizi antidroga bensì dalla rete sociale più ampia. Ad esempio, Laub e Sampson (2005), nell'individuare i predittori della desistenza a lungo termine dal crimine, hanno trovato che non si tratta degli effetti del trattamento diretto che innescano la crescita del Capitale di Recupero ma che essa è più probabile che sia il risultato di una gamma di eventi della vita e delle transizioni personali ed interpersonali, ad esempio il fatto di avere trovato un'occupazione stabile, il raggiungimento di una certa maturità, la capacità di affrontare le sfide private e della vita, un cambiamento di identità e l'attaccamento a una persona (coniuge).

L'Irlanda non ha sviluppato una definizione ufficiale di reinserimento sociale. A seguito della recente crisi finanziaria, c'è stata una significativa riduzione della spesa per il reinserimento sociale, delle risorse e dell'attenzione al problema; i settori della popolazione più emarginati sono stati i più colpiti da questi tagli. Scarsa enfasi viene posta sul reinserimento sociale all'interno dell'attuale strategia di Riduzione del Danno, e questo è evidente anche a livello professionale a causa dell'egemonia medica che ha diretto questa politica. Nel contesto della crisi finanziaria, c'è una mancanza di alloggi pubblici o sociali che ha lasciato il pubblico e i senzatetto abbandonati a se stessi. C'è anche una carenza di alloggi a prezzi accessibili, specialmente per coloro che sono attualmente senza fissa dimora e/o privi di aiuti. Molti di questi sono consumatori di droghe che lottano per entrare in recupero e il fatto di avere un alloggio rappresenta di certo un primo passo importante in questo processo. Il fatto è che, se da un lato l'erogazione di programmi di disintossicazione e riabilitazione può rappresentare un aiuto sociale, essi non sono progettati specificamente per soddisfare questo scopo; pertanto restano marginali sia a livello organizzativo che culturale.

In Italia la reintegrazione è nelle intenzioni fortemente orientata al raggiungimento dell'autonomia sociale e all'occupazione. Chiave di questa definizione dovrebbero essere i programmi riabilitativi per l'occupazione che aiutino gli individui a sviluppare le competenze e le abilità necessarie ad acquisire un lavoro. Circa un terzo degli utenti dei SerT nel 2011 erano disoccupati ed il tasso di disoccupazione più alto si registrava per le donne (Dipartimento Politiche Antidroga, 2011). Nello stesso anno, tre quarti delle regioni ha riferito di avere sviluppato strategie mirate per la reintegrazione sociale e il reinserimento professionale. La metà ha dichiarato di aver sviluppato

anche programmi per l'acquisizione di una residenza, ad esempio un alloggio temporaneo o centri di accoglienza e alloggio a lungo termine. Tuttavia la Relazione Annuale al Parlamento del 2013, guardando alle migliori prassi adottate nelle regioni, ha segnalato che la misura in cui esse avevano rispettato gli obiettivi relativi alla riabilitazione sociale e al reinserimento era molto più bassa rispetto ad altri obiettivi preposti. Il finanziamento si è anche fortemente ridotto per questi programmi. Allo stesso modo, soltanto alcuni tra i programmi finalizzati all'integrazione lavorativa sono stati avviati nonostante questo obiettivo sia stato individuato come prioritario. L'opinione pubblica esprime anche un elevato livello di sfiducia e di scetticismo nei confronti dei tossicodipendenti rendendone in questo modo difficile l'occupazione e il reinserimento sociale.

Nel 2010 Cipro ha attuato il Programma di Occupazione e Integrazione Sociale di Gruppi Vulnerabili della Popolazione attraverso il quale viene rimborsato ai datori di lavoro il 65% dei costi salariali per il primo anno di occupazione per le persone vulnerabili. Il Piano di Assistenza Finanziaria per la Riabilitazione di Persone Ex Tossicodipendenti (sviluppato dal Ministero del lavoro) copre le spese per programmi di formazione professionale ed educativi anche per la frequenza degli istituti di istruzione superiore. Alloggi di emergenza sono anche resi disponibili per rispondere ai bisogni dei tossicodipendenti in trattamento. La maggior parte dei servizi per il trattamento della dipendenza considera il reinserimento sociale come uno dei principali obiettivi. Tuttavia, anche se essi forniscono indicazioni riguardanti le procedure per le attività di reinserimento sociale ad esempio quale fase essi abbiano effettuato e dopo quanto tempo gli utenti siano seguiti dopo il trattamento, c'è una minore informazione sui contenuti delle attività.

In Romania il termine reinserimento sociale è usato in relazione alle persone con disabilità e ai delinquenti. Per tutti gli altri gruppi vulnerabili il termine usato è inserimento sociale. Il termine "reinserimento" si riferisce a un gruppo di azioni e misure nei settori della protezione sociale, dell'occupazione, dell'offerta di rifugio, dell'istruzione, della salute, della comunicazione, della mobilità, della sicurezza, della giustizia e della cultura, il cui scopo è quello di ridurre l'esclusione sociale e promuovere la partecipazione attiva in tutti gli aspetti della società. I gruppi più vulnerabili sono considerati la popolazione Rom, le persone con disabilità, i poveri, gli orfani e i bambini cresciuti in orfanotrofi. I consumatori di droghe non sono considerati un gruppo vulnerabile e pertanto sono classificati come tali solo se ricadono in uno dei gruppi sopra indicati. Pochi dati esistono sul successo dei tentativi di sostenere il reinserimento sociale dei consumatori di droghe e delle persone dipendenti da alcol. Secondo un recente studio (NAA, 2013) i consumatori di droghe a Bucarest non inclusi nei servizi di assistenza specifici forniti dal sistema pubblico o privato, erano principalmente disoccupati o non indipendenti (ovvero, rimasti a vivere nella casa dei genitori). Alcuni consumatori di droghe (6%) ritenevano di essere socialmente esclusi a causa della loro scarsa istruzione o formazione.

