



FEDERAZIONE ITALIANA DEGLI OPERATORI
DEI DIPARTIMENTI E DEI SERVIZI DELLE DIPENDENZE

IL SAPERE TECNICO PROFESSIONALE AL SERVIZIO DEI CITTADINI

Milano, 25 e 26 febbraio 2010, Hotel Michelangelo

V CONGRESSO FEDERSERD LOMBARDIA

In Lombardia come in Italia e negli USA tra i 18 e i 25 anni i problemi legati alle tossicodipendenze, alcol compreso, sono la prima causa di morte, di incidentalità e di invalidità.

Ogni dipendente da sostanze (esclusa l'eroina) vede almeno 8 consumatori non tossicodipendenti della stessa sostanza, con possibili problematiche sanitarie e sociali. Accanto alla cura, quindi, è ineludibile il richiamo ad azioni preventive ed educative ed a riflessioni politiche e sociali.

La spesa sanitaria e sociale, legata alle conseguenze del consumo di droghe, è ai primissimi posti (nei primi tre) nella spesa dei paesi occidentali, Italia compresa.

Le criminalità organizzate sono organiche e traggono il loro primo utile dal mercato della droga.

Bisogna sempre tenere conto di temi quali:

- le ricadute della legislazione nazionale, assai complessa nella applicazione con aspetti sia positivi che negativi.
- la difficilissima situazione carceraria (con oltre 25.000 tossicodipendenti ed alcolisti carcerati).

La situazione Lombardia

Il sistema di intervento, che afferisce alla DG Famiglia e Solidarietà Sociale, è composto da :

- Dipartimenti delle Dipendenze, uno per ASL, pubblici, istituiti a partire dal 2000 e recentemente regolamentati nelle regole 2010 dalla Regione.

Hanno compiti di programmazione territoriale complessiva e di gestione della parte erogativa pubblica (SerT e Servizi di Alcologia - NOA).

- SERT e NOA , sono circa 80. Sono impegnati circa 900 professionisti delle varie professioni (medici, psicologi, assistenti sociali, infermieri, educatori). Seguono circa 40.000 persone (20% degli utenti di tutti i servizi italiani), 30.000 TD e 10.000 Alcolisti.

Sono strutture accreditate a seguito di una legge nazionale del 1999, recepita dalla Regione nel 2003.

- SMI (servizi multidisciplinari integrati) privati, possibili in Lombardia (e solo in Lombardia in tutta Italia) dal 2003. Attualmente sono 4 nella Regione; si prevedono una decina SMI nei prossimi due/tre anni. Attualmente seguono circa 1.000 pazienti.

- Comunità Terapeutiche (residenziali e semiresidenziali), sono oltre 120 in Lombardia ed ogni anno ospitano oltre 3.000 utenti. Sono tutte private (privato accreditato sociale). Vi operano circa 800 operatori.

- Servizi di Bassa Soglia, Drop In, Unità Mobili, Riduzione del danno. Circa una ventina di realtà in regione. Fino ad ora pubbliche o del privato sociale. Con un recente provvedimento (febbraio 2010) la Regione ha deciso la sola opzione gestionale privata con la "regia" del Dipartimento del Dipendenze.

- Attività di prevenzione: progetti dei Dipartimenti a gestione diretta e supporto dei Comuni associati (legge 328/2000), delle istituzioni scolastiche, delle Prefetture, ecc.

- Attività in Carcere: garantita da équipes SERT del carcere e da altri operatori specialisti, oltre che da associazioni varie.

Alcune note finanziarie

- La Lombardia investe nel settore lo 0,7% del bilancio sanitario, circa 110 milioni di euro (dati 2009)

- Tra il 2003 e il 2009 si sono "persi" 250 operatori pubblici (blocco turn over) a fronte dell'aumento del 40% degli utenti SERT.

- La Regione ha aumentato negli ultimi 5 anni di 20 milioni di euro l'investimento per il sistema, completamente sulle strutture private (Comunità terapeutiche) passando da 20 a 45 milioni di euro. Fisso l'investimento pubblico, pari a 62 milioni di euro.

- I Comuni associati, beneficiari della ex legge 45 (specifica sulle dipendenze) e del fondo sociale investono solo lo 0,1% in prevenzione specifica delle dipendenze.

CONSIDERAZIONI

La Lombardia vede una epidemiologia ricca per ogni sostanza di abuso.

Per rispondere adeguatamente al fenomeno dei consumi in continua progressione ed a tutte le patologie da dipendenza sarebbe necessario un grande impegno di tutto il sistema di intervento, in primis del pubblico per le importanti funzioni non delegabili né esternalizzabili.

E' evidente, ad oggi, un deficit di finanziamento.

