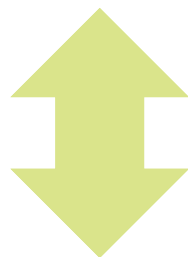




Per una medicina del
territorio da rifondare



Dipartimento Interato
di Salute mentale/Dipendenze

vs

Dipartimento Autonomo delle Dipendenze

Vincenzo Lamartora

Medico psichiatra e psicoanalista.

- Membro dell'Esecutivo e del Direttivo nazionale della FederSerD.
- Direttore del Dipartimento Dipendenze Patologiche della ASL Napoli2
 - Membro Ordinario della Società Psicoanalitica Italiana.
- Docente di Neuropsicoanalisi delle Dipendenze Patologiche alla Scuola di Specializzazione in Psicologia Clinica dell'Università di Torino.

È almeno 15 anni che si discute di “integrare” o “fondere” i Dipartimenti di Salute Mentale con quelli delle Dipendenze.

In realtà è 15 anni che - complice il federalismo all’italiana - si producono Atti Aziendali che riorganizzano i Dipartimenti delle Dipendenze, ponendoli sotto la giurisdizione dei Distretti, oppure assorbendoli nel ventre dei Dipartimenti di Salute Mentale o di Prevenzione, o anche semplicemente declassandoli a “coordinamenti funzionali” di SerD.

I temi da affrontare a mio avviso, quando si ripropone il tema della “integrazione” tra DSM e DDP sono almeno di tre ordini:

- 1. Quali sono le ragioni che dovrebbero spingere il legislatore nazionale o regionale o aziendale a “integrare” i due Dipartimenti;**
- 2. Quali sono i presupposti per cui si potrebbe produrre una buona integrazione e quali sono gli ostacoli per cui si produce soltanto confusione;**
- 3. Quali sono le evidenze scaturite dalle esperienze fin qui avute di fusione tra DSM e DDP utili a smentire la presunta convenienza/opportunità/necessità di fondere i due Dipartimenti di SM e DP²**

A) quali sono le ragioni che dovrebbero spingere il legislatore nazionale o regionale o aziendale a “integrare” i due Dipartimenti.

Sostanzialmente, le ragioni che animano i dibattiti dei Direttori dei Dipartimenti di Salute Mentale e i loro sodali Regionali o Aziendali sono di tre tipi:

- **argomenti di tipo cost-effectiveness:** i Dipartimenti di Salute Mentale e quelli delle dipendenze avrebbero perso negli ultimi dieci anni il 10% (dati relazione S. Molinaro) delle loro risorse organiche, e sarebbero diventati di fatto dei Servizi fantasma, vuoti, incapaci di garantire le prestazioni assistenziali che pur devono offrire, e costretti e penose turnazioni tra colleghi.

In realtà l'argomentazione è speciosa e fuori tema. Speciosa perché se è vero che i due DSM e DDP hanno effettivamente perso risorse umane cospicue, è anche vero che la ragione per cui le hanno perse dipendono sostanzialmente dal fatto che lo Stato, le Regioni e le ASL hanno sostanzialmente disinvestito dalla Salute Mentale e dalle Dipendenze, e lo hanno fatto:

a) per miopia politica, ovvero perché i Servizi per le dipendenze sono meno “attrattivi” dei Servizi Ospedalieri: e qui “attrattivi” significa, in termini di visibilità politico-mediatica, meno remunerativi e meno capaci di generare consenso politico sia per i direttori aziendali che per i governatori Regionali (vuoi mettere l'appel che genera un Robot ospedaliero da min di euro contro una radio web destinata ai giovani dei SerD che costa solo 13.000 euro?)

- b) seguendo la percezione sociale che l'abuso di internet o di gioco d'azzardo o di sostanze in fondo non rappresenta più un problema personale e sociale da contrastare ma un tratto della normalità, una condotta che in fondo riguarda tutti, anche i rampolli di buona famiglia, anche i manager, anche gli avvocati, i Governatori di Regione : pertanto, se le dipendenze non sono più un problema vissuto con angoscia dalla collettività, perché perderci tempo a potenziarli?

Come si vede, i Legislatori Nazionali, Regionali e Aziendali hanno commesso un gigantesco errore di valutazione politica, sociale e farmacoeconomica.