1.6 Le Attuali opportunità per gli adulti in fase di recupero di entrare a far parte dei programmi per l'occupazione

Nel 2010, il centro per il lavoro Plus e il NTA nel Regno Unito hanno pubblicato congiuntamente un protocollo per promuovere approcci più efficaci per le persone in trattamento. Questo protocollo è stato incentrato sulla condivisione delle informazioni, ma ha anche promosso l'uso di locali "Campioni di Recupero" per formare e sensibilizzare il personale. Più recentemente questo approccio è stato sostituito dal "Programma di Lavoro", uno schema di lavoro ove il pagamento è relativo al risultato conseguito nei confronti dei disoccupati di lungo termine (NTA, 2012b). Ci sono programmi all'interno del sistema di giustizia penale che possono includere il lavoro nella fase di

recupero dalle dipendenze, ma non ci sono specifici programmi di recupero dalle tossicodipendenze. Nel 2013 la Strategia del Governo per il Rinnovo della Riabilitazione riconosceva che i problemi sociali chiave legati alla recidiva erano una bassa istruzione e la mancanza di lavoro. Un ulteriore risultato è stato per il Regno Unito il focus sull'occupazione per i tossicodipendenti in fase di recupero. Di conseguenza alcune aree del Regno Unito hanno sviluppato le imprese sociali come un modo per superare gli ostacoli all'occupazione per i reati (detenuti?). Un recente rapporto (Clinks e Imprese Sociali UK, 2014) ha guardato anche ad ex-detentori che avevano creato delle imprese sociali, considerando come il loro esempio potrebbe informare e aiutare gli altri a creare la propria occupazione. La relazione individua diverse barriere tra cui la mancanza di qualifiche formali, le difficoltà di alfabetizzazione e una mancanza di esperienza lavorativa.

La situazione è simile in altri paesi partner. In Irlanda esistono programmi soft per l'acquisizione delle competenze per i tossicodipendenti, denominate Schemi Speciali Di Occupazione Comunitaria (CE), che spesso sono sponsorizzati da organizzazioni della società civile. Ci sono 47 schemi, 35 dei quali a Dublino. Gli individui vengono inseriti per tre anni in totale, l'accesso è limitato per coloro che sono disoccupati, ai maggiori di 18 anni che hanno ricevuto altre indennità e che sono stati sottoposti a valutazione di idoneità. Tuttavia, i posti disponibili si sono ridotti (Lawless, 2006) e non vengono raccolti dati sullo sviluppo del sistema. Questi programmi inoltre sono stati criticati pesantemente per una serie di motivi tra cui la mancanza di coordinamento interdipartimentale, il territorialismo, la mancanza di trasparenza e responsabilità, i servizi e programmi scadenti, i livelli di assunzione di personale e le qualifiche e il disagio nei percorsi di progressione (Vedi per esempio, Bruce, 2004; Lawless, 2006; Keane, 2007; Van Hout, 2011). Più recentemente nel 2013, l'indennità prevista per le donne è stata ridotta da 208 € a settimana a 20 € e il numero nel Special CE si è fortemente ridotto.

Un programma di Tribunali della Droga esiste anche a Dublino per consentire ai tossicodipendenti gravati da accuse penali di optare per questo invece che del sistema di giustizia penale tradizionale. I Tribunali della Droga possono imporre condizioni ai tossicodipendenti tenuti a seguire un piano che includa un impegno ad intraprendere lavori o corsi. Ci sono anche Centri Per L'impiego Locali (LECs), situati nelle zone svantaggiate, che forniscono possibilità di carriera sul sito per i clienti, molti dei quali hanno un passato da tossicodipendenti. Il LEC inserisce le persone nel mondo del lavoro e le coinvolge nel mercato del lavoro in modi svariati, dalle reti di volontari agli stage. Molti di questi centri possono usufruire di fondi discrezionali che possono essere utilizzati per aiutare la progressione individuale. Ancora una volta c'è una mancanza di dati su quest'opera in relazione al recupero di tossicodipendenti.

Una mancanza di dati specifici è anche evidente in Romania dove le ONG e il Dipartimento di Lavoro Sociale Pubblico hanno promosso programmi finanziati dall'Unione europea nel periodo 2010-13 per consentire agli adulti vulnerabili di accedere alla formazione professionale al fine di ottenere un lavoro nella Comunità. Attraverso la collaborazione con programmi locali contro la droga i soggetti in recupero dalla tossicodipendenza sono stati inclusi in questi programmi di formazione e occupazione, non è chiaro però se tale reintegrazione abbia avuto successo.

