

IL SISTEMA LOCALE DEI SERVIZI PER LE DIPENDENZE

Coordinatore: Franco Celeste Giannotti

Partecipanti al gruppo: Clara Baldassarre, Sonia Biscontini, Daniele Corbetta, Riccardo De Facci, Guido Faillace, Maurizio Fea, Goianpaolo Guelfi, Umberto Nizzoli, Ermes Pandin, Giovanni Serpelloni, Lorena Splendori.

INDICE

I SERVIZI ATTUALMENTE OPERANTI NEL CAMPO DEL CONTRASTO DELLA DOMANDA DI DROGA

- Sert
- Enti Accreditati
- Gruppi privati che non gestiscono strutture
- Unità di strada
- Servizi di prossimità
- Not
- Associazioni di volontariato
- Gruppi di auto aiuto
- Uffici e Agenzie comunali
- Cooperative sociali di tipo A e B
- CIC
- Operatori sanitari del carcere
- Medici di famiglia
- Servizi ASL
- Medicina militare
- Servizi sociali adulti e minori
- Università
- Istituti di ricerca (CNR, ISS)

LE CARENZE STRUTTURALI DEL SETTORE

- Il governo del sistema
 - Livello nazionale
 - Livello regionale
 - Livello locale
 - Interazione
 - Un esempio di necessità di governo
- La programmazione
 - Piano di azione nazionale
 - Piano di azione regionale
 - Piano di azione locale

- Uno strumento di programmazione
 - Inattendibilità dei dati
 - Osservatorio nazionale
 - Osservatorio regionale
 - Osservatorio locale
- Rapporto servizi società civile

IL SISTEMA LOCALE DEI SERVIZI

- I livelli essenziali di assistenza
- Livelli di assistenza generali
- Livelli di assistenza specifici
- Lavoro multidisciplinare
- Logica di sistema
- La rete
- I fondamenti del sistema
- Le cinque filiere
 - Filiera 1
 - Filiera 2
 - Filiera 3
 - Filiera 4
 - Filiera 5
- Contenere la complessità
- Sistema locale di servizi
- Presupposti del sistema
- Governo del sistema
- La struttura organizzativa funzionale di coordinamento
- Obiettivi della struttura organizzativa funzionale di coordinamento
- Specificità e originalità del sistema locale di servizi per le tossicodipendenze

IL SERT

- Breve storia
- L'evoluzione della domanda e dell'offerta
- L'aumento dei servizi di contrasto della domanda
- Rapporto utenza personale
- I problemi
 - Squilibrio tra risorse e competenze operative
 - La domanda dei consumatori non tossicodipendenti
 - La diversificazione dell'Utenza
 - La diagnosi multidisciplinare
 - Il trattamento multidisciplinare
 - La rete interna e esterna

- La conflittualità interna
- La soddisfazione degli operatori
- La proposta
- Risorse di personale e risorse finanziarie
- Mission

Le comunità terapeutiche

- Particolarità italiane
 - Spinta solidaristica
 - Ricchezza di strutture
 - Durata dei trattamenti
 - Significato dell'inserimento
- Albo degli Enti Ausiliari e primo Atto d'Intesa
- Il secondo Atto d'Intesa
- Differenziazione delle offerte
- Inadeguatezza e sperequazione dei costi
- Il personale
- La scelta delle Regioni
- La conflittualità
- Le possibili opzioni del privato

I Nuclei Operative Tossicodipendenze

- Breve storia
- Tipologia dell'utenza
- Rete istituzionale
- Personale e tempi
- Elementi di criticità
- Condizioni di possibilità operative

I SERVIZI DI CONTRASTO DELLA DOMANDA DI SOSTANZE STUPEFACENTI E PSICOTROPE

Quali e quanti sono i servizi e le organizzazioni che in Italia si occupano di cura e più in generale del contrasto della domanda di sostanze stupefacenti e psicotrope, legali e illegali e, in senso largo, compongono il sistema dei servizi?

Questi servizi possono essere suddivisi in tre categorie: servizi esplicitamente ed esclusivamente deputati ad occuparsi del problema, e per tale scopo nati, servizi che all'interno della propria mission hanno un impegno rilevante nel settore ma non esclusivo, e servizi che nell'ambito della propria attività possono svolgere un ruolo importante nel settore o possono decidere di intervenire significativamente.

Del primo gruppo fanno parte:

- 544 Servizi Pubblici per le Tossicodipendenze (Sert). 544 è il numero di servizi attivi a tutto il 2006: esso varia ogni anno di qualche unità in più o in meno, secondo le modalità di rilevazione da parte delle Regioni. La dislocazione dei Sert è capillare in ogni Regione e rispecchia, per collocazione territoriale, l'ambito delle ex USL, prima della loro trasformazione e accorpamento in ASL. Mediamente risulta esserci un Sert ogni 100.000 abitanti, ma nella realtà il bacino di utenza di ciascuno può variare da poche decine di migliaia di abitanti a alcune centinaia di migliaia. Essi, secondo i dati riportati dalla Relazione al Parlamento 2007, impiegano 7.214 operatori, suddivisi tra medici (23,6%), psicologi (17,6%), assistenti sociali, infermieri e, in misura decisamente inferiore, educatori professionali (complessivamente 48,7%), amministrativi, sociologi e altre professionalità (10,1%). Dei 7.214 operatori, il 70,5% (5.089) svolge il proprio servizio esclusivamente in questo settore, il 18,0% (1.299) presta attività anche in altri settori e l'11,4% (826) ha un rapporto di convenzione con il servizio. Il numero complessivo degli operatori, con poche unità di differenza si mantiene abbastanza stabile negli anni, ma in esso cala la percentuale di coloro che prestano servizio esclusivamente nel settore mentre aumentano le percentuali dei convenzionati e di coloro che lavorano anche in altri servizi, con tutti i connessi problemi di formazione e di continuità assistenziale e progettuale. I Sert, che mediamente risultano avere 13 operatori ciascuno, differiscono molto tra loro per numerosità di personale, che non rispecchia affatto quanto previsto dal DM 444/90. Pur in assenza di rilevazioni ufficiali si possono stimare tra il 5 e il 10% i Sert che operano con un massimo di 5 operatori, circa il 30% i Sert con non più di 10 operatori, il 40% quelli tra 10 e 15 operatori e circa il 20% quelli con più di 15 operatori. I Sert, pur a fronte di forti differenze di personale, mantengono, tutti sul proprio territorio di competenza, le stesse funzioni assegnate loro dal DM 444/90, dall'Accordo Stato Regioni del 1999 e dai successivi provvedimenti di settore. 11 Regioni e una Provincia Autonoma

hanno emanato indirizzi per l'istituzione dei Dipartimenti delle Dipendenze Patologiche, ma solo in una di esse sono stati istituiti e sono operativi in tutte le Asl, nelle altre sono stati istituiti solo parzialmente. I Sert a loro volta, gestiscono, direttamente o indirettamente tramite specifici appalti, i struttura semiresidenziale e 38 residenziali di cui 27 dell'area terapeutico riabilitative e 11 dell'area specialistica.

- Gli Enti Accreditati o Provvisoriamente Accreditati, dai dati riportati nella Relazione al Parlamento 2007, non completi, gestiscono complessivamente 1.117 strutture riabilitative suddivise in 730 residenziali, 204 semiresidenziali, e 183 ambulatoriali. Pur non avendo tutte le Regioni provveduto ad applicare l'Atto d'Intesa dell'agosto 1999, molte Comunità Terapeutiche hanno differenziato le proprie offerte secondo le indicazioni contenute negli articoli 11-16 dell'Atto d'intesa, per cui accanto alle strutture pedagogiche riabilitative (101) e terapeutico riabilitative (294), vi sono 42 strutture di trattamento specialistico, di cui 12 per pazienti con comorbidità psichiatriche e 13 per donne con bambini, 18 strutture della tipologia "accoglienza" e le altre non definiti dalle Regioni di competenza. Essi impiegano un numero di operatori dipendenti più o meno equivalente a quello dei Sert ma questo numero raddoppia con l'utilizzo dei volontari, che svolgono un lavoro per continuità e impegno orario del tutto simile a quello degli operatori dipendenti. La durata dei trattamenti in CT varia secondo la tipologia e i programmi, ma è, in generale, molto più lunga che negli altri Paesi europei, I costi, definiti dalle regioni di appartenenza, sono estremamente diversificati, e possono variare anche del doppio per la stessa tipologia di struttura.
- Un numero non quantificabile, in mancanza di una rilevazione specifica, di Associazioni private che non gestiscono strutture ma che sono nate, a partire dalla fine degli anni novanta, per occuparsi specificamente del contrasto delle cosiddette droghe ricreative, operando prevalentemente nell'ambito della prevenzione selettiva e della riduzione dei rischi. Queste Associazioni, presenti prevalentemente al nord o nelle Regioni centrali, non gestendo strutture non ricevono fondi da rette o convenzione, ma quasi esclusivamente tramite progetti finanziati inizialmente con il Fondo di lotta alla droga e poi attraverso i Piani di Zona, e, le più grandi e organizzate tra loro, tramite la progettazione europea. Questa forma quasi esclusiva di finanziamento rende precaria la loro stessa esistenza e di conseguenza la continuità o la stabilizzazione dei progetti e degli interventi positivi. Queste Associazioni a loro volta impiegano un discreto numero di operatori specificamente dedicati. Va segnalato che in diverse zone esse sono le uniche ad occuparsi della problematica connessa all'uso – abuso delle cosiddette droghe ricreative.
- 60 sono le Unità di Strada riportate dalla Relazione al Parlamento 2007, con la sottolineatura che il dato è incompleto dal momento che diverse regioni non hanno risposto. Di queste 60, 23 sono specificamente deputate alla riduzione del danno, 26 alla "limitazione del rischi della notte" e più in generale alla prevenzione selettiva e alla riduzione dei rischi, 11 alla prostituzione. %2 di

queste Unità di Strada sono gestite direttamente da Enti Pubblici, ASL o Comuni, e solo 8 da privati (2 nella riduzione del danno, 5 nella riduzione di rischi e 1 nella prostituzione). Il numero delle Unità di strada cresciuto soprattutto verso la fine degli anni novanta tende gradualmente a calare in modo diretto con il calare dei fondi finalizzati al settore delle dipendenze in quanto esse sono, nella quasi totalità finanziate su specifici progetti e mai rese strumento organico del servizio. Mentre inizialmente le Unità di Strada sono nate nella logica della riduzione del danno e in tal senso hanno operato, negli ultimi anni diverse di esse, oltre alle nuove attivate, si sono impegnate principalmente nel contrasto della diffusione e del consumo delle cosiddette droghe ricreative, prevalentemente in una logica di riduzione dei rischi e di prevenzione selettiva. Le Unità di Strada impiegano circa duecento operatori specificamente dedicati.

- Un numero non quantificabile, per mancanza di una puntuale rilevazione, di cosiddetti servizi di prossimità o centri a bassa soglia come i dormitori, di cui almeno 2 dedicati ai tossicodipendenti, le accoglienze notturne, i drop in o centri diurni (di cui 10 riportati nella Relazione al Parlamento), i centri residenziali per le disintossicazioni. Questi servizi di prossimità sono per lo più collocati nelle grandi città, gestiti quasi esclusivamente da Enti Pubblici e in particolare dai Comuni (tra i censiti solo 3 sono a gestione privata) e anche essi sono finanziati quasi esclusivamente con i fondi destinati ai Piani di Zona. Anche questi servizi impiegano diverse centinaia di operatori, praticamente tutti in condizione di precariato lavorativo.
- Un Nucleo Operativo Tossicodipendenze (NOT) in ciascuna delle 103 Province italiane. I Not sono dislocati e dipendono dalle Prefetture e impiegano circa 200 Assistenti Sociali, così come previsto del DPR 309/90. Nel 2006 l'attività dei NOT ha riguardato 35.645 soggetti segnalati per il possesso di sostanze stupefacenti ai sensi dell'articolo 75 del DPR 309/90. Questo numero risente in difetto del ritardo con cui vengono aggiornati gli archivi, per cui la stima del numero di segnalati nell'anno 2006 si colloca in circa 55.220 soggetti.
- Un numero imprecisato, ma alto soprattutto nelle Regioni settentrionali, di Associazioni di Volontariato, specificamente nate e organizzate per occuparsi di tossicodipendenza; esse agiscono in forma autonoma o, più spesso, collegate ad Enti Accreditati o Provvisoriamente Accreditati, raramente collegate ai Sert. Va rilevato che il volontariato non si esprime solo attraverso Associazioni regolarmente costituite o Gruppi ma anche in forma singola collaborando con Enti o Servizi presenti sul territorio. Tra i volontari un numero rilevante è rappresentato da genitori di tossicodipendenti in cura o che hanno intrapreso e concluso percorsi di cura.
- In alcune zone, sparsi a macchia di leopardo, sono presenti, ancora pochi, Gruppi di Auto Aiuto, i Narcotici Anonimi, che sono la versione adattata alle droghe degli Alcolisti Anonimi.

- Alcuni Uffici Comunali specificamente sorti e dedicati al problema, presenti soprattutto in città medio grandi come l'Agenzia Comunale per le Tossicodipendenze di Roma, o gli uffici di Bologna, di Modena ecc.

Del secondo Gruppo fanno parte:

- Un numero imprecisato, ma alto, di Cooperative sociali di tipo A e B, queste ultime nate per dar risposte ai tossicodipendenti, in particolare per l'inserimento lavorativo, a seguito della disponibilità del Fondo di Lotta alla Droga.
- I Centri di Informazione e Consulenza (CIC), previsti dal DPR 309/90, attivi in quasi tutte le scuole medie superiori. I CIC meriterebbero un'analisi approfondita e specifica, se non altro per descrivere la loro estrema difformità, per capire contenuti, gestione e organizzazione, per cogliere i punti di aderenza e di scostamento dalle intenzioni e previsioni di legge. Essi potenzialmente rappresentano una buona risposta ai problemi di disagio giovanile, dal momento che non esistono servizi aspecifici dedicati alle problematiche giovanili soprattutto di tipo individuale. Ad una osservazione non approfondita, sembra che il sistema di autonomia scolastica in vigore da qualche anno, ha reso ancora più problematico l'esistenza stessa dei CIC e senza dubbio ha tolto loro qualsiasi possibilità di coordinamento e indirizzo unitario, quanto meno all'interno del sistema scolastico.
- In ogni carcere c'è un numero, complessivamente non quantificato da rilevazioni finalizzate, di operatori assunti specificamente per il lavoro con i tossicodipendenti. In alcune Regioni questi operatori, negli anni scorsi, sono passati alle dipendenze delle ASL. Con il passaggio della sanità penitenziaria al sistema sanitario nazionale nel prossimo futuro si completerà questo passaggio.

Del terzo Gruppo fanno parte

- I medici di famiglia che in alcune zone svolgono un importante ruolo di supporto per i servizi e che comunque hanno un rapporto spesso significativo con i propri pazienti, prima, durante e dopo la tossicodipendenza.
- I servizi ospedalieri, come i reparti di medicina e di malattie infettive, e territoriali come i servizi psichiatrici
- La medicina militare
- I Servizi Sociali Adulti e Minori per tutti i provvedimenti alternativi al carcere.
- Gli istituti universitari con ricerche finalizzate e attività di formazione
- Istituti scientifici nazionali come il CNR per la raccolta e l'elaborazione dei dati, e l'Istituto Superiore di Sanità.