È chiaro infatti (Rapporto CREA, Daniela D'Angela, Congresso FederSerD, nov. 2021) che:

gli utenti in carico ai SerD nel 2019 sono stati 136.000, ovvero sono aumentati del 6 % rispetto all'anno precedente;

Prestazioni /anno: 2 milioni di prestazioni (20 prestazioni sanitarie/utente)

Operazioni antidroga: 26.000/anno

Attività illecite: 75.000/anno

Sequestri: 55.000 kili/anno

Condanne: 14.300/anno

Detenuti: 35 % della popolazione carceraria

Misure alternative: 3500/anno

Consumi: il 26 % della popolazione studentesca usa almeno una volta all'anno una droga

Decessi: 373/anno;

E infine che il **costo annuo per lo Stato, legato alle dipendenze da sostanze è di 8,1 miliardi di euro**, cui vanno aggiunti i 110 miliardi di euro correlati al DGA: la miopia farmacoeconomica dei Governanti sta nel non prendersi cura del dato per cui ogni cittadino italiano spende all'anno 17,3 euro per ciascun paziente dipendente e ciascun paziente dipendente costa allo Stato, ogni anno, la bellezza di 7.659 euro!

Essendo queste le ragioni dell'impoverimento dei Dipartimenti di SM e DP, la soluzione a tale perdita di risorse e capacità non sta nella fusione tra una officina sul punto di fallire e una falegnameria sul punto di fallire, ma nella capacità degli operatori delle Dipendenze e della SM di convincere i Legislatori e Governanti a comprendere l'importanza sociale della lotta alle dipendenze e al disturbo mentale, e quindi a implementare le risorse umane dei due dipartimenti.

- La seconda grande ragione per fondere i DSM e DDP sarebbe l'overlap delle cliniche dei due Dipartimenti. Si sostiene infatti che oggi la maggior parte dei pazienti che accedono alla psichiatria, e nello specifico agli SPDC, sarebbero utenti dipendenti a cui l'assunzione di nuove o vecchie droghe induce una psicosi esogena che poi viene trattata sostanzialmente in Psichiatria. L'argomento quindi si fonda sulla fake news che "moltissimi" sarebbero gli abusatori di NPS che finiscono a ingolfare gli SPDC e a far lavorare gli psichiatri, e sul fatto che tali utenti tossicomani sono presi in carico e seguiti dagli SPDC.
Se questa rappresentazione fosse realistica e non falsa come le teste di Modigliani ritrovate nell'Arno, avrebbero ragione gli psichiatri a rivendicare per sé le succose UOC dei Dipartimenti delle Dipendenze.
- Peccato che come abbiamo visto ieri nel rapporto CREA e in quello del CNR, i numeri di coloro che abusano di NPS e finiscono il PS o in SPDC sono diversi: se è vero che l'80 % dei 22.000 ricoveri ospedalieri droga correlati finisce in 4 Reparti (Psichiatria, Neurologia, Medicina e Riabilitazione) è anche vero che sono 8400 gli utenti dipendenti assistiti per patologia psichiatrica concomitante, ovvero soltanto il 6,6 % degli assistiti nei SerD, e che dei 7224 dipendenti che ogni anno finiscono al Pronto Soccorso, cioè lo 0,034 % degli accessi totali i PS italiani, soltanto il 15 % di tali accessi esita in un ricovero vero e proprio e di questi, soltanto il 30 % finisce in SPDC).
- Al cospetto dei ricoveri in SPDC per psicosi chimiche indotte, il flusso di ricoveri in Medicina per problemi alcol correlati o quello in malattie infettive per problemi virus-correlati è significativamente più alto, per cui se proprio vogliamo potremmo proporre ai nostri Governanti di fonderci con la Medicina ospedaliera!!!