Nel 2011 in Italia l'integrazione lavorativa è stata individuata come un obiettivo altamente prioritario dalle Regioni e dalle Province autonome. Secondo la legge italiana le opportunità per la formazione professionale a sostegno del reinserimento sociale sono disponibili, seppur limitatamente nel tempo. Tuttavia, dato che le Regioni hanno autonomia nell'applicazione pratica della legge, i risultati non sono realizzati allo stesso modo in tutta Italia: infatti, programmi per l'inserimento lavorativo e per la formazione professionale creati specificatamente per persone tossicodipendenti od ex sono stati messi in atto in solo dal 35% delle Regioni e Province Autonome. Progetti specifici per

l'orientamento e l'inserimento lavorativo, attuati generalmente dalle organizzazioni di privato sociale, hanno finanziamenti sporadici e sono di breve durata.

A Cipro, non ci sono programmi esclusivi progettati per persone dipendenti; ci sono solo i programmi di apprendimento per adulti in generale ai quali i gruppi vulnerabili possono accedere con priorità. I programmi di apprendimento degli adulti, quando sono a conoscenza della presenza di gruppi vulnerabili utilizzano un approccio mirato a prendere in considerazione la vulnerabilità dei partecipanti.

1.7 Le Attuali opportunità di apprendimento formale e informale per gli adulti in fase di recupero

Apprendimento formale

Nel Regno Unito ci sono numerose qualifiche formali per persone che desiderano lavorare nel settore della droga. Alcuni enti offrono istruzione superiore che è particolarmente utile alle persone in fase di recupero. Un esempio è dato dall'Azione sulla Dipendenza che fornisce formazione in materia di Consulenza per la Dipendenza presso il Centro Studi per il Trattamento Della Dipendenza (CATS).

Il CATS organizza corsi di laurea in materia di Consulenza per la Dipendenza in collaborazione con l'Università di Bath. Il CATS fa parte dell'Azione sulla Dipendenza che fornisce trattamento residenziale e di comunità per le dipendenze e rappresenta praticamente l'unico fornitore di istruzione superiore.

Una percentuale del 60% di studenti al CATS sono in recupero dalla dipendenza con una percentuale significativa dei restanti membri della famiglia o degli amici che hanno difficoltà collegate alla dipendenza. Tuttavia, l'offerta del CATS si riferisce a quelle persone che desiderano diventare operatori nel settore della droga o consulenti di tossicodipendenza e molte persone in fase di recupero potrebbero beneficiare di una più vasta gamma di corsi, in modo da poter intraprendere una carriera di loro scelta. I partecipanti al trattamento e i beneficiari delle prestazioni di assistenza sociale possono avere diritto a frequentare corsi di competenze di base in Letteratura, Tecniche di calcolo e di Informatica ma generalmente potrebbero aspettarsi di entrare a far parte di "gruppi di lavoro" al fine di ottenere l'occupazione nelle relative competenze, creare curriculum vitae e compilare moduli di domanda di lavoro. I singoli individui già inseriti nel mondo del lavoro sono raramente in grado di accedere a corsi finanziati. Nonostante l'accesso generale all'apprendimento formale, le persone in fase di recupero affrontano anche sfide nel trovare un impiego poiché molti datori di lavoro sono riluttanti ad assumere persone con storie di dipendenza, più in particolare quelli con precedenti penali. Nel Regno Unito *Ban the Box*¹⁰ (Casella Vietata) è un'organizzazione che sta lavorando per cambiare la percezione della gente nei confronti di persone con precedenti penali, chiedendo ai datori di lavoro di dare alle persone la possibilità di spiegare le ragioni delle loro condanne penali piuttosto che essere respinti a causa di una casella di spunta (che registra la presenza di condanne penali). La correlazione tra dipendenza da droga e alcol e il crimine indica che questa campagna, come si spera, potrà aiutare quelle persone che si trovano a fronteggiare numerose barriere al lavoro, tra cui anche il precedente abuso di alcol e droga (BITC, 2014).

Opportunità di apprendimento formale per il recupero di tossicodipendenti in Irlanda sono offerte principalmente attraverso il regime Speciale CE che, seppur apparentemente sia un intervento sul mercato del lavoro, svolge in realtà un'ampia gamma di attività educative e include la stragrande

¹⁰ <http://www.bitc.org.uk/programmes/ban-box>

maggioranza dei progetti che offrono istruzione degli adulti. SOILSE, uno dei partner del progetto RECOVEU, è un programma di riabilitazione dalla droga che è unico in quanto è sotto l'egida delle autorità sanitarie istituzionali ed è separato dallo Speciale CE. SOILSE utilizza un approccio di apprendimento teso a costruire il capitale della persona e approcciare il problema della sua dipendenza. Offre anche corsi di orientamento, alfabetizzazione e servizi di sostegno educativo in preparazione per l'inserimento nel college. Un sostegno specifico è reso disponibile tramite corso per Coach per il Recupero nelle Comunità realizzato da Finglas Servizio per il Sostegno nei confronti della dipendenza (FAST) in associazione con l'Università della Città di Dublino (DCU), ora al suo terzo anno, rivolto alle persone in fase di recupero dalla droga. C'è altresì la possibilità di prendere parte a corsi introduttivi di Counseling e di consapevolezza nei confronti della droga rivolti a utilizzatori di droghe in fase di recupero. I Comitati per l'Istruzione e la Formazione di recente istituzione offrono alcuni corsi di apprendimento formale. E' disponibile anche un limitato numero di borse di studio messe a disposizione da parte delle task force locali per lo studio, mentre i finanziamenti per i corsi provengono spesso da donazioni da parte di istituzioni caritatevoli.