LE CARENZE STRUTTURALI DEL SETTORE

IL GOVERNO DEL SISTEMA

Per troppi anni, forse da sempre, è mancata sia una vera e propria strategia nazionale che una politica di sostegno del settore.

Strategia e politica di settore potrebbero e dovrebbero essere complementari anche se non sono esattamente la stessa cosa e non sono sovrapponibili.

In tutti questi anni è come se si fosse cristallizzato e portato sino ai giorni nostri il concetto di “emergenza droga” da cui è nato, alla metà degli anni settanta, il sistema di intervento.

La riprova è che di volta in volta, ciclicamente, il problema della diffusione delle droghe viene “riscoperto” come “emergenza” e, al momento della riscoperta, è come se si ripartisse da zero (quasi come se tutto dovesse essere reinventato), salvo poi, in breve tempo, spesso molto breve, tornare tutto nel dimenticatoio e nell’indifferenza.

Una delle cause di tutto ciò è che, da una parte, c’è il mondo della politica con le sue prassi e le sue regole e, dall’altra, il mondo dei servizi e delle unità di offerta diversamente configurate.

In mezzo non c’è nulla o quasi nel senso che mancano organismi tecnico – scientifici, istituzionali, autorevoli e stabili, configurati per il governo dinamico del sistema di intervento.

Oggi, infatti, alla domanda su chi o cosa in Italia è responsabile tecnicamente dell’azione preventiva, terapeutica e riabilitativa di settore si avrebbe una forte difficoltà a rispondere in modo univoco.

Questo è ovviamente un notevole problema!

Un’affermazione apparentemente forte, ma del tutto in linea con la realtà è che il settore manca a tutti i livelli di un governo.

LIVELLO NAZIONALE

A livello centrale l’unica forma di governo, da parte dei politici, sembra essere da una parte l’invadenza in aspetti propriamente tecnici, come ad esempio, l’appropriatezza dei farmaci e degli strumenti di intervento, e dall’altra il parlare male dei Sert (destra) o il non parlarne affatto (sinistra) che forse è peggio; mentre sempre a livello centrale il Dipartimento Nazionale che doveva rappresentare l’organismo di coordinamento e indirizzo del settore è stato derubricato in “ex Dipartimento Nazionale” senza ridefinire un preciso organismo di riferimento, anzi accentuando la confusione di competenze tra vari ministeri con la naturale conseguenza di una accresciuta difficoltà operativa e quindi di un reale immobilismo.

Con la costituzione del Dipartimento Nazionale, nel 2001, l’Italia, buon ultima, si era allineata agli altri maggiori Paesi europei, dotandosi di un organismo di coordinamento, indirizzo e governo del settore, indispensabile per condurre ad unità una politica coerente e incisiva e per dare il dovuto rilievo ad una problematica sempre più rilevante e complessa sia a livello sociale che sanitario.

Oggi, con la derubricazione in ex Dipartimento nazionale le competenze del settore sono sparse in sette o otto Ministeri, i quali, formalmente sono coordinati dal Ministero della Solidarietà Sociale.

In realtà è difficile cogliere l'azione di coordinamento dal momento che, soprattutto in occasione di eventi eclatanti (la politica dell'emergenza), ma anche a prescindere da essi, si hanno proposte le più varie, diversificate e spesso, troppo spesso, contraddittorie tra di loro.

Nel giro di qualche mese sulle prime pagine dei giornali sono comparse proposte come l'esame antidoping agli studenti in occasione delle interrogazioni, l'innalzamento del principio attivo detenibile nella cannabis, proposta affossata dalla stessa maggioranza di governo, il kit ai genitori per l'esame accertante la positività all'uso di sostanze, i cani antidroga a scuola e via di questo passo, creando sconcerto e disorientamento sia nell'opinione pubblica che negli addetti al settore.

Non cambia la situazione anche per la stesura di provvedimenti previsti dalla legge quadro del 1990, come il controllo delle professioni a rischio, di nuovo formulato "in emergenza" (dopo 17 anni di latitanza) a seguito di fatti di cronaca, ma senza una reale valutazione dell'impatto che esso può avere nel settore dei servizi.

Come puro esempio di mancata valutazione si possono citare: 1) l'aver individuato il Sert come il presidio sanitario deputato al controllo, di fatto ne cambia la natura e la stessa mission assegnata con il DM444/90, cioè da servizio esplicitamente deputato alla prevenzione, cura e reinserimento sociale e solo implicitamente al controllo sociale, a servizio esplicitamente deputato al controllo sociale con tutte le conseguenze, non certo positive, che questo certamente ha nel campo nella cura. Non si vuole qui sostenere che ciò è in assoluto sbagliato, ma che nel momento in cui si fanno certe proposte bisogna avere molto chiaro quali conseguenze comportano e di conserva delineare strategie operative in linea con i cambiamenti voluti. 2) La ricaduta in termini di lavoro sui Sert, visto il numero di soggetti operanti nelle cosiddette professioni a rischio è considerevole (stimati intorno ai 5 milioni), ma il testo del provvedimento non prevede alcuna forma di finanziamento né di potenziamento di personale per i servizi. Un aumento considerevole di competenze con uguali risorse in servizi già fortemente sotto organico e in difficoltà a far fronte ai normali compiti, renderebbe ancora più precaria l'operatività di questi servizi con conseguenze assolutamente negative per le possibilità di aiuto alle persone in stato di bisogno. 3) non viene chiarito chi paga i costi, molto elevati, di questi controlli, se il lavoratore, i datori di lavoro o il servizio sanitario nazionale. Nel caso i costi fossero a carico in toto o anche solo in parte di quest'ultimo essi di nuovo andrebbero quasi certamente ad incidere sul budget assegnato alla funzionalità dei Sert con conseguente forte riduzione delle disponibilità per gli interventi terapeutici, come ad esempio gli inserimenti in comunità terapeutica.

Uscire dalla logica dell'emergenza significa dotarsi di una politica coerente di settore e di un organismo capace di governare con competenza e puntualità, un organismo autorevole e riconosciuto in grado anche di ispirare le decisioni politiche e di indirizzare l'opinione pubblica al di là della pura emotività.

Per questo si ritiene e si propone che venga ripristinato il Dipartimento Nazionale o venga istituita una specifica Agenzia Nazionale, con forte valenza tecnico, definendone con chiarezza compiti, funzioni, ambiti e limiti di intervento. anche per dare un segnale di come si vuole intendere la strategia di settore e condizionare a cascata i processi in periferia.

LIVELLO REGIONALE

A livello regionale la carenza di governo è del tutto speculare a quella nazionale e pressochè generalizzata.

Con la modifica del Titolo V della Costituzione le competenze in merito agli indirizzi e all'organizzazione dei servizi sono diventate di esclusiva pertinenza delle Regioni che le hanno pienamente rivendicate.

Questo riconoscimento di autonomia e responsabilità non è stato seguito da una idonea organizzazione interna in grado di esercitare a pieno le nuove funzioni e di governare il settore.

Alla corretta rivendicazione della propria autonomia sono seguite la negazione di qualsiasi forma di coordinamento a livello centrale con i Ministeri competenti, coordinamento attivo, intenso e produttivo in tutti gli anni 90, e la soppressione del coordinamento interregionale degli Uffici per le tossicodipendenze, che per molti anni aveva rappresentato uno strumento di confronto oltre che di sostegno alle Regioni con maggiori difficoltà operative, ma, nel contempo, non sono seguiti né un potenziamento del settore nè una modifica reale di intervento e di governo rispetto al passato.

Oggi la maggior parte delle Regioni ha fortissime difficoltà operative se si considera che anche in quelle più grosse, lavorano nel settore non più di uno o due funzionari, mancando quasi del tutto di adeguati strumenti di governo.

Queste difficoltà si evidenziano in tutta la loro ampiezza quando si osserva il livello di applicazione a otto anni di distanza dei due maggiori provvedimenti emanati alla fine degli anni novanta: l'Accordo Stato Regioni per la riorganizzazione del sistema di assistenza ai tossicodipendenti e l'Atto d'Intesa Stato Regioni per l'autorizzazione al funzionamento e l'accreditamento istituzionale degli Enti del privato sociale, provvedimenti voluti costruiti e concordati con le Regioni.

Dal momento che autonomia non è sinonimo di arbitrio operativo, né di isolamento, né di inoperosità, ma di maggiore responsabilità e impegno, è assolutamente necessario ripristinare il coordinamento interregionale per politiche coerenti tra loro, pur nel rispetto delle diversità regionali, è urgente attivare o riattivare un costante coordinamento con l'organo di governo centrale, auspicabilmente il ripristinato Dipartimento Nazionale o la costituenda Agenzia Nazionale, è indispensabile rendere operativi gli uffici regionali potenziandoli con personale competente ed esperto del settore nonché dotarli degli strumenti necessari per un efficace governo del settore.

LIVELLO LOCALE

A cascata la carenza di governo a livello centrale e regionale si ripercuote con forza, se possibile accentuandosi, a livello locale nelle ASL, dove al di là di qualche sporadica eccezione che conferma la possibilità e la necessità di governo del settore,

si ritrovano forti carenze dovute ad una marginalità del settore negli interessi e negli obiettivi delle Direzioni Generali, ad una carente applicazione dei documenti di settore sia nazionali che, anche quando ci sono questi ultimi, regionali, ad una ridotta e variegata istituzione dei Dipartimenti delle Dipendenze Patologiche, anche laddove le Regioni hanno emanato provvedimenti istitutivi, esplicitamente indicati come la forma organizzativa più idonea al governo locale del settore

La tendenza riscontrata negli ultimi tempi è il progressivo disconoscimento della specificità del settore e l'inglobamento dei Sert nei Dipartimenti di Salute Mentale o, tout court di Psichiatria, anche là dove erano stati istituiti i Dipartimenti delle Dipendenze Patologiche, negando di fatto, le ASL, la propria funzione di autorità sanitaria territoriale, con responsabilità di governo e coordinamento, e riservandosi esclusivamente quella di gestore erogatore diretto di servizi.

INTERAZIONE

Questa generale mancanza di governo del settore va assolutamente ovviata affermando di converso la necessità di un sistema di governo basato sull'interazione dinamica di un Dipartimento Nazionale o di un'Agenzia Nazionale, con i Dipartimenti o Uffici Regionali e con i Sistemi Locali di Servizi e i Dipartimenti Gestionali delle Dipendenze Patologiche all'interno delle ASL.

Non si tratta, è bene chiarirlo, di (ri)centralizzare ciò che è stato decentrato alle Regioni dal Titolo V della Costituzione, rendendo tutto uguale ed uniforme, ma di costruire interattivamente e dinamicamente una linea di azione coerente, declinabile localmente in relazione alle specifiche necessità.

Per comprendere perchè il sistema di intervento, nel suo complesso, ha la necessità di essere governato tecnicamente bisogna considerare che molti dei fenomeni di cui si occupa nascono come conseguenza dell'azione di mercati che, come tutti i mercati contemporanei, sono relativamente veloci ed in progressiva accelerazione.

Si tratta di una velocità ancor più avvertibile in relazione ad un sistema che, in mancanza di organi di governo tecnici, tende a funzionare (anche senza volerlo) per inerzia e, quindi, lentamente; talvolta, anacronisticamente.

La riprova di tutto ciò è che nonostante si sapesse dall'inizio degli anni '90 che il mercato della droga era in mutazione e nonostante fosse chiaro, almeno dalla fine degli anni '90, che direzione stava prendendo, oggi i servizi si sentono, o vengono percepiti come "inadeguati" ad affrontare i "nuovi fenomeni" e "l'emergenza cocaina"; domani potrebbero essere inadeguati per un possibile ritorno dell'eroina in contesti di consumo diversi da quelli già esplorati e conosciuti.

La mancanza di governo crea, tra l'altro, una sorta di babele operativa.

A livello tecnico, ad esempio, ciascuno può sperimentare direttamente cosa accade quando ad un gruppo di operatori o di organizzazioni attive in campo preventivo si chiedi di definire che cosa, esattamente, stiano prevenendo e come.

A livello più generale dell'operatività dei servizi, la stessa loro strutturazione e la diversa appartenenza rendono estremamente problematica un'azione efficiente ed efficace, riducendone drasticamente le potenzialità senza un'adeguata azione di governo.

I servizi che operano nel campo delle dipendenze e più in generale nel contrasto della domanda di droga sono molto numerosi ed appartengono ad enti, istituzioni, associazioni, organizzazioni molto diversi tra loro che non possono essere catalogati semplicisticamente, come usualmente si fa, in pubblici e privati.

Tra i servizi cosiddetti pubblici ci sono i Sert che dipendono dalle ASL, e dovrebbero fare riferimento a normative e indirizzi regionali, i Not che dipendono dalle Prefetture e dovrebbero fare riferimento a normative e indirizzi del Ministero degli Interni, i CIC, che dipendono dai dirigenti scolastici e dovrebbero fare riferimento al Ministero dell'Istruzione, i servizi comunali ecc.

In realtà ciascuno dei servizi sopra citati, in assenza pressochè totale di indirizzi e di governo degli stessi, interpreta il proprio operare in modo del tutto autonomo e autoreferenziale, secondo propri indirizzi senza collegamenti, riferimenti, coordinamenti con gli altri dello stesso ente di appartenenza e meno che mai con servizi di altri enti.

Il problema diventa ancora più evidente quando si prende in esame il complesso dei servizi, in cui il rapporto, il coordinamento, l'interazione sono lasciati alla buona volontà del singolo o alle necessità economiche di cui sono portatori la quasi totalità dei servizi privati, che anche per la mancanza di governo del settore non hanno alcuna garanzia di stabilità, spesso di sopravvivenza.

Se il governo del sistema è quindi indispensabile per il suo funzionamento, bisogna avere chiaro che l'azione di governo continuerà a mancare senza la costruzione, ai diversi livelli, di organismi tecnici istituzionalmente deputati a farla.

UN ESEMPIO DI NECESSITÀ DI GOVERNO

Muoversi nella direzione di governare il sistema di intervento, coerentemente ad una strategia di azione dichiarata, significa rispondere, preliminarmente ad un quesito oggi fondamentale e non più eludibile: deve lo "Stato Sociale" occuparsi di chi usa droghe in modo socialmente compatibile? Se sì, deve farlo con un sistema di intervento dedicato?

Si tratta di questioni nodali che, sino ad oggi, non sono state né adeguatamente né sufficientemente sviscerate.

Un fatto assolutamente indiscutibile è che il consumo di sostanze è molto elevato e tende ad aumentare sempre di più, e che le sostanze utilizzate sono tutte quelle possibili sul mercato, legali e illegali, spesso in policonsumo, con un picco, generalizzato in tutte le fasce sociali e di età, della cocaina.

Pur essendo ancora adesso l'Italia, dopo la Grecia, il Paese con la percentuale più bassa di non eroinomani nei servizi, si assiste, e tutti i servizi lo dichiarano, ad un aumento dei pazienti cocainomani, primari e di conversione, sempre più marcato nei Sert e non solo.

