

PERCHE' FARE PREVENZIONE IN UN SER.T.

Dott.ssa A.M. Camisani

Reps.le SER.T. dell'ASL provincia di Cremona

La prima riflessione fatta pensando all'intervento di stamani è stata che "fare prevenzione" è un compito molto faticoso essendo un'azione di cambiamento e come tale si associa a sensi di colpa (per il vissuto di mancanze o di errori fatti nel passato) e all'ansia derivante dall'incertezza per il futuro.

Di fronte ai sensi di colpa e di ansia la prima reazione è difensiva; la prevenzione prima di tutto deve fronteggiare e superare molte resistenze o difese: questo è senz'altro un momento molto faticoso, l'operatore si sente molto più rassicurato se deve eseguire attività che non lo mettono in discussione personalmente.

L'operatore è esposto ad uno stress derivante dal contrasto tra l'onnipotenza delle aspettative e la percezione di debolezza e indeterminatezza del proprio ruolo, spesso, infatti, gli operatori della prevenzione sono insicuri di se, con bassa autostima e basso livello formativo.

Anche il "sistema clienti" cioè chi chiede l'intervento preventivo, pone spesso resistenze al cambiamento inevitabile legato all'intervento preventivo.

Tornando al tema del mio intervento "Perché la prevenzione in un SER.T.": direi che prima di tutto si deve fare perchè vi è un mandato legislativo che impone la realizzazione di alcune attività.

Infatti la Delibera del Consiglio Regionale del 20 marzo 1991 stabilisce che i Servizi per le Tossicodipendenze, tra i vari compiti, debbano "attuare interventi di informazione e di prevenzione particolarmente nei confronti delle fasce giovanili di popolazione".

Prima ancora la Legge 685/75 stabiliva che i Servizi per le Tossicodipendenze avevano il compito di fare "prevenzione - diagnosi - cura degli stati di tossicodipendenza; il DPR 309/90 - art. 1881, dice che i SER.T. debbono "svolgere attività di prevenzione di cura e di riabilitazione".

Il fatto però che molti SER.T. non si occupino di prevenzione, ma tutt'al più di "campagne informative" (confondendo un po' i due livelli d'intervento) ci fa dire che la "molla" che ha fatto emergere in noi la consapevolezza della necessità di realizzare attività di prevenzione, accanto a quelle più tradizionalmente presenti nei SER.T. (diagnosi - cura - riabilitazione) non è tanto il fatto che questo sia un mandato istituzionale, bensì l'evidenziazione che l'assistenza da sola (indispensabile per fornire un aiuto immediato come risposta ad un bisogno) è senza limiti ed anche senza fine in quanto crea dipendenza autoalimentandosi, come pure la cura (intesa come l'insieme delle azioni tese a ripristinare le condizioni individuali precedenti al comportamento auto o etero distruttivo) è troppo costosa e spesso inefficace.

Proprio secondo queste considerazioni, il SER.T. di Cremona si è da tempo organizzato creando un "SETTORE" che si occupa di elaborare ed attuare interventi di promozione della salute e di prevenzione nelle scuole e nel territorio, collaborando anche con altre istituzioni del territorio impegnate su questo fronte con progetti specifici.

Vorrei chiarire che utilizziamo indifferentemente il termine di promozione della salute e di prevenzione primaria aspecifica del disadattamento anche se i due termini esprimono due atteggiamenti diversi da parte dell'operatore: il termine "prevenzione" ha un'accezione più prettamente sanitaria che esprime una modalità d'intervento in cui la popolazione oggetto dell'intervento ha un ruolo passivo; questo termine comunque è quello tradizionalmente più utilizzato (quasi per convenzione) dagli operatori.

L'altro termine è più innovativo e mette in evidenza il grosso spazio che viene dato alla Comunità e agli individui in termini di autodeterminazione e di crescita consapevole per il raggiungimento dell'obiettivo "salute" inteso come risorsa della vita quotidiana.

Con entrambi i termini intendiamo comunque riferirci a quegli interventi sulla normalità per stimolare capacità, risorse, autostima, cioè l'insieme delle azioni rivolte al miglioramento generale delle condizioni di convivenza.