In Romania, le Facoltà di Psicologia e Lavoro Sociale dell'Università Babes-Bolyai hanno entrambe sviluppato programmi di studi sulle tossicodipendenze che sono disponibili per chiunque abbia un diploma di maturità, comprese le persone in fase di recupero. I seminari teologici ortodossi integreranno tali curricula nei loro corsi regolari. Il partner St Dimitrie Program è in procinto di sviluppare un corso di formazione accademica per docenti, che quando sarà introdotto giocherà un ruolo importante nello sviluppo della comprensione del modello di dipendenza come malattia a modifica delle attuali opinioni dei professionisti del settore. Questo a sua volta potrà influire sulla percezione pubblica della dipendenza in Romania.

A Cipro le opportunità di apprendimento formale per persone in fase di recupero includono Borse di studio universitarie finanziate interamente dal CAC a persone in fase di recupero e tossicodipendenti oltre a forme di sostegno per l'istruzione secondaria.

In Italia il 70% dei tossicodipendenti trattati nei servizi pubblici hanno un basso livello di istruzione e solo l'1,5% ha un diploma universitario. I Centri per l'Educazione degli Adulti (CTP-EDA) sono responsabili per l'apprendimento e l'alfabetizzazione per quegli adulti che non hanno potuto completare la loro carriera scolastica o che hanno bisogno di sviluppare o consolidare le competenze di base o saperi specifici, di recuperare e sviluppare competenze strumentali, culturali e relazionali importanti per un'attiva partecipazione alla vita sociale. Generalmente le attività sono correlate all'apprendimento formale e prevedono il rilascio di attestazioni e certificazioni.

Apprendimento informale

Opportunità di apprendimento informale sono disponibili nella maggior parte delle strutture per il trattamento nel Regno Unito. Esse comprendono: gruppi di prevenzione delle ricadute, gruppi di interesse generale spesso focalizzati sulle attività sportive, attività artistiche e manifatturiere a scopo terapeutico. L'organizzazione di beneficenza UKRW ha anche pubblicato un manuale di formazione per il recupero in collaborazione con la Fondazione di McShin che sostiene le persone in fase di recupero coinvolgendo nel coaching persone alle prime fasi del loro percorso di recupero (UKRW, 2014). In Irlanda l'apprendimento può verificarsi in modo informale nelle chiese o a un livello più formale attraverso le cosiddette "12 tappe". Si svolge in gruppi di sostegno o sessioni di informazioni come: gli Hep CATS per l'epatite/Aware per la salute mentale/MABS per la consulenza economica e la definizione di budget, ecc. L'accesso all'apprendimento auto-diretto è disponibile attraverso applicazioni online su temi come lo sviluppo personale, valutazione del rischio, sicurezza, ecc.

Opportunità di apprendimento informale non sono molto disponibili in Italia ed in Romania. A Cipro esistono opportunità offerte nell'ambito di programmi terapeutici, ad esempio una serie di programmi psico-educativi e programmi per lo sviluppo della reintegrazione sociale che forniscono apprendimento informale sia per le persone con disagio mentale sia le persone in fase di recupero.

1.8 Le Attuali opportunità per gli adulti in fase di recupero di accedere ai programmi di apprendimento

Attualmente non esistono opportunità specifiche per persone in fase di recupero di inserirsi nei programmi di apprendimento in nessuno dei paesi partner. Anche se alcuni adulti possono accedere a corsi nell'ambito di alcuni programmi, non esistono dati disponibili per valutarne la partecipazione. Anche se le persone in fase di recupero possono trovarsi ad affrontare le stesse problematiche affrontate dagli studenti appartenenti a gruppi più ampi, hanno tuttavia esigenze specifiche e la necessità di affrontare ostacoli maggiori se desiderano partecipare a programmi di apprendimento. Attualmente non ci sono opportunità di Accesso a programmi di apprendimento progettate specificamente per le persone in fase di recupero o che prendono in considerazione eventuali problemi specifici di questi ultimi o gli ostacoli che questi devono affrontare.

1.9 Conclusioni

Lo scopo di questa rassegna è stato quello di individuare le somiglianze e le differenze culturali tra i paesi partner non solo in termini di programmi politici, ma anche in termini di attuazione pratica. Ciò è collegato all'obiettivo specifico della presente rassegna, ovvero assicurare l'informazione circa l'elaborazione di un pacchetto di «Accesso all'apprendimento» per adulti in fase di recupero dalle dipendenze. È evidente da questa rassegna che tutti i paesi partner seguono le politiche dettate dall'UE e dalle strategie sulle droghe e tossicodipendenze. Tuttavia, ci sono chiare differenze su ciò che è stato implementato e sull'attenzione posta da ogni singolo paese al problema. Un esempio è la situazione in Romania dove il problema dominante legato alla tossicodipendenza, resta quello della criminalità e dove per tossicodipendenza si intende il consumo di droghe illecite. Tale prospettiva è evidente nelle scelte politiche che danno la priorità alla riduzione di offerta e domanda di droghe illegali.

Nel realizzare la presente rassegna abbiamo cercato non solo di raccogliere informazioni generali sulle politiche e sulle prassi adottate, ma anche di condividere le interpretazioni circa le sfide pratiche che possano interessare gli utenti dei servizi di contrasto a droga e alcool e successivamente le persone nella fase di recupero. Una delle sfide affrontate nella rassegna è stata quella di lavorare con una definizione medica del recupero e una conseguente mancanza di riconoscimento del modo in cui gli interventi specifici non medicalizzati ed estranei al concetto di dipendenza possono contribuire al trattamento e allo sviluppo del capitale sociale e al reinserimento sociale. Questa situazione è diversa per tutti i partner che si trovano in fasi diverse rispetto al riconoscimento che ciascun paese dà al concetto di recupero a livello politico. Chiaramente ciò avrà implicazioni per l'utilizzazione delle risorse e dei risultati elaborati nel progetto RECOVEU.