Questo pur a fronte di una carenza pressochè generalizzata di offerte specifiche in termini di spazi (per chi non si sente, non si vede, non si vive come tossicodipendente) e di strumenti adeguati.

Viene rilevato come le offerte dei servizi non stimolino la domanda di chi è in stato di bisogno e di come questa si presenti solo quando è insostenibile in altro modo, dando così l'idea che in realtà non ci sia.

La difficoltà di differenziare le offerte per carenza di risorse, per deficit di stimoli e adeguatezza culturale e formativa, per mancanza di strumenti operativi adeguati è un problema prioritario al quale va posto assolutamente rimedio.

In realtà il decisore, in questo caso il Ministro della Salute di concerto con il Ministro della Solidarietà Sociale in accordo con tutte le Regioni, nell'atto di indirizzo del 21-1-1999 "Riorganizzazione del sistema di assistenza ai tossicodipendenti" nel primo capitolo "Principi ispiratori delle attività assistenziali" ha chiaramente definito che "La riorganizzazione dei servizi del settore non può avvenire senza che siano riconfermati alcuni principi fondamentali, dai quali non si può prescindere se si vuole permettere il proseguimento delle attività e garantire un miglioramento degli interventi. E' fortemente raccomandato che i servizi si occupino di tutte le sostanze d'abuso, incluse quelle legali; è inopportuno che essi siano centrati esclusivamente sull'eroina, e nemmeno sulle problematiche specifiche della "dipendenza", ma devono poter rispondere anche ai più generali aspetti connessi all'abuso di sostanze. Proprio per sviluppare e consolidare gli interventi sulle nuove tematiche poste dall'uso/abuso di sostanze, cui i servizi debbono rispondere, si includono in questo documento linee di orientamento inerenti le nuove droghe e l'alcolismo."

All'interno dello stesso documento è chiaramente indicato che la forma organizzativa e di governo a livello operativo locale più idonea a rispondere ai nuovi bisogni è il Dipartimento delle Dipendenze Patologiche.

L'esperienza di questi anni dimostra come non sia affatto sufficiente emanare atti di indirizzo, anche molto avanzati, se nello stesso tempo questi non sono accompagnati da una attiva e continua azione di governo a tutti i livelli oltre naturalmente a idonei e specifici finanziamenti per lo sviluppo.

I servizi, lasciati del tutto da soli, spesso all'interno di organizzazioni che, per mandato e pressioni, hanno ben altre priorità di salute e di bilancio, fanno quello che possono ma certamente non riescono ad ottemperare a quanto previsto e loro richiesto.

Senza un'adeguata forma di governo si perde la chiarezza del mandato esplicito definito dagli atti di indirizzo e prevale il mandato implicito e confusivo spesso legato all'emergenza del momento o vecchio non più aderente all'evoluzione della problematica e dei bisogni.

Il non governo di quanto già definito nell'Accordo Stato Regioni del 21-1-1999 rende particolarmente attuali e non più eludibili le due domande poste sopra: deve lo "Stato Sociale" occuparsi di chi usa droghe in modo socialmente compatibile? Se sì, deve farlo con un sistema di intervento dedicato?

Una risposta affermativa ad entrambe le domande evidenzerebbe, chiaramente la necessità di rivedere in modo profondo il mandato implicito ed il funzionamento corrente del sistema di intervento.

Attualmente mandato e funzionamento sono ancora troppo legati al concetto di devianza.

Si tratterebbe di una revisione strutturale e culturale profonda.

Infatti anche i più recenti, spontanei, progressi del sistema tendono, comunque, a non superare il concetto di “sistema contenitore della devianza” (quella più evidente legata al circuito penale ed alla attuazione di percorsi alternativi al carcere oppure alla sanzione amministrativa, ma anche quella diversamente connotata come patologia dalla generica definizione di “doppia diagnosi”).

In modo apparentemente paradossale nel momento in cui l’uso di droghe, diventa fenomeno di consumo di massa, proprio della cultura dominante e non più, necessariamente, di sottoculture o ambiti devianti, il sistema si orienta (o viene orientato) ancora di più verso il contenimento della devianza o della patologia psichiatrica con la considerazione che quest’ultima è la vera patologia emergente correlata all’utilizzo di psicostimolanti.

Tutto ciò anche a costo di non considerare altre patologie (con automatica associazione dell’abuso di cocaina alla pertinenza psichiatrica e non, ad esempio, a quella internistica o cardiologica).

Esiste un senso per questo orientamento (visto che l’abuso di droghe altera comunque lo stato mentale) ma anche un automatismo concettuale che tende a limitare progressivamente le pertinenze del sistema di intervento, anche semplicemente considerando i soli aspetti clinici.

LA PROGRAMMAZIONE

Anche come conseguenza della mancanza di governo, a tutti i livelli c’è una carenza di programmazione di settore, di indirizzi operativi e di scelte di priorità pressochè generalizzata e a sua volta, come un gatto che si morde la coda, la carenza di programmazione rende estremamente problematica una azione di governo credibile, strutturata e incidente.

PIANO DI AZIONE NAZIONALE

L’Italia, a tutt’oggi, i tra Paesi dell’Unione Europea, è l’unico, con Malta, a non avere un Piano d’Azione Nazionale che individui gli obiettivi da perseguire e definisca le azioni da mettere in campo, un piano che metta a fuoco attori e tempi delle azioni sul campo, che provveda ad identificare indicatori, forme e soggetti della valutazione di processo e di esito delle azioni, che ipotizzi una programmazione delle azioni che permette una identificazione più certa dei risultati attesi ed un meccanismo che, analizzando gli esiti delle azioni, permetta di riprogrammarle sulla scorta delle informazioni ottenute.

L’Unione Europea si è dotata da tempo di strumenti che indicano la strategia generale europea (EU Strategy Action Plan 2005/2012) e di specifici Piani d’Azione (2000/2004 e 2005/2008) pluriennali che descrivono gli interventi ritenuti indispensabili e tutti gli aspetti agli interventi correlati.

La stessa Unione Europea ha chiesto agli Stati Membri di dotarsi di strumenti simili che possano combinare le linee di azione europee con le specificità del singolo Stato.

Tale “debito” è stato finora largamente rispettato e tutti i Paesi membri dell’Unione hanno elaborato Piani di Azione Nazionali, con l’accortezza di far coincidere la loro durata con quella dei Piani d’Azione della UE.

L’Italia in questo è in forte ritardo anche se, invero, nel 2004 dall’Ufficio dell’allora Commissario Straordinario del Governo per il coordinamento delle iniziative di contrasto alla diffusione del fenomeno della droga e di recupero dei soggetti tossicodipendenti fu elaborato un Piano di Azione ed una revisione dello stesso fu redatta nell’anno successivo.

Però entrambi i documenti sono rimasti a livello di bozza e mai approvati dagli organismi competenti e resi pubblici.

Viene ora chiesto che questo ritardo sia colmato.

Un primo passo positivo in tal senso è stato l’approvazione del Piano d’Azione limitato al solo 2008 per mettersi in pari con il calendario europeo e si auspica che il gruppo di lavoro allo scopo costituito, composto da tecnici esperti, da rappresentanti dei Ministeri competenti e da rappresentanti delle Regioni possa finalmente colmare questo vuoto che inficia fortemente la possibilità di un’azione strategica di contrasto alla domanda di droga.

L’intenzione espressa è di giungere, attraverso un percorso partecipato a livello istituzionale e della società civile, ad un Piano d’Azione quadriennale che possa contenere indicazioni attualizzate sulle priorità degli interventi sul tema delle droghe; dette indicazioni, quindi, dovrebbero essere le risposte possibili ai fenomeni così come si presentano al giorno d’oggi sia a livello qualitativo che quantitativo.

Tali interventi dovrebbero avere un alto carattere di fattibilità; non essere, cioè, basati sulle azioni “desiderate”, ma su quelle possibili, stante la situazione attuale e quella ipotizzata nell’arco di tempo in cui il Piano sarebbe operativo, 2009-2012.

L’insieme degli interventi contenuti nel Piano d’Azione dovrebbe essere, infine, caratterizzato ed accompagnato da una valutazione di esito e di processo, che possa indicare, al termine del periodo di operatività, i risultati ottenuti (paragonati a quelli attesi), le criticità e le indicazioni per il futuro.

PIANO DI AZIONE REGIONALE

Uguale carenza di documenti di programmazione si ritrova a livello regionale.

In pratica non c’è nessuna Regione che abbia elaborato un documento completo ed esaustivo, sull’esempio dei piani sanitari, in cui vengono definiti indirizzi, priorità, fabbisogno, indicatori e metodi di valutazione.

In alcune Regioni, quasi sempre le stesse, si ritrovano documenti che affrontano alcuni aspetti particolari del settore come il rapporto tra pubblico e privato, l’organizzazione del settore, quasi mai seguita però da un governo puntuale per l’applicazione coerente, gli indicatori per l’accreditamento istituzionale, o, ancora più raramente documenti di indirizzo operativo nei diversi settori d’intervento.

In alcune Regioni non si ritrova nulla di tutto questo tanto che anche gli Accordi e gli Atti d’Intesa tra Stato e Regioni, voluti ed elaborati dalle stesse Regioni sono del tutto inapplicati e disattesi.

Ciò ha ovviamente una ricaduta particolarmente negativa per il settore in generale e per i servizi in particolare, che sono, in questo modo completamente abbandonati a se stessi, e ciò è ancora più grave dal momento che la modifica del titolo V della Costituzione ha assegnato alle Regioni la competenza in campo sanitario e quindi la competenza nel settore delle dipendenze e del consumo di droga e dal momento che le Regioni in ogni occasione rivendicano questa competenza, rifiutando spesso persino la possibilità di un coordinamento di settore.

Autonomia regionale, nelle intenzioni del legislatore e dei cittadini italiani che hanno confermato la modifica della Costituzione tramite un referendum, significa maggiore vicinanza ai problemi, maggiore tempestività di intervento, migliore aderenza ai bisogni specifici locali, non significa in alcun modo disinteresse, inadempienza, arbitrio e deresponsabilizzazione.

Ciò che ora viene richiesto è che il Piano di Azione Nazionale, affinché non rischi di vanificarsi nei meandri del Titolo V° della Costituzione che assegna alle Regioni autonomia nell'azione di programmazione, indirizzo e gestione dei servizi, e proprio per riconoscere questa autonomia, venga seguito, in un tempo definito, da un analogo Piano d'Azione in ogni Regione e Provincia Autonoma che riflettendo pienamente la propria realtà territoriale, definisca programmazione e indirizzi, fabbisogno e risorse, articolazione dei servizi e obiettivi da perseguire e raggiungere permettendo così di territorializzare e rendere ancora più aderente ai bisogni locali quanto previsto dal documento nazionale.

Compiti specifici delle Regioni sono la programmazione, gli indirizzi, il controllo e la verifica di quanto previsto e stabilito, in nessun caso la gestione delle attività che in campo sanitario è demandato alle ASL.

La programmazione è un dovere per le Regioni e un diritto per chi è chiamato o ha intenzione di operare nel settore.

L'esempio da seguire è quello dei piani sanitari regionali che fissano indirizzi strategie e fabbisogni, come la necessità di posti letto ospedalieri, articolati per specialità, e presenza del privato con i relativi rapporti.

L'attuale rete dei servizi pubblici deriva da un atto centralistico di circa 20 anni fa che prevedeva la presenza di un Sert in ogni USL a prescindere dall'ampiezza territoriale e dalla densità di popolazione.

Da allora molto è cambiato nell'organizzazione sanitaria nazionale ma nessuna Regione ha mai provveduto a ridefinire la propria rete di servizi in termini di numerosità, di dislocazione, di competenze e di risorse.

Anche la rete dei servizi accreditati, le comunità terapeutiche, sembra rispondere più ad una disponibilità localistica che ad una effettiva risposta a bisogni presenti a livello territoriale tanto che in alcune Regioni i posti letto disponibili sono eccedenti il numero degli stessi tossicodipendenti di quella Regione che nell'anno vengono inseriti in comunità, mentre in altre la carenza è notevole.

Un documento che indichi il reale fabbisogno si rende indispensabile non solo perché il privato, che investe di suo e in questo caso senza ricerca di profitto, ha diritto di sapere se e dove investire, ma anche per regolare la differenziazione delle

offerte e quindi l'articolazione delle sedi, per non correre il rischio di avere di nuove risposte eccedenti in un settore e carenti in altri.

PIANO DI AZIONE LOCALE

La carenza di una attenta programmazione delle attività, di strategie operative, di definizione di priorità la si ritrova in modo pressochè generalizzato anche a livello territoriale, nelle singole ASL, sia là dove sono stati istituiti i Dipartimenti delle Dipendenze che dove i Sert sono regolati da altro tipo di organizzazione aziendale.

Nell'Accordo Stato Regioni del gennaio 1999 sulla riorganizzazione dei servizi di assistenza per i tossicodipendenti, tra le competenze assegnate al Dipartimento, la programmazione aveva un rilievo decisivo, fondamentale, che è il caso di riportare in quanto mantiene per intero il suo significato e il suo valore:

“All'interno delle competenze assegnate al Dipartimento un ruolo assolutamente prioritario riveste la programmazione del settore e la progettazione degli interventi. L'esigenza attuale di razionalizzare gli interventi e le risorse, garantendo efficienza ed efficacia con costi e modalità compatibili con l'assetto complessivo del Servizio sanitario nazionale, rende indispensabile l'attività di programmazione, finora quasi del tutto elusa.

Si tratta di mettere in atto un cambiamento culturale profondo, di iniziare a considerare l'attività di programmazione come una iniziale e fondamentale fase di un processo, necessaria per operare scelte rispondenti alle reali esigenze del territorio.

Attraverso una puntuale attività di programmazione, esercitata da tutte le istanze nel proprio ambito, sono individuate le problematiche prioritarie sulle quali formulare proposte di carattere tecnico e metodologico, con l'esplicitazione degli obiettivi che si intendono perseguire e delle modalità per raggiungerli.

Ne deriva quindi la necessità di prevedere, nell'ambito della programmazione, anche la verifica del conseguimento degli obiettivi, la valutazione degli interventi e dei risultati raggiunti.

L'attività di programmazione costituisce la base per la formulazione del budget aziendale, che non è un insieme di cifre, ma un piano complessivo di attività correlate alle risorse finanziarie disponibili, in rapporto agli obiettivi prioritari che l'azienda si è data al fine di rispondere alle reali esigenze del territorio.”

La disattenzione a quello che dovrebbe essere un compito preliminare di ogni progetto e di ogni intervento, così come la diagnosi, la conoscenza puntuale del soggetto lo è per gli interventi terapeutici, è senza alcun dubbio dovuto ad una carenza di indirizzi che come si è visto mancano sia a livello nazionale che a quello regionale, ma anche ad un deficit culturale che privilegia l'improvvisazione alla pianificazione, alla previsione e alla valutazione.

Ora, così come alle Regioni viene richiesto di elaborare in un tempo definito un proprio Piano di Azione, che, tra l'altro, territorializzi e renda ancora più aderente ai bisogni locali quanto previsto dal Piano di Azione Nazionale, dal momento che quanto previsto dalle Regioni trova realizzazione tramite le proprie organizzazioni territoriali, le ASL, a queste, a loro volta, qualunque sia l'organizzazione di settore, va richiesto un documento di programmazione territoriale che definisca in termini gestionali quanto previsto dai Piani di Azione Nazionale e Regionale.