Per prevenzione specifica secondaria e terziaria intendiamo riferirci ad interventi che, centrati su persone che già hanno manifestato comportamenti a rischio, tendono a ridurre il loro reiterarsi o a ridurre le conseguenze sanitarie, psicologiche e sociali causate dal mantenimento dei comportamenti a rischio.

Il "settore" della prevenzione del SER.T. di Cremona lavora quindi realizzando livelli di intervento diversi, assicurando un ventaglio operativo che va dai progetti di protezione e promozione della salute ad interventi "a bassa soglia" di riduzione del danno: tali interventi vengono svolti in contesti diversi, sono rivolti a "target" diversi ed intendono perseguire obiettivi diversi nell'ottica della necessità da parte di un Servizio pubblico di non fare una preselezione dell'utenza garantendo la possibilità di percorsi differenziati.

Il tema di oggi è centrato sugli interventi di promozione della salute.

Una volta stabilito che fare prevenzione è un nostro compito d'istituto ed è conveniente da un punto di vista di utilizzo delle risorse, vi sono dei nodi critici da affrontare:

- 1) In che cosa consiste l'attività di prevenzione per un operatore delle tossicodipendenze?
- 2) Quale o quali sono i modelli di riferimento?
- 3) Necessità di evaluation
- 4) Maggiore attenzione da parte della Regione rispetto all'attività di prevenzione.



Per gli operatori dei SER.T. l'impegno preventivo ha seguito in questi ultimi 20 anni un'evoluzione estremamente significativa, caratterizzata in particolare da una serie di elementi quali:

- a) spostamento dell'attenzione dalla "sostanza stupefacente" al "disagio" psicosociale del giovane
- b) superamento di un approccio esclusivamente repressivo/difensivo a favore di uno stile d'intervento propositivo e promozionale
- c) sostituzione di strategie puramente informative con strategie prevalentemente formative.

E' stata quindi abbandonata la logica che assegnava alla Prevenzione il compito apparentemente semplice di "arrestare il contagio" in un'ottica prettamente sanitaria; i Servizi si sono trovati così ad affrontare un lavoro sempre più ampio e complesso (promuovere la salute in senso globale ..., migliorare la qualità della vita ...).

Nel contempo l'operatore si trova oggi a misurarsi con un impegno che per la mole delle dimensioni e delle variabili da trattare, e per le varietà di competenze richieste può assumere i connotati del "compito impossibile".



Ecco quindi che la formazione, come elemento strategico fondamentale di supporto, accompagnamento e gestione del cambiamento che si vuole realizzare, rappresenta la scelta per permettere di vincere la scommessa che la "prevenzione è possibile" (citando Regoliosi).

E' proprio di fronte ad uno scenario caratterizzato da molte difficoltà che gli operatori sentono il bisogno di una formazione meno avventurosa e più riflessuta, meno folcloristica e più progettata rispetto al "farsi le ossa" sul campo come veniva effettuato in passato.

Comune a tutti gli interventi formativi è la coesistenza tra paura e desiderio del cambiamento perché il cambiamento non è né facile né piacevole e, in genere, ognuno di noi accetta di attuare un cambiamento solo se lo ritiene conveniente, o se gli costa troppo non attuarlo.

Il bisogno di formazione è una specifica esigenza connessa alla preparazione professionale dell'operatore che ha come contenuto ciò che gli operatori fanno, ciò che si propongono di fare e le modalità con cui mettere in atto le attività.

Oggigiorno i modelli di riferimento, per la formazione in questo campo, sono rappresentati da meno di una ventina di équipes i cui orientamenti e le cui esperienze sono diverse.

Su alcune questioni fondamentali c'è però consenso: sono proprio questi concetti generalmente accettati che costituiscono la base di partenza per la costituzione di progetti di prevenzione primaria (o di promozione della salute).

Le questioni su cui c'è accordo sono:

- a) la prevenzione non si fa solo con l'informazione (anzi, a volte l'informazione può esser controproducente)
- b) la prevenzione primaria è un intervento specifico, iniziato e programmato e non qualcosa che si "inventa" al momento
- c) richiede un metodo specializzato ed operatori esperti
- d) mette in moto inesplicabilmente conflitti e difese.