Inoltre è risultato evidente che, indipendentemente dalle differenze demografiche e tassi di incidenza e prevalenza dell' abuso di droga e alcol, in tutti i paesi partner si registra una mancanza di consenso sulle modalità da adottare per il trattamento delle tossicodipendenze e per la fase di recupero. Ciò avviene nell'ambito di parametri di moralità che influenzano profondamente il modo in cui la politica, e quindi la strategia, vengono applicate, e si ricollegano proprio agli argomenti

affrontati dal progetto RECOVEU. La moralità della Salute Pubblica, per esempio, mira a promuovere la buona salute e fornire un aiuto a tutti gli utenti in generale attraverso la riduzione di pratiche dannose. La Moralità Commerciale si occupa di analizzare l'impatto finanziario dell'uso lecito o illecito degli stupefacenti illustrato, ad esempio, nel Regno Unito dove attualmente c'è un servizio a chiamata per aggiungere una 'tassa di trattamento' sul prezzo dell'alcol (Centro per la Giustizia Sociale, 2014).

Da questa rassegna emerge che i tossicodipendenti spesso possono essere la destinatari dei giudizi moralisti esistenti all'interno di contesti di prevalentemente medici. Si ritiene che questi giudizi possano influenzare l'attuazione delle politiche, la direzione dei finanziamenti e la disponibilità dei servizi in tutti i paesi partner. Si ritiene inoltre necessaria un'attenzione continua sul significato di recupero dalla tossicodipendenza. È solo attraverso il raggiungimento di una visione condivisa del problema che i fornitori di servizi potranno andare avanti con una vasta gamma di interventi che permettano di sostenere il recupero dalla dipendenza che richiederà il supporto medico e psico-sociale. La conclusione che emerge è che l'accesso all'istruzione superiore può aiutare le persone a rivalutare se stessi e a riprendere la propria vita dopo l'esperienza della tossicodipendenza. È in questo contesto che RECOVEU promuove l'accesso alle risorse per l'apprendimento che consentono alle persone di migliorarsi e attivarsi per realizzare i propri obiettivi di apprendimento .

2. Allegati

2.1 Allegato 1

I Sistemi educativi nei paesi partner

Il sistema educativo italiano è così organizzato: scuola dell'infanzia (3-6 anni di età); primo ciclo di istruzione articolato in scuola primaria (5 anni di durata) per i bambini da 6 a 11 anni e scuola secondaria di primo grado (3 anni di durata) per alunni da 11 a 14 anni; secondo ciclo di istruzione costituito da due tipi di percorsi: scuola secondaria di secondo grado di competenza statale, della durata di 5 anni, rivolta agli alunni dai 14 ai 19 anni (licei, istituti tecnici, istituti professionali) e percorsi triennali e quadriennali di istruzione e formazione professionale (IFP) di competenza regionale, rivolti a giovani che hanno concluso il primo ciclo di istruzione; Istruzione e formazione post-secondaria non terziaria che offre due diversi percorsi: percorsi post-qualifica e post-diploma; istruzione e formazione tecnica superiore IFTS; Istruzione superiore offerta dalle università e dall'Alta formazione artistica e musicale (Afam). L'istruzione superiore è organizzata in percorsi di primo, secondo e terzo ciclo, sulla base della struttura del Processo di Bologna. L'istruzione obbligatoria ha la durata di 10 anni, da 6 a 16 anni di età, e comprende gli otto anni del primo ciclo di istruzione e i primi due anni del secondo ciclo

A Cipro l'istruzione è obbligatoria dalle fasi di ingresso della scuola pre-primaria, primaria e secondaria inferiore fino all'età di 15. L'istruzione secondaria superiore è fornita dai licei e, all'interno di questi, alcune scuole tecniche offrono formazione professionale. Le scuole tecniche offrono due distinti programmi triennali che coprono percorsi teorici e pratici. L'istruzione e la formazione degli adulti è fornita dal Ministero della Pubblica Istruzione e Cultura, dal Ministero del

Lavoro e Assicurazioni Sociali, dal Ministero delle Finanze e dalle istituzioni private. Per educazione degli adulti si intendono corsi formali e informali di apprendimento, così come l'educazione e la formazione professionale. La formazione professionale per gli adulti è ampiamente disponibile per i dipendenti, i disoccupati e altri gruppi vulnerabili ed è fornita da centri pubblici od organismi privati. I dipendenti partecipano a programmi di formazione per poter migliorare le loro competenze nel campo di lavoro in cui operano, mentre i disoccupati acquisiscono competenze di più ampio respiro che possano dar loro visibilità nel campo del lavoro. Tuttavia, la percentuale di persone di 25-64 anni che partecipa all'istruzione e formazione è inferiore rispetto alla media UE (Cedefop, 2012).