Un documento di programmazione che riportati con chiarezza l'analisi della situazione del proprio territorio rispetto al consumo e all'abuso di sostanze e la tendenza del fenomeno e soprattutto che definisca con puntualità bisogni e priorità.

Dal momento che una seria programmazione territoriale non è un elenco di case desiderate o di cose irrealizzabili, ma rigorosamente una indicazione di cose fattibile in ragione delle risorse disponibili, lo sforzo che si richiede è quello di contemperare i progetti, gli interventi, le azioni con le risorse di personale e finanziarie disponibili, indicando con chiarezza le cose che si possono fare e che si faranno e quelle che non si riescono a fare e che quindi non troveranno risposte se non in presenza di risorse aggiuntive, e definendo di nuovo in modo chiaro chi fa cosa senza sovrapposizioni e confusione di ruolo.

Bisogna superare, uscire una volta per tutte dalla logica che i servizi, in un dato territorio, a prescindere dalle risorse disponibili, devono fare tutto quanto previsto dalle normative e ancor più dai desiderata dei decisori e dei cittadini, ed essere responsabili delle inadempienze e delle carenze.

I servizi devono avere la capacità e la responsabilità di indicare bisogni, priorità e fattibilità e chi di dovere, Direzioni Generali, Regioni, Stato, i decisori, devono assumersi la responsabilità delle scelte.

UNO STRUMENTO DI PROGRAMMAZIONE

Un'azione di programmazione, a sua volta, non può essere improvvisata, ma deve basarsi su dati certi e conoscenze puntuali per cui è indispensabile, per il settore, dotarsi, ai diversi livelli, dello strumento più appropriato per garantirsi conoscenze aderenti alla realtà: l'osservatorio epidemiologico.

L'Unione Europea ha provveduto da anni a istituire a Lisbona l'OEDT, come strumento di raccolta, elaborazione e diffusione dei dati forniti dagli Stati membri, di promozione di ricerche, di monitoraggio del fenomeno e delle attività di prevenzione e di cura, di informazione per l'elaborazione e l'emanazione di strategie operative e di indirizzi politici.

In Italia da circa otto anni è stato istituito il comitato scientifico dell'OIDT senza però mai provvedere alla costituzione dell'Osservatorio come struttura gestionale organizzativa o anche come struttura di coordinamento dei diversi centri di raccolta dati.

Abbiamo oggi una situazione alquanto caotica con competenze dislocate nei diversi Ministeri senza che vi sia anche in questo settore un reale coordinamento, una omogeneità di raccolta, concetti condivisi e modalità operative uniformi e costanti nel tempo.

INATTENDIBILITÀ DAI DATI

Si ha difficoltà a conoscere dati precisi anche per ciò che sembra più semplice e in qualche modo assodato come il numero dei Sert.

Secondo i dati riportati dalla Relazione al Parlamento, tutti gli anni il numero dei Sert attivi varia di qualche unità ma non è affatto chiaro se ciò è dovuto ad una incompleta rilevazione (non è raro che alcune Regioni non forniscono dati o li

forniscono con molto ritardo e in modo incompleto), ad reali riduzioni o aumenti dei servizi operanti o ad una diversa modalità di raccolta e o catalogazione.

Il dato sul numero dei Sert, che in apparenza può sembrare poco significativo, riveste un notevole interesse perché se si è avuta una chiusura di servizi, con relative sedi operative, c'è da capire perché e come si coprono i bisogni in quelle zone; se invece la contrazione è dovuta al fatto che alcuni Sert formalmente sono stati accorpati sotto un'unica direzione mantenendo la stessa dislocazione territoriale, diventa interessante capire l'ampiezza di questa tendenza, che sembra più rilevante di quanto appare dai dati riportati, se l'accorpamento in un'unica direzione è una mera operazione di risparmio economico o se invece segue una logica di maggiore aderenza ai problemi e ai bisogni, se, concretamente, nulla è cambiato se non la direzione formale o se le sedi operative hanno differenziato la loro offerta.

Non è diverso il problema per quanto riguarda il numero di soggetti in carico ai Sert che viene presentato come numero di soggetti che nell'anno fanno riferimento ai servizi, ma che a ben vedere è la sommatoria dei dati di attività di ciascun Sert nei quali dati lo stesso soggetto può essere contato due o più volte se ha fatto riferimento a più servizi nell'arco dell'anno.

Sono solo due esempi tra i tanti che possono essere fatti e che dimostrano la necessità di un organismo in grado di dare indicazioni precise e omogenee e di uscire il più possibile dall'aleatorietà e dall'immaginato.

Con la creazione del SIND e con le rilevazioni nazionali affidate al CNR si sta cercando, faticosamente di superare queste difficoltà, ma resta il fatto di azioni non coordinate e non rispondenti ad una logica di sistema.

Uguali considerazioni si possono fare per le ricerche, di qualsiasi tipo, commissionate dai soggetti più svariati, spesso ripetitive e sovrappositive di cui difficilmente si hanno i risultati e ancora più difficilmente questi vengono diffusi e resi utilizzabili dagli addetti ai lavori.

In questa situazione, senza un organismo autorevole e riconosciuto tutti possono fare analisi, produrre e dare dati, fornire indicazioni operative con la stessa validità e credibilità, che si differenzia solo per la capacità comunicativa e la possibilità di passaggi televisivi.

OSSERVATORIO NAZIONALE

E' ormai davvero non più rinviabile la necessità di costituire un Osservatorio Nazionale sulla Droga, sull'uso abuso di sostanze stupefacenti e psicotrope e sugli stili di vita che ha come obiettivo la raccolta, l'elaborazione, l'analisi e la restituzione delle informazioni sul fenomeno e che contribuisca alla prevenzione e alla cura degli stati di tossicodipendenza garantendo agli operatori pubblici e privati, ai soggetti con responsabilità di tipo educativo e di amministrazione pubblica, alla cittadinanza, informazioni obiettive e affidabili sull'andamento del fenomeno.

Un Osservatorio che opera in direzione del superamento delle attuali conoscenze in materia, caratterizzato da forti disponibilità di dati, spesso non verificati dal punto di vista dell'attualità e dell'attendibilità, raramente legati reciprocamente; dati che debbono essere trasformati in informazioni, cioè trattati, interpretati, collegati tra loro e dotati di senso.

In questa situazione è costante il rischio di formazione di pregiudizi e di stime inaffidabili, che risultano inutilizzabili ai fini delle attività preventive e terapeutiche, quando non diventano fonte di disorientamento per l'ambiente.

Un Osservatorio che ha come campo d'indagine prioritario gli stili di vita all'interno del territorio nazionale, l'individuazione delle linee conduttrici dell'evoluzione del fenomeno, che tende a coinvolgere progressivamente nuovi gruppi sociali, nuove fasce di età e ad articolarsi mediante forti differenziazioni relative alle sostanze d'abuso e alle sue modalità di assunzione, l'universo degli assuntori, il complesso delle sostanze d'abuso presenti sui mercati legali ed illegali, le caratteristiche del territorio e dell'ambiente sociale in cui il fenomeno si concretizza e in particolare il complesso delle attività educative, preventive e terapeutiche in esso attive, sia sistematizzando le informazioni già disponibili derivanti dall'attività terapeutica, assistenziale e repressiva, sia ricercando informazioni originali in particolare sulla parte del fenomeno che rimane nella clandestinità e che costituisce il campo dei potenziali destinatari delle attività di recupero e di prevenzione secondaria.

Un Osservatorio strumento fondamentale per una puntuale azione di programmazione nazionale e di progettazione settoriale e di promozione di ricerche finalizzate e utili per la conoscenza e l'approfondimento del fenomeno.

OSSERVATORIO REGIONALE

E' altresì indispensabile che a loro volta le Regioni, attivino, presso i propri Uffici per le tossicodipendenze o in stretto collegamento con essi un analogo Osservatorio Regionale, che operi in stretto coordinamento con l'Osservatorio Nazionale.

L'Osservatorio Regionale sul proprio territorio ha gli stessi obiettivi e le stesse funzioni di quello nazionale prestando, per vicinanza, una particolare attenzione alla connessione del fenomeno con le caratteristiche locali dell'ambiente sociale e in particolare agli stili di vita del mondo giovanile; monitorando l'ambiente attraverso la rilevazione di quegli avvenimenti che si verificano nel territorio in grado di condizionare il fenomeno e la sua evoluzione, ad esempio la comparsa di nuove sostanze o di nuovi soggetti come gli extracomunitari; monitorando le attività sulle tossicodipendenze attraverso la rilevazione delle attività prodotte nel territorio regionale da tutti i soggetti, istituzionali e non, che operano nel settore, individuandone natura, basi teoriche, tipologia dei programmi e dei progetti attivati o attivabili, risorse impegnate in termini economici, professionali e umane, caratteristica dell'utenza raggiunta, di quella presa in carico e di quella dimessa; il patrimonio di informazione va a costituire la base conoscitiva per la valutazione di efficacia e di risultato degli interventi.

OSSERVATORIO AZIENDALE

L'Osservatorio Regionale per avere buona funzionalità e per poter svolgere esaustivamente la sua funzione territoriale è necessario che sia supportato da Osservatori Provinciali o Aziendali, così come dimostra la positiva esperienza in quelle poche Regioni che hanno costituito sia l'Osservatorio Regionale che gli Osservatori Aziendali.

L'Osservatorio è uno strumento indispensabile del sistema, con funzioni trasversali necessarie alla funzionalità dei servizi per le tossicodipendenze aziendali, ma anche ai servizi accreditati e a quelli appartenenti ad altre istituzioni che per compiti di istituto si occupano del problema droga presenti sul territorio aziendale.

Osservatorio con il compito di avviare una conoscenza capillare del proprio territorio e di raccogliere tutti gli elementi indispensabili e fondamentali per una puntuale programmazione e per una adeguata progettazione territoriale coinvolgendo tutti i diretti interessati, a vario titolo, al problema; di censire tutti i servizi, pubblici, privati, di volontariato presenti nel territorio; di mappare il territorio per individuare la densità dei servizi, le carenze di presenze e di attività; di censire con puntualità tutte le offerte dei servizi e di individuare le carenze e le ridondanze; di rilevare il gap esistente tra le offerte dei servizi, la loro operatività e le indicazioni normative e di indirizzo; di individuare, sulla base del fenomeno così come si presenta e si sviluppa a livello territoriale, le necessità da soddisfare, le offerte da promuovere, le priorità da privilegiare; di fornire, tramite il Responsabile del sistema, quanto individuato ai decisori della programmazione e delle scelte territoriali; di definire le esigenze epidemiologiche e i dati necessari da raccogliere per le diverse esigenze (programmazione, progettazione, valutazione, quantificazione ecc); di promuovere e curare la raccolta dei dati di attività e i relativi rapporti e promuoverne la diffusione annuale; di attivare ricerche finalizzate alla comprensione e conoscenza del o dei fenomeni territoriali; di curare la formazione e la diffusione di materiale informativo e divulgativo sulle attività, operatività e risultati del sistema.

RAPPORTO SERVIZI - SOCIETA' CIVILE

Come è possibile che un fenomeno e una problematica in così forte sviluppo, che è ben lungi dal fermarsi o rallentare, che coinvolge milioni di persone a tutti i livelli sociali ed economici, che ha tali e tanti risvolti, tutti negativi a livello sociale, sanitario ed economico, che investe singoli, famiglie e gruppi, possano essere affrontati dai decisori, da chi ha responsabilità di scelte, di indirizzi, di governo, con tanta superficialità, disinteresse, distrazione; come è possibile che un fenomeno sociale e sanitario di queste dimensioni, ormai sempre più sviluppato da 30 anni a questa parte, sia affrontato solo come fatto di emergenza e lasciato senza governo, senza alcun piano di intervento e senza alcuna strategia operativa?

Non succede, in pratica per nessun altro settore sociale o sanitario.

La risposta è che ciò è possibile perché per questa problematica manca una adeguata attenzione da parte della società civile, manca un vero allarme, riducendo le reazioni a puri allarmismi in situazioni particolari ed eclatanti che fanno richiedere interventi di emergenza, quasi sempre di stampo contenitivo.

Le cause di questa scarsa attenzione sono molte ma certamente una delle principali è l'idea diffusa che la tossicodipendenza è un vizio, niente affatto una patologia, che le persone si procurano per la propria ricerca di piacere; da questo deriva che un conto è aiutare e adoperarsi per chi è vittima di una malattia altro è fare altrettanto per chi i problemi se li è cercati e voluti.

C'è una difesa ad oltranza dall'idea stessa che la tossicodipendenza possa capitare a se stessi o all'interno della propria cerchia familiare, c'è un rifiuto massimo di identificazione, che spiega bene anche perché chi non è e non si sente tossicodipendente non si rivolge ai Sert quando per qualsiasi motivo ha problemi a causa del consumo di sostanze.

Naturalmente le cause di questa scarsa attenzione non sono solo di natura psicologica o sociale ma derivano anche una forte sottovalutazione della politica, che invece di indirizzare, orientare, promuovere "cultura", trova comodo e facile cavalcare gli umori del momento, spesso i più negativi, scaricando le responsabilità su chi al contrario dovrebbe essere uno strumento di concretizzazione di una politica e di scelte strategiche chiare e finalizzate.

E' ciò che è avvenuto in questi anni con la rincorsa affannosa, scoordinata e strumentale ad inventare risposte alle emergenze che non avevano nessuna probabilità di essere applicate efficacemente, incastrando così il sistema dei servizi in una logica perversa tra il cercare di essere adempienti a tutti i costi e la posizione rinunciataria di chi si sente sconfitto da troppe cose che gli sfuggono.

Da qui deriva in buona parte il fallimento del patto tra società civile e i servizi, patto che, tra l'altro non è mai avvenuto anche perché non è mai stato richiesto da chi doveva fare il mediatore, ovvero la politica.

Gli stessi servizi, da parte loro non hanno favorito un diverso rapporto e una diversa collocazione cercando di rivedere profondamente il mandato ed il funzionamento del sistema di intervento, sempre troppo legato al concetto di devianza, nella direzione dell'evoluzione del fenomeno e delle sue problematiche, dall'altra si sono chiusi sempre di più in se stessi, come dimostrano le difficoltà che molti di essi incontrano a sedere e ad essere interlocutori significativi nei tavoli di preparazione dei Piani di Zona, previsti del dlgs 328.

Questi sono solo alcuni dei motivi per cui ai servizi per le tossicodipendenze, in particolare quelli pubblici manca quasi del tutto il sostegno dalla società civile.

Ciò determina non solo un ruolo marginale all'interno delle organizzazioni sanitarie e sociali con tutto quello che ciò comporta in termini di scelte, di risorse ecc, ma anche progressivamente uno scollamento sempre più accentuato tra servizi e società civile appunto.

I Sert in particolare al di là di meriti e demeriti sono presentati ormai da tutti (politici, giornalisti, opinion leader ecc) come i capri espiatori, come l'anello negativo del sistema, come quelli verso i quali indirizzare tutte le critiche e le frustrazioni della propria impotenza e della propria incapacità ad elaborare un pensiero positivo.