B) Quali sono i presupposti per cui si potrebbe produrre una buona integrazione e quali sono gli ostacoli per cui si produce soltanto confusione

- A nostro avviso, una integrazione sarebbe giustificata non tanto dalla sovrapposizione o somiglianza di uno stesso ambito clinico tra due dipartimenti, quanto dalla compresenza e somiglianza dei PDTA nei due dipartimenti: a quel punto non ci sarebbe nessuna ragione per cui una UOSM e un SerD siano separati, se seguono gli stessi Percorsi diagnostico terapeutici e assistenziali. Ma qui il caso è diverso, poiché TUTTI i PDTA delle dipendenze sono sostanzialmente diversi da quelli della psichiatria. In particolare, i PDTA delle Dipendenze (alcol, dipendenze da eroina e altri oppiacei, dipendenze da cocaina e altri stimolanti, dipendenze da NPS, dipendenze da Cannabinoidi, Internet Addictions, DGA, Tabagismo, Dipendenze affettive, ecc) sono molto diversi da quelli della SM perché molto diversi sono i LEA stabiliti nel Decreto Legge “Lorenzin” del 2017, agli articoli 28 e 35! I LEA, lo ricordo en passant, sono il vero indicatore evidence based del fatto che vi sia o meno overlap clinico tra due Dipartimenti o due Discipline!!!
- In secondo luogo, una fusione sarebbe plausibile quando una disciplina e/o un ambito clinico si complimenta con un altro, producendo un vantaggio per entrambi: è il caso della NPI e del DSM, la cui integrazione produce un più agevole continuum assistenziale tra minorenni e maggiorenni affetti dalla stessa patologia, e garantisce la disponibilità di strutture ospedaliere e eicmunitarie adatte ai trattamenti ad alta intensità anche per i minorenni. Nel caso del DSM e DDP, però, i due ambiti clinici non solo non si complementano, ma spesso configgono, vista la diversità dei modelli culturali che sottendono e sostengono la clinica e la terapia dei disturbi mentali dalle problematiche correlate alle dipendenze. Si faccia solo l'esempio dell'enorme differenza di paradigma tra un Servizio che mira alla recovery dell'utente, perseguendo la riduzione del danno e una strategia socio riabilitativa rispetto a un Servizio che invece persegue la stabilizzazione o estinzione sintomatica attraverso una strategia psicofarmacologica!

- un terzo presupposto per immaginare di fondere i due dipartimenti di SM e DP sarebbe quello di un percorso IN ATTO DA TEMPO di avvicinamento e di mutua conoscenza tra Servizi e Operatori dei due Dipartimenti. Ovvero, prima di procedere a fusioni a freddo tra dipartimenti, occorrerebbe fare formazione comune tra le due casi di operatori, ovvero costituire un gruzzolo di procedure e PDTA comuni, ovvero fare scambi di personale, ovvero costituire equipe integrate, eccetera. Solo dopo un simile percorso di avvicinamento culturale e professionale del genere di potrebbe arrivare a una integrazione maturata da entrambe le parti.
- un ultimo e non secondario pre requisito per arrivare a una integrazione che sia vera integrazione e non solo fagocitazione di un dipartimento avverso l'altro, è quello per cui la direzione di questo dipartimento integrato sia statutariamente affidata a una diarchia, ovvero a due direttori dei due ambiti della SM e delle DP, oppure sia affidata alternativamente a un direttore della SM e a uno delle DP: cosa finora mai o quasi mai avvenuta!!!

C) Quali sono le evidenze scaturite dalle esperienze fin qui avute di fusione tra DSM e DDP utili a smentire la presunta necessità di fondere i due Dipartimenti

Finora, le esperienze di “integrazione” o “fusione” tra i due Dipartimenti di SM e DP sono state dannose per i SerD oppure ininfluenti per i nostri Servizi (Mi riferisco a esperienze valutate personalmente, a quattro Dipartimenti Integrati in cui ho lavorato o sono stato presente come formatore, come membro di commissione, come collega, eccetera).

Innanzitutto, la fusione tra i due DSM e DDP comporta un immediato spostamento del baricentro operativo dalla medicina territoriale a quella ospedaliera: il Direttore del DMS, cioè di quello che comanda, comincia a preoccuparsi di non ricevere rotture di scatole nei propri SPDC oppure si preoccupa che i propri medici (perché la psichiatria ha sostanzialmente soltanto medici e infermieri in organico) non siano impegnati a dover fare consulenza territoriali o ospedaliere per pazienti dipendenti.

Progressivamente, i SerD perdono autonomia nella allocazione delle risorse, che spesso vengono dislocate nelle UOSM; perdono autonomia nella ripartizione del BUDGT per la programmazione territoriale (attività di prevenzione e riduzione del danno) e per gli inserimenti dei pazienti in CT.