In Inghilterra ci sono cinque fasi dell'istruzione: infanzia, primaria, secondaria, perfezionamento (FE) e Istruzione Superiore (HE). L'istruzione è obbligatoria per i bambini e gli adolescenti tra i cinque e i sedici anni. Il termine FE si riferisce a tutti i corsi non avanzati seguiti dopo il periodo di istruzione obbligatoria. In Inghilterra, il Perfezionamento è spesso visto come parte di un più ampio settore di apprendimento e acquisizione di competenze, al fianco della formazione sul posto di lavoro, formazione nei luoghi di reclusione e altri tipi di formazione non-scolastica, né universitaria. La responsabilità per il finanziamento dei percorsi di apprendimento dopo i 16 anni in Inghilterra è condivisa tra il Dipartimento per l'istruzione (DfE) e il dipartimento per il Lavoro, l'Innovazione e le Competenze (BIS). L'Agenzia per il Finanziamento dell'Istruzione (l'organizzazione madre è il DfE) è responsabile per la distribuzione dei finanziamenti statali per studenti tra i 16 e i 19 anni di età. L'agenzia di Finanziamento Delle Competenze (l'organizzazione madre è BIS) finanzia la FE, istruzione degli adulti e la formazione delle competenze. Il Consiglio per il Finanziamento dell'istruzione Superiore per l'Inghilterra (HEFCE) è l'ente pubblico non-dipartimentale del BIS responsabile per la distribuzione dei fondi alle università e ai collegi di istruzione superiore e perfezionamento. I discenti adulti in Inghilterra possono richiedere una vasta gamma di sovvenzioni, prestiti e borse di studio per corsi e formazione, tuttavia la disponibilità dei corsi spesso dipende dal reddito o altri criteri (ad es. invalidità, figli a carico). Le tasse scolastiche per l'istruzione Superiore (HE) sono state introdotte nel 1998 come un modo di finanziamento delle lezioni per studenti e dottorandi universitari. La creazione di amministrazioni nazionali decentrate per Scozia, Galles e Irlanda del Nord ha comportato l'applicazione di diverse disposizioni in materia di tasse scolastiche in tutto il Regno Unito. Il sostegno finanziario per gli studi universitari è accessibile attraverso un sistema di sovvenzioni (dipendente dal reddito familiare) e prestiti (pagati in base ad una formula che calcola il reddito futuro). Anche le Università forniscono sostegno finanziario diretto attraverso borse di studio che variano da Istituto ad Istituto, sia in termini di quantità e che di criteri di ammissibilità.

Il Dipartimento dell'Istruzione e delle Competenze (DES) sovrintende i sistemi di istruzione formale in Irlanda per il primo, secondo e terzo livello. L'istruzione obbligatoria copre l'età compresa tra quattro/cinque fino a sedici anni. Più recentemente si è verificato un cambiamento significativo nelle strutture educative per gli adulti con nuove emergenti modalità organizzative. Si tratta di sistemi di istruzione distinti dall'Università. Il Perfezionamento è attualmente fornito attraverso i seguenti organismi:

- Enti per l'istruzione e la formazione (ETBs) che forniscono formazione a tempo pieno per gli adulti attraverso corsi Post Laurea (PLCs), Programmi per le opportunità di formazione professionale (disoccupati con più di 21 anni) e Corsi per i giovani (sotto i 25 anni, che non hanno seguito un percorso scolastico o che hanno bisogno di formazione). L'istruzione a tempo parziale è effettuata tramite l'iniziativa per il Ritorno all'Istruzione (BTEI) e attraverso corsi per l'Alfabetizzazione degli Adulti e Formazione della Comunità.
- SOLAS, l'autorità per la formazione ed il perfezionamento che offre posti di tirocinio e formazione professionale.

- Il dipartimento della Protezione Sociale (DSP) si collega con PLC e supervisiona anche l'Iniziativa Ponte per il Lavoro e gli Schemi di Occupazione della Comunità. Poiché questi istituti sono recenti, le aree di responsabilità e le relazioni gerarchiche devono ancora essere definite.

Tutta la formazione post-obbligatoria, in particolare a livello di college, è principalmente pagata dallo studente; ad es. i costi di corso per un PLC e un Terzo Livello richiedono una tassa di iscrizione (ad esempio fino a €1,000 per un PLC) e lo studente universitario deve pagare una Contributo Studente e una tassa di frequentazione (Student Centre Levy). Borse di studio per un tempo limitato sono disponibili per alcuni studenti per affrontare i costi.

Il sistema di istruzione rumeno è costituito da quattro livelli: scuola materna, primaria, secondaria e universitaria. La Scuola materna è facoltativa per i bambini da tre a sei anni. L'istruzione formale, obbligatoria, chiamata anche scuola primaria, comincia all'età di sei o sette anni. Questo livello di istruzione (di passaggio alla scuola secondaria) è obbligatorio fino al decimo grado (all'età di 16 anni). A livello post-obbligatorio ci sono 3 opzioni incluse nel sistema pubblico finanziato dal governo:

1. Scolarizzazione Professionale a Livello due per due anni (16-18 anni) e quattro anni (15-18 anni)
2. Istruzione Specializzata Tecnica Professionale per tre anni (da 18 a 21 anni)
3. Programmi di istruzione superiore da quattro a sei anni (da 19 anni).

Oltre al sistema di finanziamenti statali, l'Agenzia Nazionale per i Discenti Adulti definisce gli standard per la formazione continua e formale. Formazione professionale ed educazione degli adulti sono forniti attraverso istituzioni pubbliche o private. Le tasse sono pagate dagli studenti e per l'ammissione si richiede un minimo di istruzione superiore. Il Ministero del Lavoro fornisce programmi di occupazione, finanziati dalla UE o dal governo, per ogni adulto che è disoccupato o ex-dipendente o che è beneficiario di indennità di disoccupazione per un anno dopo la fine dell'occupazione.