Il rischio, non solo teorico, è che questi servizi anziché avere un senso perché in grado di affrontare e risolvere problemi presenti nella società civile, finiscano per essere considerati dannosi e produttori di problemi, come qualche politico in un passato recente si è lasciato sfuggire chiedendone la chiusura.

E' pertanto indispensabile porre la questione del patto tra i servizi, la politica e la società civile come una assoluta priorità, e richiedere che il decisore politico

assuma questo tema come fondamentale e decisivo per il futuro dei servizi e la loro stessa possibilità operativa.

IL SISTEMA LOCALE DEI SERVIZI

Le persone affette da dipendenza da sostanze stupefacenti e psicotrope, legali e illegali o da comportamenti compulsivi e le persone con disturbi causati da consumo di sostanze, come tutti gli altri cittadini, conservano il diritto alla cura e ad avere garantiti dei livelli essenziali di assistenza che devono essere chiaramente esplicitati dal servizio sanitario nazionale e, imprescindibilmente, da ogni sistema sanitario regionale.

LIVELLI ESSENZIALI DI ASSISTENZA

I livelli essenziali di assistenza per le dipendenze patologiche, i disturbi di sostanze stupefacenti e psicotrope, legali e illegali, e da comportamenti di abuso si articolano in livelli di assistenza generali e specifici.

LIVELLI DI ASSISTENZA GENERALI

Per i livelli di assistenza generali il Servizio Sanitario Nazionale deve assicurare alle persone con patologie da sostanze stupefacenti e psicotrope, legali e illegali, sia da abuso sia da uso gli interventi sulle 24 ore per condizioni di emergenza o di urgenza, sul territorio mediante i Dipartimenti/Servizi di Emergenza/Urgenza e, in ambito ospedaliero, mediante il Pronto Soccorso, le prestazioni diagnostiche e terapeutiche, in regime di ricovero ordinario o di day hospital nei Presidi Ospedalieri, per patologie acute e per concomitanti condizioni patologiche che richiedano interventi non erogabili in ambito territoriale, le prestazioni ambulatoriali e territoriali che rientrano nei livelli di assistenza specifici.

LIVELLI DI ASSISTENZA SPECIFICI

I livelli di assistenza specifici si articolano in classi di prestazioni di prevenzione individuale, di diagnosi multidisciplinare, di presa in carico e svolgimento di un programma terapeutico individualizzato, multidisciplinare, che include le prestazioni di carattere medico, psicologico, psicoterapeutico e sociale, di riabilitazione e reinserimento sociale previste dalle norme vigenti, coerenti con i principi di appropriatezza, e sono assicurati a tutti gli aventi diritto, compresi i detenuti e gli stranieri iscritti al Servizio Sanitario Nazionale in presenza di accertato bisogno attestato dai servizi pubblici.

Le tipologie di aventi diritto sono i cittadini con dipendenza e/o abuso di sostanze illegali, i cittadini con dipendenza e/o abuso di alcol e/o farmaci; i cittadini con dipendenza da comportamenti compulsivi, i cittadini con intossicazioni acute, sindromi astinenziali, disturbi mentali indotti da sostanze, i cittadini con malattie concomitanti alle patologie da sostanze (illegali, alcol e/o farmaci), i cittadini consumatori che pur in assenza di dipendenza sono portatori di disturbi causati da sostanze (illegali, alcol e/o farmaci).

Tutte queste tipologie hanno diritto alla pronta accoglienza della domanda e all'orientamento ai servizi, all'informazione, al primo sostegno e alla consulenza, all'accertamento diagnostico con valutazione clinica multiprofessionale (di carattere

medico, psicologico e sociale) e alle prestazioni di laboratorio e strumentali, allo screening e al counselling per infezioni da HIV, HBV e HCV, all'attività certificativa, anche su richiesta degli Uffici Territoriali del Governo e/o dell'Autorità Giudiziaria.

Le persone portatrici di patologie da sostanze hanno diritto alla definizione e al periodico aggiornamento di piani terapeutici e socio riabilitativi personalizzati, ai trattamenti ambulatoriali, semiresidenziali e residenziali, con monitoraggio di efficacia, alle terapie farmacologiche (farmaci classe A) anche con somministrazione domiciliare per comprovate necessità.

Le persone con patologie indotte da sostanze hanno diritto alle terapie di emergenza/urgenza, alle prestazioni strumentali e di laboratorio per intossicazioni acute, alle terapie farmacologiche e di sostegno psicologico finalizzate alla ritenzione dell'assistito con sindromi astinenziali e/o disturbi mentali indotti da sostanze.

I cittadini consumatori in assenza di patologie da sostanze hanno diritto a interventi medico-farmacologici, psicologici e socio-educativi, individuali, familiari e/o di gruppo, tesi a ridurre i rischi d'insorgenza di patologie da sostanze

A tutte queste tipologie vanno altresì assicurati gli interventi socio-assistenziali di rilievo sanitario di cui al DPCM 14/2001, a sostegno delle prestazioni sanitarie e gli interventi finalizzati alla formazione professionale ed all'avvio al lavoro a cittadini con patologie da sostanze in remissione.

Tutte le prestazioni erogate, mediche, farmacologiche, psicologiche, psicoterapeutiche, sociali ed educative devono fare riferimento alle prassi disciplinari consolidate e trovare indicazione nella letteratura scientifica per il trattamento dei disturbi da sostanze

Lo Stato e le Regioni, titolari degli indirizzi e dell'organizzazione sanitaria territoriale, devono garantire l'erogazione dei livelli minimi di assistenza tramite appositi servizi gestiti direttamente da enti pubblici, o attraverso l'acquisto di prestazioni fornite da enti privati accreditati.

LAVORO MULTIDISCIPLINARE

Va altresì precisato che se, come dichiara l'OMS, i servizi sanitari sono capaci di migliorare le condizioni sanitarie delle popolazioni per non oltre un 25-30% mentre il restante dipende dalle condizioni economiche, residenziali, lavorative, culturali e dagli stili di vita delle popolazioni stesse, essi devono mettersi in rete e interagire con le altre agenzie che influenzano e determinano lo stato di salute individuale.

La tossicodipendenza è una patologia complessa che presenta caratteristiche e problemi del tutto particolari: le sofferenze tendono ad essere pervasive e a non limitarsi al malfunzionamento o al dolore di un organo o di un apparato; esse si presentano in modo complesso, a confini sfumati, coinvolgente molti, se non tutti, gli aspetti del vivere della persona, richiamano, condensano o trasformano conflitti e patologie che ineriscono ai gruppi sociali, ad iniziare dalla famiglia, di cui la persona fa parte; i fattori che determinano la patologia afferiscono a "terreni" lontani. essi hanno contemporaneamente ed indistricabilmente aspetti genetici, biologici, storico-evolutivi, psichici e sociali.

Ne deriva che l'attività di cura di patologie multicausali ed a presentazione multifattoriale a tendenza recidivante richiedono trattamenti multidisciplinari e multidimensionali.

Le sfide della complessità vengono perciò affrontate con team multidisciplinari sempre più estesi e, ciò nonostante, insufficienti: non ci sarà mai un'equipe così dotata e competente da potere racchiudere le specialità necessarie per ricomprendere tutti i bisogni delle persone in cura.

Di qui l'ineludibilità della definizione di procedure e protocolli come delle linee-guida che permettano al professionista di orientarsi nella selva quotidiana delle decisioni cliniche avvalendosi della collaborazione di altri professionisti.

Ecco che lo sviluppo continuo della qualità aiuta a presidiare l'esigenza del lavoro multidisciplinare ed interservizi, perché come non è sufficiente un singolo professionista non lo è neppure il singolo servizio di norma inadeguato a seguire la persona nella sua storia di sofferenza con i momenti di maggiore inserimento familiare o lavorativo che si susseguono a quelli in cui servono cure più intense o in regime di ricovero.

LOGICA DI SISTEMA

Da qui la necessità che chi governa (in Italia, nelle Regioni, nelle ASL, nei Comuni) deve pensare e garantire un sistema di servizi in grado di contenere e comprendere la complessità della tossicodipendenza.

I modelli organizzativi sono influenzati dalle condizioni storiche (locali, personali, "logistiche") in cui si realizzano, ma l'importante è che ci sia e funzioni il sistema unitario, integrato e complementare dei servizi per le dipendenze patologiche.

Quindi occorre che ogni ASL abbia un piano, un elenco di attività e di azioni da fare, un elenco di attori per eseguirle, uno schema organizzativo che individui responsabilità, interfacce, sinergie ed un sistema di valutazione efficiente.

Occorre cioè un chiaro sistema di governo clinico (governo non inteso come potere degli individui, ma sistema di comando: in ultima istanza in sanità ci si deve basare sulla corresponsabilità di tutti gli attori).

Ne consegue che è necessario tutto un lavoro di responsabilizzazione e valorizzazione di ognuno degli attori del sistema dei servizi anziché di una loro riduzionistica "messa in riga".

LA RETE

Per redigere il piano occorre dotarsi di un approccio a matrice dove i singoli bisogni vengono elencati e specificati e rilevati per gli intrecci con altri con cui simultaneamente si presentano: in questo modo vengono identificati i vari target e per ognuno di essi andrà descritto cosa di meglio è in grado di offrire il sistema dei servizi locale.

Ci sarà quindi per forza una rete composta da vari servizi e dalle varie agenzie che esprimono competenze in materia; essi assieme formano il sistema curante.

La rete pertanto è lo strumento attraverso il quale si eseguono le azioni di volta in volta individuate per prevenire o curare gli stati di dipendenza.

Per il suo buon funzionamento la rete ha necessità di un'armonia ed di un appropriato coordinamento interno.

La rete però è anche il metodo di lavoro ritenuto più adeguato e più efficace a contrastare la domanda di droga e i suoi effetti.

La rete è pure il fine ad alto contenuto strategico che chiede a tutti i presidi pubblici e privati di dichiarare in modo esplicito e socialmente controllabile le loro regole ed i criteri di funzionamento facilitando così il riconoscimento del reciproco ruolo.

Infine la rete è un sapere specifico: sapere cooperare, sapere interagire, sapere progettare assieme e sapere gestire assieme.

Ovvio che per appartenere alla rete occorra dare testimonianza della qualità delle procedure seguite tramite l'Accreditamento.

I FONDAMENTI DEL SISTEMA

La costruzione del sistema curante si basa su fondamenti di riferimento che possono essere così sintetizzati:

- L'abuso di sostanze è una sindrome complessa, multicausale, a rischio cronico di ricaduta e che può portare alla completa perdita di autonomia. Esso dà esito ad una gamma di esperienze di uso di sostanze che spesso comportano complessi problemi sanitari e sociali che richiedono un trattamento per un lungo periodo di tempo. Mentre alcuni consumatori di sostanze traggono beneficio da interventi brevi, altri richiedono trattamenti più intensivi o prolungati.

- Le politiche recenti basate sulla best value orientano i servizi a considerare sia la qualità sia il costo, attraverso i mezzi più efficaci, più economici, più efficienti possibili.

- Un efficace sistema di servizi richiede uno spettro di cure, da quelle generiche (per esempio l'alloggio, il servizio medico e l'assistenza sociale generici) a quelle basate su strutturati programmi terapeutici (per esempio il counselling, la terapia cognitivo-comportamentale, la prescrizione di sostitutivi, i centri-diurni), fino a quelle che realizzano programmi intensivi specialistici (per esempio l'unità specialistica di ricovero o la riabilitazione residenziale).

- I consumatori di sostanze possono anche presentare bisogni complessi che richiedono l'accesso a servizi altamente specialistici ma non forniti solamente per loro (per esempio le unità ospedaliere per la cura del fegato, le unità psichiatriche, i servizi per terminali). Di conseguenza progettare un sistema di trattamento deve tenere conto della miriade di interfacce fra i servizi specialistici e generici per il trattamento delle dipendenze, le altre agenzie specialistiche e generiche sanitarie e sociali e le agenzie degli apparati della giustizia.

- Lo scopo del trattamento è abbinare il livello e l'intensità dei servizi terapeutici più attentamente possibile con i bisogni che si presentano. Per realizzare un sistema efficace che soddisfi le diverse esigenze di trattamento dei consumatori di sostanze, deve agire un processo composto da screening, valutazione, coordinamento e revisione del trattamento. Dato che il bisogno di trattamento evolve nel tempo, la valutazione deve essere un processo continuo, che in sé richiede differenti livelli di intensità, portata e abilità. La valutazione continua dovrebbe contribuire ad organizzare il percorso terapeutico. D'altro lato i consumatori di sostanze che lo desiderano dovrebbero potere accedere al sistema senza impedimenti. Infine, capita

spesso che il consumatore di sostanze richieda il trattamento simultaneo sia di servizi specialistici sia di servizi generici; ciò richiede una gestione particolarmente attenta, un coordinamento efficace e metodi di funzionamento congiunto.

- Ogni sistema di servizi locale deve includere una gamma di interventi, comprensivi dei consultori e della diffusione di informazioni, della riduzione del danno, dei programmi strutturati di psicoterapia collegati alla prescrizione di sostitutivi (ove necessario) e dei programmi residenziali, eccetera.

- I bisogni dei consumatori di sostanze sono influenzati in vario grado dalle caratteristiche demografiche personali (genere, origine etnica, età), dai tipi di droghe usate, dall'estensione dei danni e delle complicanze e dal tipo di situazione sociale e dei relativi supporti o stressori ambientali.

LE CINQUE FILIERE

Ne consegue che i servizi per i tossicodipendenti e i consumatori di sostanze possono essere raggruppati in 5 vasti gruppi o filiere.

FILIERA 1

Servizi generici (non specialmente esperti nelle tossicodipendenze).

La filiera 1 è formata dai servizi e dai professionisti sanitari che offrono una vasta gamma di prestazioni mediche generiche, le cure primarie, gli operatori sociali, ma anche gli insegnanti, i farmacisti del territorio, i servizi di affidamento in prova, dagli alloggi popolari e le case alloggio e dai dormitori.

Gli ospedali generali ed i servizi psichiatrici hanno tra i loro pazienti una elevata prevalenza di persone che abusano di sostanze.

I servizi della filiera 1 funzionano con una vasta gamma di clienti ivi compresi i consumatori di sostanze, ma il loro scopo non coincide con il trattamento degli stati di abuso.

Questi professionisti devono essere adeguatamente addestrati e sostenuti per funzionare bene anche con i consumatori di sostanze, inoltre essi devono potere disporre dei riferimenti locali per l'invio dei consumatori ai servizi specialistici.

È spesso molto utile utilizzare i professionisti appartenenti ai servizi della filiera 2 e della filiera 3 con compiti di collegamento per addestrare e sostenere i professionisti della filiera 1.

Dove la prevalenza dell'abuso di sostanze è alta, come ad esempio nell'ospedale generale, nelle emergenze-urgenze, è necessario che i servizi specialistici vi svolgano compiti di collegamento o di supporto.

I professionisti e le agenzie della filiera 1 non sono perciò solo agenti di invio che indirizzano i consumatori, essi fanno parte del sistema del trattamento.