Il modello di riferimento del SER.T. di Cremona è quello proposto dagli Operatori del Gruppo ARIPS che sono stati nostri consulenti per alcuni progetti territoriali e all'interno dell'"Istituzione Scuola".

L'approccio di fondo è quello della Psicologia di Comunità: centrato sulla Comunità come sistema, sui suoi sub-sistemi e sulle loro interazioni, sino ai sub-sistemi "gruppo" ed "individuo". In particolare la metodologia proposta vede l'utente come protagonista e gestore della proposta, prevede che tutta la comunità venga responsabilizzata attraverso la gestione del progetto e che le attività debbano riguardare più contesti ed essere realizzate in contemporanea al fine di moltiplicare i risultati.



Il problema della verifica è uno degli aspetti più complesso e difficile dei progetti in campo sociale. Un progetto che non disponga di un sistema di valutazione è un progetto cieco. I nostri formatori ci hanno insegnato che la valutazione non è uno strumento autonomo, ma fa parte integrante di un progetto di intervento; deve comprendere la stima del

rapporto tra i mezzi impiegati ed i risultati conseguiti (Efficienza dell'intervento) e anche la valutazione dell' efficacia dell'intervento (raggiungimento degli obiettivi prefissati).

Mezzi impiegati □ tutte le risorse (economiche, umane, di tempo ...) messe in gioco nell'intervento.

Risultati conseguiti □ non solo in termini di modificazioni avvenute solo negli utenti, ma valutazione delle modificazioni avvenute in tutti i soggetti coinvolti nell'intervento territoriale (operatori compresi).

La valutazione deve essere permanente e finale.

Valutazione PERMANENTE: permette un lavoro di lettura e di decodifica dei feed-back che pervengono durante lo svolgimento delle singole azioni: questo permette di poter correggere gli obiettivi iniziali e le ipotesi di percorso.

Valutazione FINALE: si colloca nel lungo periodo come analisi complessiva del processo messo in atto e delle modificazioni di ogni componente del sistema in gioco.

Questa verifica può rimettere in discussione i presupposti iniziali e consentire una nuova riprogettazione.

Sul tema della valutazione di un trattamento preventivo ci parlerà nel pomeriggio il dr. Drudi, spiegandoci quali siano gli strumenti e come sia possibile "misurare il non misurabile".

□

Un problema ulteriore è quello legato alla "visibilità" degli interventi di prevenzione in base al modello di raccolta dati proposto dalla Regione, per valutare periodicamente l'attività dei SER.T.

Tutti i vari modelli (trimestrali - semestrali - annuali) prendono in considerazione in modo quasi assoluto l'intervento di presa in carico, cura, riabilitazione del singolo individuo tossicodipendente, mentre lasciano pochissimo spazio per la descrizione di altri tipi di attività genericamente inseriti nel capitolo "n° delle ore effettuate senza utenza...".

Teniamo presente che il tempo necessario per realizzare un intervento di prevenzione deve essere calcolato globalmente tenendo presente il tempo richiesto per la formazione, lo studio, la progettazione, la realizzazione e la verifica degli interventi.

La sensazione è quella che i Servizi che impegnano una grossa parte della loro attività in interventi di questo tipo siano in parte penalizzati rispetto ad altri, se il parametro che viene preso in considerazione per valutare l'efficienza di un Servizio, è la valutazione del numero degli utenti trattati (se non addirittura guariti).

CONCLUSIONI

- 1) Delineare interventi di prevenzione è un processo che richiede un grosso sforzo di riflessione sia interna al Servizio che allargato al territorio. E' necessario "pensare" anche in termini che vadano al di là dell'emergenza per conoscere il territorio ed agirvi al di là della patologia conclamata che bussa ogni giorno alla porta dell'ambulatorio.
- 2) E' necessario, come ho ripetuto più volte, essere disposti a cambiare, a mettersi in gioco personalmente.
- 3) La mancata politica di prevenzione del disagio ha un costo non solo in termini di sofferenza umana, ma anche in termini di mancato risparmio economico per la comunità generale.