Riferimenti bibliografici:

Cedefop. 2012. *Vocation education and training in Cyprus: a short description*. Luxembourg: Publications office: European Centre for the Development of Vocational Training.

Advisory Council on the Misuse of Drugs. (2012). *Consideration of Naloxone*. Available at https://www.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/119120/consideration-of-naloxone.pdf. Accessed 29/07/14.

BMJ. (2013). *Brighton considers opening UK's first safe drug consumption rooms*. Available at <http://www.bmj.com/content/346/bmj.f2550>. Accessed 5/12/14.

BITC, 2014. <http://www.bitc.org.uk/programmes/ban-box>. Accessed 05/12/14.

Barry, J. and Ivers, J. (2013) *Draft Evaluation Report of the National Drug Rehabilitation Framework Pilot*. Trinity College Dublin: Department of Public Health and Primary Care.

Bruce, A. (2004). *Drugs task force project activity for FÁS Community Employment and Job Initiative participants*. Dublin: FÁS.

Business in the Community. (2014). *About Us and What We do*. Available at <http://www.bitc.org.uk/about-us/what-we-do/our-priorities>. Accessed 18.10.14.

Cedefop. (2012). *Vocation education and training in Cyprus: a short description*. Luxembourg: Publications office: European Centre for the Development of Vocational Training.

Centre for Social Justice. (2014). *Penny on a unit' treatment tax to fund rehab revolution, report urges*. Press release from the Centre for Social Justice, 17 August 2014. Available at <http://www.centreforsocialjustice.org.uk/UserStorage/pdf/Press%20releases%202014/CSJ-addiction-press-release-15.08.14.pdf>. Accessed 16.08.14.

Cloud, W. and Granfield, W. (2009). 'Conceptualising recovery capital: expansion of a theoretical construct', *Substance use and misuse*, 42, 12/13: 1971-1986.

Copoeru, I., Moldovan, S., Agheorghiesei, D. T., Ciuhodaru, T., Seghedin, E. and Iorga, M. (2013). 'The Inter-Agency Cooperation in Healthcare and Social Services for Substance Misuse and Addiction in Romania: A Case Study', *Social Work Review*, 2.

Council of the European Union (2013) *EU Action Plan on Drugs 2013-2016*. Available at: http://www.emcdda.europa.eu/attachements.cfm/att_215054_EN_ST12809.EN13.PDF. Accessed 13/5/2014.

Clinks and Social Firms UK. (2014). *Providing employment and training opportunities for offenders. Growing sustainable work integration social enterprises. A report of learning from this programme*. Available at https://www.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/305974/Providing_employment_training_opportunities_for_offenders.pdf. Accessed 24/11/14.

Department of Health (England) and the devolved administrations. (2007). *Drug Misuse and Dependence: UK Guidelines on Clinical Management*. London: Department of Health (England), the Scottish Government, Welsh Assembly Government and Northern Ireland Executive.

Dipartimento Politiche Antidroga. (2011). *Tempi di latenza tra inizio d'uso e primo trattamento, e consumo di sostanze: Relazione annuale al Parlamento*. Department of Drug Control Policy, Latency time between onset of use and first treatment, and substance use. Annual Report to Parliament 2011.

Dipartimento Politiche Antidroga (2013) *Relazione Annuale al Parlamento 2013: Uso di sostanze stupefacenti e tossicodipendenze in Italia*. Department of Drug Control Policy, Annual Report to Parliament 2013.

25

- Doyle, J. and Ivanovic, J. (2010). *National Drug Rehabilitation Framework*. Dublin: Health Service Executive.
- European School Survey Project on Alcohol and other Drugs (ESPAD). (2012). *The 2012 ESPAD Impact Survey*. Available at http://www.espad.org/Uploads/ESPAD_reports/2012/2012%20ESPAD%20Impact%20Survey.pdf
- European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (EMCCDA). (2003). *Standards and quality assurance in treatment related to illegal drugs and social reintegration in EU Member States and Norway*. Lisbon: EMCCDA.
- European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (EMCCDA). (2010). *Annual report 2010: The state of the drug problem in Europe*. Annual Report Lisbon: EMCCDA.
- European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (EMCCDA). (2012). *Insights. Social reintegration and employment: evidence and interventions for drug users and treatment*. Lisbon: EMCCDA.
- European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (EMCCDA). (2013). *European Drug Report: Trends and developments*. Available at: <http://www.emcdda.europa.eu/publications/edr/trends-developments/2013>. Accessed 17/2/2014.
- Freidman, S.R. (1998). 'The political economy of drug user scapegoating and the philosophy and politics of resistance', *Drugs Education, Prevention and Policy*, 5, 1: 15-32.
- FuoriLuogo. (2013) *Libro Bianco sulla legge Fini Giovanardi* (White paper on the Law 46/2006). Available at . http://www.fuoriluogo.it/sito/home/mappamondo/europa/italia/rassegna_stampa/v-libro-bianco-sulla-fini-giovanardi-i-dati-in-pillole.
- Health Service Executive (HSE). (2013). *Review of the Dublin North East Addiction Service*. Dublin: UCL Partners, HSE.
- Health and Social Care. (2012). *Home Affairs Committee Drugs: Breaking the Cycle Ninth Report of Session 2012-13*. Available at <http://www.clear-uk.org/wp-content/uploads/2012/12/Breaking-teh-ycle.pdf>. Accessed 24/11/14.
- Health and Social Care Information Centre (HSCIC). (2013). *Drug Misuse in England*. Available at <http://www.hscic.gov.uk/catalogue/PUB12994/drug-misu-eng-2013-rep.pdf>. Accessed 8/8/14.
- Keane, M. (2007). *Social reintegration as a response to drug use in Ireland. Overview 5*. Dublin: Health Research Board.
- Laub, J.H. and Sampson, R.J. (2005). *Human agency in the criminal careers of 500 Boston men, circa 1925-1995*. Paper presented at the workshop on Agency and Human Development under Conditions of Social Change, Jena, Germany, 4-6 June.
- Lawless, K. (2006). *Listening and learning: evaluation of Special Community Employment programmes in Dublin North East*. Dublin: Dublin North East Drugs Task Force.
- National Health Service (NHS). (2012). *Binge drinking. The Information Standard member organisation*. Available at <http://www.nhs.uk/Livewell/alcohol/Pages/Bingedrinking.aspx>. Accessed 31/12/2012.
- National Treatment Agency. (2006). *Models of Care for Treatment of Adult Drug Misusers: Update 2006*. London: National Treatment Agency for Substance Misuse. *UK Clinical Guidelines, 2007*. Available at http://www.nta.nhs.uk/uploads/clinical_guidelines_2007.pdf. Accessed 31/07/14.
- National Treatment Agency (NTA). (2010a). *What Treatment is Available?* Available at <http://www.nta.nhs.uk/service-available.aspx>. Accessed 29/07/14.