E' essenziale che essi forniscano prestazioni coordinate con i servizi specializzati (per esempio le cure mediche generiche all'interno dei trattamenti comunitari, l'alloggio per i consumatori che abbandonano il trattamento residenziale).

Infine, con l'adeguato addestramento specifico ed il necessario supporto, i professionisti generici possono fornire efficaci interventi focalizzati ai consumatori con bisogni meno complessi o tali da non giustificare che il consumatore debba riferirsi a un servizio specialistico.

In sostanza i tossicodipendenti non debbono essere “figli” solo dei servizi specifici: altrimenti si formerebbe un ghetto; di converso l’opportunità di rivolgersi a servizi della filiera 1 rientra tra i metodi della piena affermazione della loro cittadinanza.

Alcuni servizi della filiera 1 sono altamente specializzati e ad alta soglia; essi devono avere stretti collegamenti con i servizi delle altre filiere.

Gli esempi includono le unità di epatologia che trattano le complicanze delle affezioni epatiche alcolcorrelate e le unità di malattie infettive, i servizi legali per i criminali affetti da grave patologia mentale, le unità specialistiche per la cura dei disturbi del comportamento alimentare, i servizi per terminali.

Un altro tipo di esempio di servizio della filiera 1 è il ricovero psichiatrico di emergenza.

I consumatori di sostanze possono presentare severi ed acuti disturbi mentali, non esclusivamente in conseguenza dall’abuso di droghe (per esempio la suicidalità, l’assassinio, le psicosi indotte); i servizi di emergenza sono forniti giustamente dai servizi psichiatrici per acuti piuttosto che da servizi della filiera 4.

Nella progettazione globale della gamma dei servizi occorre tenere conto del livello elevato di co-morbilità.

FILIERA 2

Servizi di libero accesso per tossicodipendenti.

All'interno di questa filiera i servizi forniscono prestazioni accessibili alla più vasta gamma possibile di consumatori di sostanze (politiche di facilitazione dell’accesso), essi sono di riferimento per una varietà di potenziali invianti, compresi gli auto-invii.

Il riferimento è l’arco delle prestazioni della Riduzione del danno.

Lo scopo del trattamento in questa filiera è convincere i consumatori ad ingaggiarsi nel trattamento senza che siano necessariamente richiesti un livello elevato di impegno, come è invece previsto in programmi strutturati, né un processo complesso e lungo di valutazione.

I servizi di questa filiera includono anche i programmi di scambio di siringhe e le unità di strada che offrono sia informazioni sia prestazioni mediche e materiale ad hoc; vanno anche forniti l’inserimento lavorativo, il sostegno alla genitorialità e la consulenza legale generica.

I servizi della filiera 2 non implicano in sé un più basso livello di abilità rispetto ai servizi a soglia più elevata; effettivamente molte delle funzioni all'interno di questa filiera richiedono un livello elevatissimo di formazione professionale e di abilità.

Tuttavia, questa filiera è definita a bassa soglia avendo meno requisiti per accedervi, così come minori sono le regole cui i pazienti debbono sottostare.

Frequentemente i consumatori di sostanze accedono ai servizi per le tossicodipendenze tramite quelli della filiera 2, per ingaggiarsi in seguito in quelli di filiere più alte.

FILIERA 3

Servizi territoriali specialistici per le tossicodipendenze

Questa filiera include i servizi che forniscono prodotti terapeutici solo per i consumatori di sostanze legali e illegali e per i soggetti dipendenti da comportamenti compulsivi (specificamente i Sert).

I servizi inclusi in questa filiera erogano programmi terapeutici strutturati (per esempio programmi basati sulla psicoterapia individuale e/o familiare, la gestione di gruppi psico-educativi, programmi di sostituzione a mantenimento o comunque strutturati, disintossicazione, ecc), terapie ambulatoriali (sia fornite in programma drug-free, sia integrate a trattamenti farmacologici prescritti - anche dal medico di medicina generale.

I servizi territoriali specialistici gestiti dalle ASL erogano prestazioni non derogabili e non delegabili come la certificazione dello stato di tossicodipendenza, gli accertamenti diagnostici richiesti da organi giudiziari, la conduzione di programmi terapeutici per persone soggette a obblighi di legge.

L'attività di "osservazione e diagnosi", la valutazione delle condizioni della persona, è parte ineludibile e prioritaria di questa filiera, a cui consegue un percorso assistenziale individuale che va convenuto, indicando il suo referente o coordinatore del caso. Ogni ambito territoriale deve disporre dell'accesso più veloce e agevole possibile sia ai servizi della filiera 2 sia a quelli della filiera 3 per accogliere la gamma più vasta possibile dei bisogni e delle fasi motivazionali dei consumatori di sostanze.

FILIERA 4

Servizi residenziali per le dipendenze patologiche.

I servizi di questa filiera sono orientati su quegli individui con un elevato livello di bisogno; essi includono le unità di trattamento in regime di ricovero, la riabilitazione residenziale e i centri residenziali di osservazione e diagnosi, i centri crisi residenziali per tossicodipendenti.

I servizi della filiera 4 richiedono solitamente un livello elevato di motivazione ed un impegno da parte del consumatore ben più alto rispetto ai servizi delle altre filiere.

Fatto salvo per le unità di intervento in stato di crisi, i pazienti accedono molto di rado direttamente a questi servizi, dato che normalmente entrano in contatto prima con i servizi della filiera 2 e/o della filiera 3.

I servizi della filiera 4 sono quasi senza eccezione basati su programmi orientati all'astinenza; l'accesso a questi servizi richiede una valutazione ed una preparazione molto attente del consumatore per elevare l'efficacia del programma e la compliance alle cure.

In qualsiasi dato momento il numero di individui che frequentano i servizi della filiera 4 è inferiore a quello dei servizi a soglia più bassa, di conseguenza, in termini di pianificazione, i servizi della filiera 4 necessitano di un bacino geografico spesso ben più ampio per raggiungere la massa critica di clientela necessaria per avere il massimo impatto delle risorse investite.

FILIERA 5

Servizi per la prevenzione selettiva.

I servizi di questa filiera operano prevalentemente fuori da strutture ambulatoriali o residenziali, nei luoghi di aggregazione e socializzazione giovanile, nei luoghi di divertimento nei luoghi di consumo e là dove si manifestano problemi che necessitano di intervento precoce

Essi si rivolgono a tutte quelle persone che consumano sostanze stupefacenti e/o psicotrope e che non avendo maturato una identità di tossicodipendente e/o non avvertendo particolari problemi o disagi in relazione al consumo di queste sostanze, non ritengono o non pensano affatto a rivolgersi ai servizi per richieste di aiuto o altro, alle persone che consumano sostanze psicoattive e che sono, pertanto, esposte ai rischi sanitari e sociali correlati a questa abitudine, a specifici gruppi che più di ogni altro rischiano di sviluppare problemi legati alla tossicodipendenza.

Il campo educativo di intervento riguarda in particolar modo i comportamenti a rischio (sociale e sanitario), le abitudini, gli stili, le culture del consumo: i cambiamenti sui quali si lavora sono interni alle scelte dei soggetti.

Il fine è quello di prevenire l'abuso di sostanze rafforzando fattori di protezione ed aiutando le persone ad affrontare in maniera efficace fattori di rischio quali vivere in un ambiente in cui si fa uso di droghe

I servizi di questa filiera, operando direttamente sul "campo" hanno la possibilità di entrare in contatto con una popolazione che, non percependo se stessa come "dipendente", non ha nei servizi per le tossicodipendenze, quelli delle filiere 2, 3 e 4 un punto di riferimento.

Appartengono a questa filiera molte unità di strada, e molte associazioni, nate soprattutto negli ultimi anni, che non gestiscono strutture residenziali ma che hanno sviluppato progetti territoriali di prevenzione.

CONTENERE LA COMPLESSITA'

Le filiere descritte suggeriscono un continuum delle cure, dove le persone possono salire o scendere lungo le cinque filiere per accedere al servizio più appropriato.

Ciò è dato dal fatto che i bisogni dei consumatori di sostanze cambiano (per intensità, rischiosità, gravosità, tipologia) nel tempo in modo niente affatto lineare.

Non solo è descritto in tutta la letteratura scientifica internazionale del settore, ma è sufficiente la semplice osservazione per verificare che sono rarissimi i percorsi di cura individuali in cui è coinvolto o utilizzato un solo servizio; più frequentemente il tossicodipendente viene a contatto e utilizza tutti o quasi i servizi delle 5 filiere.

Questo definisce l'indispensabilità del coordinamento dei vari servizi e delle varie attività, oltre la necessità di avere in un dato territorio più strumenti e occasioni di risposte possibili

In sostanza alla complessità con cui si formano e si manifestano i problemi si deve tendere a rispondere con interventi adeguati a contenere e comprendere la complessità.

Ovviamente non sarà mai possibile riprodurre nel sistema curante una complessità pari a quella con cui si presentano i problemi; solo le cure integrate possono ambire ad essere considerate appropriate ai problemi che si devono affrontare.

Ad osservare i servizi delle 5 filiere si può ben vedere che non esiste e, ragionevolmente, difficilmente esisterà un unico soggetto organizzativo istituzionale garante dell'esecuzione di tutte le attività offerte dalla rete: per forza ci sono e saranno plurimi attori.

Qualunque sia l'ampiezza delle offerte messe in campo da un'istituzione, ad esempio da una ASL, esse non ricomprenderanno mai tutte le attività necessarie: saranno sempre porzioni del sistema dei servizi.

SISTEMA LOCALE DI SERVIZI

Ne consegue che va creato un'organizzazione con compiti forti di indirizzo e di coordinamento e controllo su tutti i servizi ai vari livelli nazionale, regionale e aziendale; (coincidente con il territorio aziendale e diretto dall'organismo tecnico dell'ASL, il Dipartimento Gestionale delle Dipendenze Patologiche, in ragione del fatto che l'ASL è l'autorità sanitaria locale e non in quanto dispensatrice di alcuni servizi).

Riuscire finalmente a produrre un sistema locale, unitario ed integrato, di servizi va considerata un'assoluta priorità destinata a rinforzare il mandato dei servizi per il trattamento degli stati di abuso.

Infatti il governo clinico è finalizzato a promuovere la qualità, l'efficienza e l'efficacia del sistema dei servizi per la cura delle dipendenze patologiche.

Il fuoco del sistema locale è posto sulla gestione e sul coordinamento efficaci di vari servizi e agenzie con cui i consumatori sono in contatto e che, assieme, costituiscono il sistema locale dei servizi per il trattamento.

PRESUPPOSTI DI SISTEMA

I presupposti razionali su cui si basa il sistema locale di servizi sono:

- Il trattamento efficace riunisce la gamma di servizi che vanno da quelli generici ai programmi specialistici intensivi;
- Dato che i bisogni dei consumatori sono differenti e mutevoli, un processo di valutazione sistematica e continua è il modo migliore per fare combaciare i bisogni dei consumatori di sostanze con gli interventi più appropriati;
- Nel sistema attuale, i bisogni dei consumatori di sostanze non sono sufficientemente accolti tramite i contatti appropriati per mancanza di adeguati metodi di facilitazione dell'accesso e di assessment. Ciò è un effetto della mancanza di corretta valutazione dei bisogni e dell'assenza di sistemi di cura coordinati;
- I consumatori di sostanze devono potere disporre dell'accesso a servizi adatti ai loro bisogni, indipendentemente dall'età, dal genere, dall'origine etnica e geografica e dalla loro posizione sociale;

GOVERNO DEL SISTEMA

La complessità della patologia, associata alla complessità dei servizi e dei gestori dei servizi, che vanno da enti istituzionali di diversa tipologia e mission a privati accreditati, da associazioni con e senza fini di lucro a enti e associazioni di volontariato, la tipicità dei percorsi di cura e la varietà di servizi e soggetti, che non hanno riscontro in alcun altro settore sanitario e sociale, indicano chiaramente la necessità di una organizzazione specifica, in grado di gestire e coordinare il sistema

locale dei servizi e di proporre e realizzare il programma necessario a soddisfare i presupposti sopra elencati.

Già la Conferenza Nazionale di Napoli del 1997 aveva evidenziato e formulato questa necessità, che Stato e Regioni hanno raccolto con l'Accordo del 21 gennaio 1999 sulla "Riorganizzazione del sistema di assistenza ai tossicodipendenti" in cui si recita "tenuto conto che al raggiungimento degli obiettivi propri dell'area delle dipendenze concorrono molteplici unità operative e servizi appartenenti a tutte le strutture primarie dell'azienda unità sanitaria locale (distretto, ospedale, ecc.), nonché altri soggetti ed enti pubblici e privati che, a vario titolo e con varia responsabilità, operano sul territorio, il modello organizzativo "dipartimentale" sembra essere una valida modalità di affrontare tutti gli aspetti connessi all'abuso di sostanze, nell'ottica dell'integrazione all'interno del comparto sanitario e tra questo e i servizi sociali".

"La definizione delle caratteristiche di un modello dipartimentale per le Dipendenze Patologiche non è esplicitamente prevista (anche se, ovviamente, neppure esclusa) nell'assetto della "Azienda sanitaria tipo" definito dal decreto legislativo n. 502/1992, e successive modificazioni, ma la specificità e complessità del settore raccomanda che il dipartimento, là dove viene istituito, abbia una precisa identità ed autonomia".

Le motivazioni e i contenuti riportati nell'Accordo Stato – Regioni del 1999 sono ancora più validi e pregnanti oggi, con l'evoluzione del fenomeno a livello quasi di massa, con il conseguente aumento di problematicità, e con l'aumento dei servizi e dei soggetti che vi operano.

LA STRUTTURA ORGANIZZATIVA FUNZIONALE DI COORDINAMENTO

Non si tratta qui il dipartimento come forma organizzativa, che nelle sue varie articolazioni (tecnico, funzionale, strutturale, misto) è la forma organizzativa complessa riconosciuta e adottata dalle Aziende Sanitarie, ma di affermare la necessità di una struttura organizzativa, funzionale, di coordinamento, specifica per il sistema delle dipendenze, il Sistema locale dei Servizi per le Dipendenze.

Una struttura organizzativa, funzionale, di coordinamento, che, a differenza di quelle usualmente adottate e operanti nelle ASL, non riguarda solo i servizi di settore gestiti dall'Azienda o le organizzazioni di servizio sempre interne all'Azienda che, per compiti di istituto intercettano e operano con i tossicodipendenti (molti dei servizi della filiera 1) ma l'intero complesso dei servizi e delle organizzazioni che sul territorio aziendale operano nel campo delle dipendenze patologiche e che, nel loro insieme, costituiscono il sistema locale dei servizi.

Una struttura organizzativa, funzionale, di coordinamento, quindi, che non è confinata ai soli servizi aziendali, ma che ha la possibilità e capacità di inglobare anche ciò che è altro dall'ASL; ad essa pertanto afferiscono i Sert e tutti gli altri servizi delle 5 filiere che si occupano direttamente, per missioni specifiche, di dipendenze patologiche, e tutti i servizi generici che hanno tra i loro pazienti una elevata prevalenza di persone che abusano di sostanze e tutti i servizi di contrasto della domanda di droga gestiti dalle diverse istituzioni nazionali o locali.