Parallelamente, anche il sistema delle CT satelliti dei SerD perdono utenti e business, essendo debole la loro importanza clinica agli occhi dei Direttori di DSM o delle UOC Psichiariche. Alla fine, i SerD vengono declassati a ambulatori per la distribuzione dei farmaci agonisti, gli operatori più motivati se ne vanno, i pazienti vengono psichiatrizzati e medicalizzati, ovvero indotti a una cronicità iatrogena, e il costo sociale delle dipendenze raddoppia.

Prima di concludere questa prima parte, voglio assicurare i vari Colleghi «UNIONISTI» della Salute Mentale, che chi parla non è un ragioniere con la qualifica di operatore SerD, ma uno psichiatra della scuola di specializzazione del prof. Mario Maj, che ha lavorato per 15 anni in psichiatria, negli SPDC, sul territorio e nelle Carceri, con gli adulti e gli adolescenti, in Italia, in Francia e in Marocco, e che ha ricoperto ruoli clinici e manageriali: quindi uno che conosce dall'interno la Salute Mentale.

Detto questo, passerei piuttosto a proporvi una specie di **Disegno di Legge**, una sorta di proposta legislativa che è stata sottoposta al Sottosegretario Costa dalla FederSerD, e che probabilmente sarà un documento su cui lavorare in sede politica e intersocietaria (SITD, SIPAD, SIA).

DESCRIZIONE DEL DISEGNO DI LEGGE

Il DDL si propone di riaffermare l'autonomia del Dipartimento delle Dipendenze Patologiche all'interno di ciascuna ASL, già istituito nelle Regioni Italiane a seguito della Intesa Stato Regioni del 1999.

Il disegno di Legge potrebbe fondarsi sulle seguenti evidenze:

1) L'accorpamento con i dipartimenti di salute mentale, avvenuto in diverse Regioni italiane, non ha portato alcuna valorizzazione dei SerD - come detto finora - e per di più ha annullato la possibilità di una vera programmazione territoriale, prevista invece dal TU 309/90 tuttora vigente: i Dipartimenti di salute mentale hanno svuotato i SerD di figure professionali come gli assistenti sociali e gli educatori professionali, e li hanno depauperati di tutte quelle competenze e attività territoriali che non appartengono ai modelli ospedalieri;

2) i **SerD** sono sempre di più delle componenti importanti degli interventi di sanità pubblica.

Facciamo degli esempi pratici.

Nel 2017 sono stati approvati i nuovi LEA delle Dipendenze, tra cui il Gioco d'Azzardo Patologico e le attività di Riduzione del Danno (per esempio: i DROP IN, e le unità di strada): ebbene, tutti i progetti di contrasto al gioco d'azzardo e tutti i piani finanziari sono stati disegnati da esperti dei SerD, non dai colleghi psichiatri della salute mentale. Il GAP - solo per fare un esempio - sottrae oltre 100 miliardi di euro all'anno allo Stato, e occorre una vasta esperienza clinica e manageriale disegnare un efficace piano di contrasto al DGA che riesca ad allontanare i giovani e i vecchi dal gaming e dal gambling.

Negli ultimi anni c'è stato un aumento notevole della diffusione delle dipendenze specie in età giovanile e minorile: i ragazzi e i giovani NON SONO PAZZI, e non devono essere curati DAGLI PSICHIATRI: sono INVECE DEI tossici di canne o farmaci o internet, e devono essere presi in carico dai SerD, che hanno le professionalità per prendere in carico sia i giovani che le loro famiglie in crisi. Cosa farebbero gli psichiatri ai giovani, li tratterebbero con gli psicofarmaci?

In tutta Italia sta dilagando una enorme diffusione di sostanze legali e acquistabili facilmente, che producono abuso senza produrre una concomitante percezione del rischio da parte dei giovani: occorre quindi avere dei Servizi e degli operatori che si muovono per le strade del territorio e che vadano a parlare ai ragazzi nei luoghi in cui questi si ritrovano (rave, discoteche, parchi pubblici, periferie urbane): l'avete mai visto uno psichiatra col suo camice bianco andare di notte a fare attività di strada? Queste esperienze sono appannaggio dei SerD, perché richiedono figure professionali come gli educatori e gli assistenti sociali che non fanno parte dell'organico della Psichiatria, e che sono tipici della multidisciplinarietà dei Servizi per le Dipendenze.