La UE raccomanda l'impegno del 2% della spesa sanitaria per le dipendenze; in Italia non solo FEDERSERD, ma la stessa Conferenza delle Regioni e il Dipartimento politiche Antidroga nazionale, ritengono necessario l'1,5%.

In questo settore i principi di sussidiarietà meritano di essere applicati con una certa attenzione: diminuire l'intervento pubblico a favore di un privato incerto può essere molto pericoloso sia in termini di tutela della salute, sia di riflesso sulla sicurezza sui cittadini. Il processo va governato ed accompagnato preservando la qualità e investimento di risorse adeguate.

I SERT hanno potenzialità umane e scientifiche che non possono essere disperse. Pensiamo ad esempio all'intervento in Carcere, ai percorsi amministrativi e Prefettizi, ai rapporti con la Magistratura o alla applicazione della intesa Stato Regioni sugli accertamenti in particolari categorie di lavoratori.

Compiti difficili e di grande impatto sociale e istituzionale.

Attualmente le regole regionali hanno bloccato da 4 anni la possibilità di accreditamento di nuovi Servizi pubblici, mentre è possibile l'accreditamento dei privati.

Ad oggi, in prevalenza quasi assoluta, la qualità è garantita, pur in deficit di risorse, dal rispetto della mission di ogni attore:

- **I SERT e i NOA effettuano accoglienza, diagnosi, terapia e sono di utilizzo/stimolo del territorio.**
- **Le Comunità praticano attività terapeutico - riabilitative e di risocializzazione.**
- **Pubblico e privato sociale insieme svolgono interventi di riduzione del danno.**
- **La Regione dovrebbe garantire la governance, unitamente ai Dipartimenti delle Dipendenze delle ASL, che devono sviluppare la rete territoriale.**
- **I Comuni elaborano i progetti di prevenzione, supportati ed accompagnati dai Dipartimenti delle Dipendenze.**

L'attuale collocazione del settore delle dipendenze in una area socio sanitaria, che tende sempre più al solo sociale (welfare), comincia ad evidenziare problemi seri. Interventi che per legge sono " socio sanitari ad alta integrazione sanitaria", sono, di fatto, LEA e meritano un diverso riconoscimento sanitario e specialistico.

Clamorosa la recente assenza totale del settore dipendenze nel TU leggi sanitarie approvato dal consiglio regionale a dicembre 2009.

La Regione dovrebbe garantire una maggiore azione di governance : attualmente sono di fatto inattivi i pur previsti momenti di coordinamento e programmazione.

La differenziazione tra assessorati regionali, inoltre, crea situazioni paradossali, con ricadute sulle ASL in alcuni importanti settori e decisioni, quali:

- **il tabagismo, che è assegnato totalmente alla sanità e ai dipartimenti di prevenzione delle ASL, con gravi carenze nella parte clinica;**
- **la gestione dei pazienti con doppia diagnosi;**

- le patologie correlate (AIDS ed Epatiti ad esempio) che sono ritenute appannaggio dei soli Ospedali, quando si sa che queste patologie devono essere largamente seguite a livello del territorio (SERT, centri MTS, MMG).

Non mancano estremizzazioni per cui ai SERT si vieta di fare prelievi e attività specialistiche previste dalla legge;

- attività preventive anche in duplicato, come sull'alcolismo.

Le nuove forme di dipendenza, dal gioco d'azzardo patologico ai problemi di dipendenza da internet, ad altri comportamenti additivi, si stanno affrontando solo con la buona volontà di alcuni professionisti nelle ASL, senza alcun intervento regionale.

Ricordiamo che questi fenomeni spesso sono collegati con realtà quali l'usura e la criminalità organizzata, nonché a gravi forme di disgregazione familiare.

In generale soffrono carenze gravi di finanziamento tutte le progettualità regionali che prevedono un intervento del pubblico.

Oltre agli stipendi del personale pubblico e alle rette delle comunità private e degli SMI privati, la Regione finanzia:

- progetti di reinserimento (da 1 a 2 milioni di euro annui al privato)

- osservatorio regionale e osservatori di ASL (meno di 1 milione di euro annui ai dipartimenti)

- attività di prevenzione (circa 300.000 euro annui tra pubblico e privato)

- attività di prossimità (Unità Mobili e Drop In) (circa 1.800.000 euro al privato)

Per un raffronto basti ricordare che con la ex legge 45 la Regione, fino al 2005, assegnava al settore 12 milioni di euro l'anno in progetti.

I Comuni associati con i Piani di Zona dovrebbero, infine, invertire una tendenza negativa nel loro impegno progettuale preventivo.

Si segnalano altri temi centrali, quali la formazione e la ricerca di settore.

Milano, 25 febbraio 2010

(Contributo di Alfio Lucchini e Laura Tidone)