Una struttura organizzativa, funzionale, di coordinamento che non si configura quindi come una sommatoria di Sert o una dizione diversa dei servizi esistenti e non coincide con il Dipartimento Gestionale delle Dipendenze Patologiche, ma si configura come modalità di coordinamento e collaborazione interistituzionale e l'ASL, è bene ripeterlo, ne è responsabilmente titolare in quanto autorità sanitaria e non in quanto dispensatrice e erogatrice di alcuni servizi, ed è chiamata a dirigerla con il suo organismo tecnico, il Dipartimento.

OBIETTIVI DELLA STRUTTURA ORGANIZZATIVA FUNZIONALE DI COORDINAMENTO (Il Sistema locale dei Servizi per le Dipendenze)

Questa struttura organizzativa, funzionale, di coordinamento deve perseguire gli obiettivi fondamentali del settore:

- promozione e tutela della salute a partire dalla adolescenza sino all'età adulta;
- sviluppo di forme di prevenzione dell'uso problematico e dell'abuso di sostanze stupefacenti e/o psicotrope attraverso l'individuazione precoce di rischio e di disagio;
- costruzione di progetti riabilitativi per le persone sofferenti in stato di dipendenza psico-fisica attraverso un lavoro di coinvolgimento e condivisione della persona sofferente del suo nucleo parentale e del suo contesto di appartenenza, garantendo per tutti, nessuno escluso, la salvaguardia e la restituzione dei diritti fondamentali di cittadinanza;
- promozione di una corretta informazione nei confronti della cittadinanza allo scopo di superare i pregiudizi nei confronti della tossicodipendenza e di favorire atteggiamenti di solidarietà, ricercando forme di collaborazione con istituzioni pubbliche e aggregazioni sociali.

Essa deve provvedere:

- a rilevare i bisogni assistenziali del territorio di competenza sulla base dei dati epidemiologici, delle ricerche e degli studi di settore;
- a garantire il massimo livello di contrasto delle dipendenze, attraverso una precisa programmazione territoriale e l'articolazione degli interventi preventivi, terapeutici, di tutela della salute, di riabilitazione e reinserimento sociale. La programmazione territoriale è l'atto fondamentale e ineludibile della struttura organizzativa, funzionale, di coordinamento; essa deve tener conto in modo equilibrato sia dei bisogni assistenziali che delle risorse disponibili; deve definire compiti e impegni di ciascuno dei componenti il sistema locale dei servizi in modo che non ci siano sovrapposizioni, dispersioni o condizioni di concorrenza; deve indicare con chiarezza ciò che non è possibile soddisfare o i bisogni ai quali il sistema non è in grado di rispondere per carenza di risorse, in modo da tenere distinte competenze e responsabilità tecniche da competenze e responsabilità politiche amministrative; deve provvedere all'allocazione ottimale delle risorse riservate al settore. La programmazione è la base per la formulazione del

budget di settore, che non è semplicemente un insieme di cifre, ma un piano complessivo di attività correlate alle risorse finanziarie disponibili, in rapporto agli obiettivi prioritari che i decisori (Stato, Regioni, ASL) si danno al fine di rispondere alle reali esigenze del territorio ;

- ad elaborare ed aggiornare le linee di indirizzo clinico dei servizi componenti la struttura organizzativa, funzionale, di coordinamento;
- a individuare zone di miglioramento delle attività;
- ad integrare le attività svolte nell'ambito delle Aziende (consulenze, gestione dei ricoveri in ambiente ospedaliero, prevenzione e cura di patologie correlate; ecc.) con quelle delle strutture accreditate e delle associazioni e dei gruppi di volontariato e dei servizi alla persona gestiti da altre istituzioni;
- a promuovere azioni orientate al miglioramento continuo delle attività, all'adozione di linee guida condivise, all'utilizzo di corrette di procedure operative e all'applicazione di tecniche "Evidence-based Medicine" finalizzate alla definizione di processi assistenziali efficaci ed efficienti;
- a individuare forme, modalità e strumenti di valutazione di processo e di esito, promuovendone la cultura tra gli operatori e i servizi componenti il sistema locale. La valutazione delle attività, del raggiungimento degli obiettivi, degli esiti degli interventi, insieme all'azione di programmazione, è la condizione necessaria per la definizione del budget di settore, l'allocazione delle risorse e gli spostamenti di queste;
- ad esercitare funzioni di controllo, finalizzate a garantire una strategia complessiva d'intervento e pari dignità dei compiti operativi delle diverse sedi e settori, nonché dei soggetti che vi operano;
- a verificare, sulla base delle indicazioni regionali, l'applicazione degli standard di funzionamento del settore attraverso la definizione delle procedure, l'individuazione e il controllo degli indicatori di qualità delle strutture operative e la verifica del raggiungimento degli obiettivi;
- a collaborare con la Direzione Aziendale per la determinazione dei contratti di fornitura con le strutture e gli Enti accreditati e alla verifica delle attività rese;
- a definire e coordinare le attività di risposta ai bisogni formativi degli operatori vecchi e nuovi, stimolare lo sviluppo di conoscenze e competenze professionali attraverso la promozione e il coordinamento di iniziative di aggiornamento professionale, collaborare alla realizzazione di progetti formativi multidisciplinari di ricerca e di sviluppo per il settore, garantire la supervisione dei servizi componenti il sistema locale dei servizi;
- a stabilire "protocolli di collaborazione" con i servizi di altre amministrazioni che non intendono entrare a far parte della struttura organizzativa, funzionale, di coordinamento, definendo con chiarezza gli

obiettivi prioritari e le competenze dei singoli componenti della "rete", evitando la dispersione o la sovrapposizione delle risorse;

- a gestire e divulgare i flussi epidemiologici ed informativi, locali, regionali e nazionali;

SPECIFICITA' E ORIGINALITA' DEL SISTEMA LOCALE DI SERVIZI PER LE TOSSICODIPENDENZE

Gli obiettivi e la maggior parte dei compiti ai quali deve provvedere la struttura organizzativa, funzionale, di coordinamento, che raccoglie il sistema locale dei servizi, erano già contenuti nell'Accordo Stato Regioni del gennaio 1999; Accordo che seppure concordato, formulato e approvato da tutte le Regioni ha avuto una applicazione solo in alcune di esse ed anche in queste solo parziale a macchia di leopardo.

Questa non applicazione dell'Accordo è, ancora una volta, una chiara riprova della carenza di governo del settore da Parte delle Regioni e delle direzioni aziendali, e delle difficoltà, spesso abbandono, in cui versano i servizi di contrasto della domanda di droga e del complessivo sistema curante.

Negli ultimi tempi è forte la tendenza a chiudere i Dipartimenti delle Dipendenze Patologiche, anche là dove erano stati istituiti e a inglobare i servizi aziendali nei Dipartimenti di Salute Mentale, quando non specificamente Psichiatrici.

E' questa una scelta che penalizza l'idea stessa di sistema e di rete, che invece sono essenziali per la cura degli stati di abuso e per il contrasto della domanda di droga, che propone una frammentazione del settore, che fa dell'ASL, una pura dispensatrice di alcuni servizi direttamente gestiti invece che un'autorità sanitaria con compiti di indirizzo e coordinamento, che disconosce il ruolo essenziale che altri gestori di servizi e più in generale l'ambiente e il contesto esterno hanno nella cura di tutte le patologie e nelle dipendenze in particolare.

La vicinanza o l'affinità che la tossicodipendenza ha con la psichiatria è la stessa di quella che ha, ad esempio, con la medicina delle infezioni, o con il settore dell'assistenza sociale.

E' qui bene ribadire ancora una volta che la cura per gli stati di abuso include tutti gli strumenti territoriali: servizi e progetti, e che l'organizzazione, la funzionalità e il coordinamento del sistema dei servizi per il trattamento degli stati di abuso è differente dal programma di tutela della salute mentale.

I due sistemi sono e devono rimanere separati come branche operative, anche se tra le due linee operative vanno incentivati le comunicazioni ed i collegamenti per la gestione delle persone con cosiddetta doppia diagnosi.

I principi sopra esposti sull'organizzazione la funzionalità e il coordinamento del sistema locale dei servizi di cura delle dipendenze patologiche non è totalmente nuovo.

Diverse esperienze adottate in alcune Regioni o alcune ASL gli si avvicinano ponendosi come buone pratiche che vale la pena valorizzare.

Si tratta però di rendere quanto sopra descritto sistematico e capillare.

IL SERT

BREVE STORIA

Il Sert è stato istituito ufficialmente nel 1990 con il DM 444 in attuazione del DPR 309/90.

In realtà, seppure con diverso nome, molti servizi erano già funzionanti dalla fine degli anni 70, ma il DM 444 ha definito la capillarizzazione degli stessi, uno in ogni USL, i parametri di personale e le loro funzioni.

E' stata per forza di cose un'operazione centralistica che non ha potuto tener conto delle diverse realtà, ma che ha permesso la costituzione e lo sviluppo di una rete di servizi pubblici che in questi anni ha contrastato la domanda di droga in modo continuo e puntuale, nonostante le mille difficoltà di funzionamento dovute al progressivo depauperamento delle risorse e alla mancanza di governo e di programmazione a tutti i livelli.

I Sert, pur in assenza di indirizzi operativi e organizzativi da parte delle Regioni e di una consolidata cultura scientifica ed esperienziale di riferimento, dal momento che il consumo di sostanze come diffusione di massa e la conseguente tossicodipendenza sono fenomeni recenti, in questi anni sono riusciti ad essere un preciso e stabile riferimento per tutti coloro che hanno problemi di dipendenza a causa del consumo di droghe, a contrastare il fenomeno garantendo un apprezzabile controllo sociale, mai esplicitamente richiesto ma implicitamente preteso, a definire modalità nuove e avanzate di intervento, a costruire una cultura operativa, disciplinare e interdisciplinare, innovativa che ormai ha solide basi scientifiche ed è di riferimento a tutti coloro che entrano ad operare nel settore.

Il DM 444 dalla sua emissione non è mai stato modificato o aggiornato nonostante le sue parti fondamentali siano, di fatto, state invalidate da normative successive, come le leggi di riforma sanitaria, di De Lorenzo prima e della Bindi poi, che con la istituzione delle ASL hanno assegnato alle Direzioni Generali la piena responsabilità gestionale dei servizi e hanno eliminato le piante organiche dei singoli servizi per farle convergere in una unica aziendale, e come la modifica del Titolo V della Costituzione che ha assegnato alle Regioni la piena responsabilità degli indirizzi normativi e organizzativi del settore.

Un serio tentativo di modifica è stato fatto nel 99-2000 a seguito delle indicazioni forti emerse dalla Conferenza di Napoli, ma il documento, dopo essere stato approvato dalle Conferenza Stato Regioni e firmato dal Ministro Veronesi, è stato bloccato al momento della pubblicazione dal ministro Sirchia che ne ha stralciato e modificate alcune parti, che sono state rigettate dalle Regioni attraverso un ricorso alla Corte Costituzionale.

Le Regioni, a loro volta, nessuna di esse, pur rivendicando con forza la loro esclusiva competenza in materia, in questi anni ha provveduto ad emanare un

provvedimento o un atto di indirizzo che aggiornasse funzioni, competenze e organizzazione dei servizi.

Aggiornamento di funzioni, competenze e organizzazione che si rendono assolutamente necessarie perché dal '90 ad oggi sono profondamente mutati il fenomeno, il contesto operativo e organizzativo e le risorse disponibili.

L'EVOLUZIONE DELLA DOMANDA E DELL'OFFERTA

Nel momento in cui sono stati istituiti i Sert il problema da affrontare, l'unico seppure in forte crescita, era la tossicodipendenza da eroina e il suo consumo; i servizi sono nati per questo e intorno a questo si sono organizzati e formati.

Già negli anni novanta e molto negli ultimi anni il fenomeno dell'uso di sostanze si è decisamente intensificato con l'immissione di sempre nuove sostanze, naturali e di sintesi, con la riscoperta di vecchie sostanze e con l'esplosione del consumo di cocaina; dal consumo di una cerchia che oggi potremmo definire ristretta, si è passati ad un consumo diffuso che riguarda un pò tutte le fasce d'età e tutti i settori della società.

Si sono diffuse sostanze che, al contrario dell'eroina, non sono percepite, a livello sociale e culturale, come molto pericolose e portatrici di dipendenza, ma che nella realtà provocano problemi altrettanto seri, seppure spesso diversi.

Si è acuita la sensibilità verso problemi invero secolari, come l'alcoolismo, con la diminuzione della tolleranza, dell'accettazione e della compensazione sociale e quindi con la richiesta crescente di cura di questa dipendenza, così come si sono evidenziate in tutta la loro portata forme di dipendenza patologica da comportamenti d'abuso, come il gioco d'azzardo.

Per questa evoluzione del consumo di sostanze e di attenzione sociale alle forme di dipendenza da sostanze legali e da comportamenti, i Sert, dal problema unico della tossicodipendenza da eroina, si sono ritrovati a far fronte ad una problematica molto più vasta e complessa con lo stesso assetto organizzativo e con minori risorse.

AUMENTO DEI SERVIZI DI CONTRASTO DELLA DOMANDA

Nel 90 il Sert era l'unico servizio ufficialmente riconosciuto operante nel settore e ad esso sono state assegnate tutte le funzioni e le competenze operative, dalla prevenzione, alla cura e alla riabilitazione.

Già da alcuni anni erano attive diverse Comunità Terapeutiche, quasi tutte private, con alcune eccezioni di strutture gestite da Enti pubblici, che il DPR 309/90 ha formalizzato come Enti Ausiliari, istituendo un apposito Albo regionale al quale iscriversi per poter operare.

Non c'erano altri servizi o organizzazioni che operavano nel settore se non alcune organizzazioni di volontariato che di fatto gravitavano intorno alle comunità terapeutiche private, per cui il Sert era sulla carta e nelle cose il servizio centrale di riferimento del settore.

Con il progressivo diffondersi e aumentare del fenomeno e delle sue conseguenze e grazie alla istituzione del Fondo di Lotta alla Droga, progressivamente il numero, la varietà e la natura stessa dei soggetti che a vario titolo operano nel settore sono fortemente aumentati, per cui le comunità terapeutiche che nel frattempo

sono aumentate a tal punto da non avere riscontro in nessun altro paese europeo, da enti ausiliari sono diventati enti accreditati, con conseguente riconoscimento di autonomia e di abilità operativa nel settore di accreditamento; si sono costituite molte associazioni che operano in particolare nei luoghi di aggregazione giovanile e di divertimento, molte cooperative di tipo A e B, un numero significativo di unità di strada, e sono aumentate, seppure in modo non molto significativo, le strutture residenziali e semiresidenziali gestite dagli Enti pubblici; i comuni e gli enti locali in genere, con l'entrata in vigore del dlgs 328 hanno assunto un ruolo importante nella definizione delle politiche territoriali, nella progettazione in particolare delle azioni di prevenzione e di assistenza sociale, e nella gestione del ex Fondo di Lotta alla Droga transitato nel bilancio sociale indistinto; altre istituzioni e istituti di ricerca, come l'ISS, il CNR e in misura minore alcune Università, hanno attivato un consistente interesse in questo settore sino ad allora del tutto ignorato.