La pandemia da coronavirus ci ha insegnato che bisogna avere servizi sanitari di prossimità, che siano fruibili facilmente dalla popolazione (come per esempio gli ambulatori territoriali dei SerD) e non degli ospedali (come gli SPDC), che invece sono costosi e poco rapidi nelle risposte assistenziali.

Negli ultimi 3 anni sono stati assegnati ai SerD ulteriori compiti di sanità pubblica, come per esempio i piani di eradicazione della epatite C, che sono estranei alla salute mentale, per la semplice ragione che sono soprattutto i soggetti dipendenti a contrarre l'epatite C, e sono gli infettivologi italiani che lavorano in sinergia con i SerD, non gli psichiatri.

Il personale dei SeRD svolge da anni compiti di prevenzione, nelle scuole e nelle comunità, che servono a incontrare giovani e famiglie per aiutarli a prendere coscienza di cosa siano le droghe e i comportamenti additivi: questa mole di lavoro in tema di prevenzione la svolgono i Servizi per le dipendenze, non certo quelli di salute mentale.

I SeRD lavorano in sinergia con i Comuni e con il Privato Sociale, sia per l'attuazione delle misure alternative alla detenzione, sia per definire i progetti di reinserimento lavorativo. Se i dipartimenti delle dipendenze venissero fagocitati da quelli della salute mentale, tutto questo lavoro con i Comuni si perderebbe; le famiglie avrebbero più disoccupati dentro casa, e le Comunità Terapeutiche per i tossico dipendenti perderebbero TUTTO IL LORO BUSINESS, visto che nessun dipartimento di salute mentale ha mai speso un euro per riabilitare un giovane dipendente.

Oggi i giovani si fanno insieme di canne, di alcole e di social. Questi giovani e le loro famiglie vanno presi in carico in modo multidisciplinare, cioè vanno presi in carico da equipe miste, fatte da medici, psicologi, assistenti sociali e educatori professionali. Questa multidisciplinarietà è necessaria perché la tossicodipendenza è una dimensione problematica che ha risvolti sulla famiglia, sul lavoro, sull'occupazione, sul tempo libero. Queste figure professionali mancano nei dipartimenti di salute mentale, e sono specifici dei SerD.

Oggi, le Comunità Terapeutiche hanno bisogno dei Dipartimenti delle Dipendenze, con cui lavorare insieme alla riabilitazione SOCIALE E PSICOLOGICA dei pazienti: non hanno bisogno di partnership con i servizi psichiatrici, che sono bravi con i pazienti ricoverati, ma hanno poca esperienza di riabilitazione psicologica e sociale per le dipendenze. Le Comunità terapeutiche contano decine di migliaia di addetti, che perderebbero il proprio business se i budget per i tossicodipendenti fossero gestiti direttori dei DSM.

In questi giorni ci sono stati i tavoli preparatori alla VI conferenza nazionale sulle politiche antidroga. **A questi tavoli, c'è stata una notevole condivisione tra gli esperti sulla necessità di avere un Dipartimento autonomo delle Dipendenze:** tutto il mondo degli operatori del pubblico e del privato ha concordato su questo punto (vedi book tavolo 3 – Presidenza del Consiglio dei Ministri).

La necessità di avere un Dipartimento autonomo delle dipendenze è stata espressa sulla stampa nazionale negli ultimi mesi da tutte le società scientifiche (FeDerSerD – federazione italiana operatori dei dipartimenti e dei servizi delle dipendenze; SITD - società italiana tossicodipendenze; SIPaD – società italiana patologia da dipendenza; SIA – società italiana di alcologia).

In conclusione, un Progetto di Legge in 4 punti che prevede:

Riaffermazione della Autonomia dei Dipartimenti delle Dipendenze Patologiche in tutte le ASL italiane;

Implementazione delle risorse umane dei SerD: occorrono 15 operatori (per ogni figura professionale) per 100.000 abitanti;

implementazione del Fondo nazionale per la Lotta alle Droghe: questo Fondo va finanziato con il 5% del ricavato dal contrasto al narcotraffico;

Garanzia della multidisciplinarietà dei SerD: in ogni SerD devono essere garantiti medici, infermieri, psicologi, assistenti sociali e educatori professionali.

**Dipartimento Interato
di Salute mentale/Dipendenze
vs
Dipartimento Autonomo delle Dipendenze**

Vincenzo Lamartora

grazie