- National Treatment Agency (NTA). (2010b). *Commissioning for recovery. Drug treatment, reintegration and recovery in the community and prisons: a guide for drug partnerships*. Available at http://www.nta.nhs.uk/uploads/commissioning_for_recovery_january_2010.pdf. Accessed 31/07/14.
- National Treatment Agency (NTA). (2011). *Interim Report on Recovery Orientated Drug Treatment*. Available at http://www.nta.nhs.uk/uploads/rodt_an_interim_report_july_2011.pdf. Accessed 21/11/14.
- National Treatment Agency (NTA). (2012a) *Statistics for Alcohol Treatment in England 2012-2013*. Available at <http://www.nta.nhs.uk/uploads/alcohol1213statsrelease.pdf>. Accessed 29/07/14.
- National Treatment Agency (NTA). (2012b). *NTA supplementary note for HASC 2012 drug policy review*. Available at <http://www.nta.nhs.uk/uploads/ntahasc supplementarynote-general.pdf>. Accessed 31/07/14.
- National Institute for Clinical Excellence (NICE). (2012). *Quality standard for drug use disorders. NICE quality standard 23*. London: National Institute for Health and Clinical Excellence.
- PIRC/UCL Partners. (2013) *Review of the Dublin North East Addiction Services*. Dublin: Health Service Executive.
- Public Health England (PHE). (2013). *Commissioners Guide to Mutual Aid Mutual Aid*. Available at <http://www.nta.nhs.uk/uploads/commissioners-guide-to-mutual-aid.pdf>. Accessed 31/07/14.
- RSA. (2014). *Whole Person Recovery*. Available at http://www.thersa.org/_data/assets/pdf_file/0011/362099/RSA-Whole-Person-Recovery-report.pdf. Accessed 24/11/14.
- Recovery Orientated Drug Treatment Expert Group. (2012). *Medications in Recovery: Reorientating Drug Dependence Treatment*. United Kingdom: National Treatment Agency for Substance Misuse, NHS.
- Russell, C., Davies, J.B. and Hunter, S.C. (2011). 'Predictors of addiction treatment providers' beliefs in the disease and choice models of addiction', *Journal of Substance Abuse Treatment.*, 40, 2: 150-64. Available at <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21036516>. Accessed 15/08/14.
- UK Drug Policy Commission (2008). *A vision of Recovery*. Recovery Consensus Group.
- UK Drug Policy Commission. (2012) *Evidence Review. Characteristics of Good Governance for Drug Policy*. Available at <http://www.ukdpc.org.uk/publication/characteristics-of-good-governance-for-drug-policy/>. Accessed 24/11/14.
- UK Recovery Walk (UKRW). (2014) *The Recovery Coaching Manual*. Available at <http://www.ukrecoverywalk.org/uk-recovery-coach-manual>. Accessed 15/08/14.
- Van Hout, M.C. and Bingham, T. (2011). *Holding Pattern: An exploratory study of the lived experience of those on methadone maintenance in Dublin North East*. Dublin: Dublin North East Drugs Task Force.

Questo document è stato realizzato dal consorzio RECOVEU. Il partner responsabile di questa fase del progetto è stato Staffordshire University.



Institute for Education Policy Research
Staffordshire University (UK)
Jane Rowley, Kim Slack and Amanda Hughes



Centre for the Advancement of Research and
Development in Educational Technology (Cyprus)
Eliza Patouris, Maria Solomou and Sotiris
Themistokleous



St Dimitrie Program (Romania)
Claudia Varga, Nicoleta Amariei, Ion Copoeru
and Mihaela Stanceanu



Soilse, Drug Rehabilitation Programme (Ireland)
Gerry McAlleenan and Sonya Dillon



Social Cooperative 'San Saturnino Onlus' (Italy)
Gabriella Fabrizi, Federica Catalfio and Marilena
Nocente