Gradualmente il Ser.T. da servizio unico, centrale, si è ritrovato ad operare insieme a molti altri servizi, strutturati su competenze e funzioni diverse, senza la possibilità, come invece sarebbe stato necessario, di valutare l'eventuale necessità di una ridefinizione di competenze non tanto rispetto alle funzioni programmatiche e di valutazione che sono specifiche e garantite dal Servizio Pubblico, quanto rispetto agli impegni operativi, nel frattempo fortemente aumentati con la diffusione del fenomeno, in ragione inversamente proporzionale al depauperamento delle risorse interne.

RAPPORTO UTENZA - PERSONALE

Un dato omogeneo e generalizzato che si è verificato dal '90 ad oggi è il raddoppio dell'utenza tossicodipendente in carico ai servizi, passata da 90.000 a 180.000, senza contare in questo numero gli alcolisti che ormai rappresentano circa un terzo dell'utenza complessiva.

Altrettanto in modo omogeneo e generalizzato non si è avuto un conseguente aumento di personale ma in molti casi addirittura una diminuzione.

Anche a causa della scarsa attenzione sociale che si ravviva per breve tempo solo in occasione di eventi eclatanti di rilievo nazionale e quindi dello scarso sostegno di cui i Sert godono, in questi anni, improntati ad una gestione rigorosamente economicistica della sanità, finalizzata al contenimento dei costi e alla razionalizzazione del sistema, i servizi territoriale e i Sert, in particolare, sono stati tra i più penalizzati all'interno delle ASL con riduzione di personale, riduzione del budget operativo e penalizzazioni organizzative.

Ciò ha voluto dire mettere mano ai processi di lavoro sotto una pressione tutta orientata alla diminuzione del personale e delle risorse in generale, piuttosto che a migliorare l'efficienza di alcune prestazioni e a valutarne l'efficacia che ne giustifica l'erogazione.

La verifica della quantità di personale in servizio presso i Sert (Rilevazione delle Attività nel Settore delle Tossicodipendenze – Anno 2005 - Ministero della Salute), confrontando la situazione del 2000 rispetto a quella del 2005, evidenzia che il personale addetto esclusivamente ai Sert è diminuito su tutte le figure professionali

e che tale riduzione è particolarmente grave nel caso degli psicologi e degli operatori socio-sanitari, mentre il personale addetto parzialmente è gravemente diminuito per i medici, invariato per gli psicologi e lievissimamente aumentato per le categorie “operatori socio-sanitari” e “amministrativi e personale di altro tipo”.

Nello stesso periodo di tempo la sola utenza tossicodipendente è quasi raddoppiata passando da 90.000 a 160.000 persone; ad esse vanno aggiunti circa 50.000 alcolisti.

Il calo numerico è solo parzialmente compensato dall’incremento delle figure assegnate “a tempo parziale”, che però rappresenta una spia del progressivo disinvestimento delle ASL, che utilizzano personale assegnato ai Sert per altre attività, e dalla tendenza, sempre più radicata in alcune Regioni, ad utilizzare operatori assunti su progetti a termine al posto del personale di ruolo che abbandona, per i più diversi motivi, il settore.

Questi professionisti sono caratterizzati da una forte precarietà, non possono garantire continuità lavorativa né il possesso di un’adeguata formazione; inoltre non sono, ovviamente, oggetto di particolari investimenti formativi ed organizzativi da parte dei Servizi.

E’ una costante emorragia che continua in modo inversamente proporzionale all’aumento costante dell’utenza e che rende sempre più difficoltoso operare e garantire un’adeguata qualità degli interventi.

Parallelamente al depauperamento del personale, si è avuta, con il passaggio del Fondo di Lotta alla Droga al bilancio sociale indistinto, una consistente diminuzione della quota assegnata al settore, in alcune Regioni più che dimezzata, quota che in assenza di appositi provvedimenti correttivi sembra non solo destinata a calare sempre di più ma ad essere utilizzata solo per progetti di specifico carattere sociale senza alcuna valenza sanitaria, fatto che ovviamente penalizza ulteriormente le possibilità di sperimentazione e di ricerca da parte dei Sert.

I PROBLEMI

L’immobilismo organizzativo di fronte ai cambiamenti sopra enunciati associato alla mancanza di governo e di programmazione del settore hanno determinato nei Sert, intesi come unità operative prevalentemente distrettuali, una serie di problemi che se non adeguatamente affrontati, con decisione e tempestività, rischiano di invalidare la stessa funzione dei servizi e di mettere in discussione la loro stessa esistenza.

SQUILIBRIO TRA RISORSE E COMPETENZE OPERATIVE

C’è ormai una sperequazione insanabile tra competenze e funzioni dei Sert, come singole unità operative, e le risorse di personale presenti.

Le problematiche che il servizio è chiamato ad affrontare sono estremamente vaste e diversificate, dalla tossicodipendenza da eroina all’alcolismo, dal consumo e dalla dipendenza da cocaina al consumo e all’abuso di tutte le altre sostanze psicoattive, legali e illegali presenti sul mercato, ai comportamenti di abuso, così come sono estremamente vasti e diversificati gli interventi previsti da quelli preventivi a quelli curativi, dalla riduzione del danno al reinserimento sociale; a tutto

questo vanno aggiunti gli obblighi legali dalla certificazione alle relazioni per i magistrati, ai trattamenti previsti per legge e, da ultimo, gli interventi per i lavoratori appartenenti alle categorie a rischio, che vengono identificati positivi per il consumo di sostanze stupefacenti legali ed illegali.

Le problematiche e gli interventi richiesti sono tali che richiederebbero un numero di operatori che nessuna singola sede Sert ha o può obiettivamente sperare di avere, stante la situazione finanziaria del sistema sanitario nazionale, ma anche una versatilità organizzativa e una capacità e una formazione professionale che sono difficilmente riscontrabili nella realtà attuale ed è davvero arduo pensare di poterle avere all'interno di una singola Unità Operativa.

La sperequazione tra competenze, funzioni e risorse di personale presenti è fortemente accentuata dal fatto che nell'organizzazione corrente dei servizi all'interno del proprio territorio di competenza, che nelle ASL medio grandi coincide con il territorio di un distretto sanitario, le sedi Sert sono del tutto autonome e responsabili in toto delle attività, per cui esse, qualunque sia la propria dotazione di personale e di risorse devono o, meglio, dovrebbero garantire le stesse prestazioni e, in teoria, lo stesso livello qualitativo di intervento.

In sostanza le sedi dei Sert, composte da tre, quattro o cinque operatori, e ce ne sono molte sparse un po' in tutte le Regioni, hanno gli stessi settori di intervento, gli stessi obblighi nei confronti dei cittadini dei Sert con trenta e più operatori.

Questo definisce di per se una reale impossibilità evidenziando come in questo modo si verifichi una penalizzazione di diritti e di possibilità per i cittadini che abitano in zone poche servite; penalizzazione accentuata dal fatto che per i tossicodipendenti, unico caso, non è prevista la cosiddetta compensazione sanitaria che si attua quando si viene curati in zone diverse dalla propria di residenza, per cui essi sono rigorosamente ancorati al proprio servizio territoriale senza possibilità reale di curarsi dove meglio credono o dove ritengono di avere più garanzie.

Posta l'indispensabilità di un potenziamento delle risorse di personale, perché è impensabile che un servizio possa funzionare e garantire un minimo di varietà e di qualità di interventi con solo tre operatori e perché ormai tutta la letteratura scientifica di settore dimostra la necessità di un lavoro multidisciplinare integrato se si vogliono ottenere risultati apprezzabili nel contrasto della dipendenza, va preso atto che oggi la realtà in cui si muovono i servizi, il campo di interesse e i compiti da affrontare sono molto diversi dal 1990, per cui necessita una revisione organizzativa e di rapporti del tutto aderente alla situazione attuale.

Il Sert, pur nel suo insostituibile ruolo, non è più l'unico servizio ufficialmente riconosciuto presente sul territorio, ma sono presenti molte comunità terapeutiche accreditate per svolgere funzioni diversificate, e molte organizzazioni, che pur non accreditate, operano prevalentemente con fondi pubblici attuando interventi sul territorio, che i Sert, per carenze di risorse, non riescono a garantire.

Queste presenze richiedono un diverso modo di rapportarsi, un coordinamento stretto tra di loro, la costituzione di un sistema in cui ognuno è parte, con compiti precisi e definiti dal governo del sistema e non solo dalle proprie specificità di servizio.

Il Sert, come sede operativa al livello distrettuale, quindi, in questo quadro, non è più il servizio unico in cui si concentrano tutte le competenze e tutte le funzioni, ma un componente garante del sistema, con funzioni non delegabili, definite dal governo del sistema in ragione, delle priorità operative a livello territoriale, delle risorse interne disponibili e della presenza di altri servizi, in grado di coprire le necessità territoriali.

Il concetto fondamentale su cui si basa il governo del sistema e la conseguente programmazione a livello territoriale è l'assunzione di responsabilità in conseguenza delle possibilità offerte dalle risorse messe a disposizione dai decisori, da chi ha il potere di scegliere e decidere le priorità e gli indirizzi.

Va ribaltata l'idea che le singole sedi dei Sert, sono chiamate a fare tutto di tutto e sono responsabili di ciò che non si fa, ma esse sono responsabili di ciò che il governo del sistema dichiara preventivamente che possono e devono fare con le risorse disponibili.

LA DOMANDA DEI CONSUMATORI NON TOSSICODIPENDENTI

L'uso e l'abuso di tante sostanze vecchie e nuove che sono state immesse pesantemente nel mercato nell'ultimo decennio in particolare, anche se molte di esse non danno dipendenza o non sono percepite come pericolose e nocive al pari dell'eroina, possono provocare problemi molto gravi o problemi che, non affrontati, possono incancrenire e diventare di difficile soluzione, o anche problemi passeggeri ma che determinano in chi li ha e in chi gli sta vicino sofferenze più o meno acute.

Tutte le sostanze psicoattive legali e illegali, hanno in se forti potenziali di rischio che possono manifestarsi in ogni momento, al primo uso o dopo anni di consumo.

Chi incorre in un problema a causa del consumo di sostanze e non è o non sente di essere in una stato di tossicodipendenza ha oggi il diritto e la possibilità di rivolgersi per aiuto ad un servizio?

In teoria sì e tutti i documenti di indirizzo, in particolare l'Accordo Stato Regioni del gennaio 1999, indicano nel Sert il servizio competente di riferimento.

Il problema è: oggi, il Sert, con l'attuale organizzazione è in grado, ha la possibilità e la capacità di intercettare la domanda di chi ha problemi a causa del consumo-abuso di droga ma non è né si sente tossicodipendente, o anche di chi lo è ma non si considera tale, e le persone in queste condizioni hanno la possibilità di esprimere una domanda di aiuto e di vederla soddisfatta?

I dati delle ultime Relazioni al Parlamento evidenziano un aumento progressivo di pazienti cocainomani e stabile, complessivamente intorno all'1% per tutte le altre sostanze, esclusa la cannabis che da anni si mantiene intorno all'8-9%.

Ma se si confrontano i dati italiani con quelli degli altri paesi dell'Unione Europea si può vedere che in Italia le percentuali di soggetti non eroinomani che si rivolgono ai servizi è molto più bassa, fatta eccezione per la Grecia.

Sert è l'acronimo di servizio tossicodipendenze; esso nel nome indica la problematica di cui si occupa e a chi si rivolge, per cui per farvi riferimento bisogna che la persona sia e si senta tossicodipendente.

Tutte le ricerche concordano nel rilevare che i giovani, in particolare, rifiutano una identificazione con il tossicodipendente ed è notorio come il termine e il concetto di tossicodipendente sia connotato di forte negatività, per cui chiunque, prima di riconoscersi in quello stato o prima di fare riferimento ad un servizio così fortemente caratterizzato dal punto di vista sintomatologico opera negazioni, o tenta altre strade a meno che non vi sia costretto.

Anche in questo caso si tratta di creare le condizioni per poter intercettare una domanda oggi spesso inesprimibile, per dare la possibilità di chiedere aiuto senza doversi prima identificare in uno stato o una condizione, approntando sedi, luoghi e orari idonei e separati e dotandosi di offerte adeguate alla problematica.

LA DIVERSIFICAZIONE DELL'UTENZA

Creare le condizioni per intercettare la domanda di chi non è o non si sente tossicodipendente significa innanzi tutto essere in grado di differenziare le offerte in modo chiaro e immediatamente visibile.

Il problema non si pone solo per i consumatori non tossicodipendenti.

Nel '90 l'attenzione e l'interesse, come detto, erano totalmente centrati sul problema della tossicodipendenza da eroina, e la domanda di presa in carico per cura era formulata essenzialmente da tossicodipendenti giovani o relativamente giovani, con pochi anni di dipendenza alle spalle e con pochi o nessun percorso di cura già effettuato e non portato a termine con esito positivo.

Oggi a distanza di circa 20 anni la popolazione dei tossicodipendenti è molto più composita, con un'età media decisamente più elevata, con persone adulte quando non anziane, sposati con figli grandi, con venti o trenta anni di dipendenza alle spalle e decine di percorsi terapeutici, ambulatori e comunitari, non riusciti positivamente alle spalle, persone che non chiedono più immediatamente o in prima istanza di risolvere la loro dipendenza e persone per le quali non sono proponibili o riproponibili le stesse offerte da parte dei servizi.

Volendo distinguere in categorie abbastanza grossolane la domanda prevalente oggi presente da parte di chi consuma o abusa di sostanze si può parlare di persone che non sono né si sentono tossicodipendenti ma che hanno problemi a causa del consumo di sostanze, di tossicodipendenti che chiedono, anche se in modo contraddittorio, di potersi curare e risolvere la loro dipendenza e che hanno un buon grado di capacità di perseguire l'astinenza e il mantenimento della stessa, e persone che per l'intensità e la durata della propria storia di tossicodipendenza, per i molti tentativi fatti e non riusciti, chiedono che ci si prenda cura di loro, di poter condurre una vita il più accettabile, compensata e dignitosa possibile, di non farsi eccessivamente male, senza porsi nell'immediato alcuna illusione di risoluzione della dipendenza.

E' del tutto ovvio, e la prassi quotidiana, oltre alla letteratura, lo dimostra chiaramente, che queste categorie di persone hanno bisogno di offerte e di risposte diversificate, per cui il problema vero sul quale i decisori e gli addetti ai lavori devono interrogarsi e risolvere è se queste offerte devono essere disponibili in ogni ambito territoriale e se possono essere concentrate in un unico punto o se invece oltre che garantirle bisogna proporle in luoghi anche fisicamente diversi.

Molti Sert, seppure con le difficoltà dovute alla scarsità delle risorse interne e al crescente aumento della domanda di aiuto, cercano di rispondere, meglio che possono, a tutte le domande di aiuto che ricevono, cercando di non selezionare e non negare alcuna offerta, dal momento che questo è nella mission generale costitutiva del servizio.

Molti Sert, invece, hanno definito offerte specifiche o prevalenti, a volte come risposte ai bisogni più specifici del territorio in cui operano, ma più spesso sulla base degli interessi e della versatilità degli operatori interni al servizio.

Per questo oggi si hanno servizi che si dedicano in modo prevalente alla attività di prevenzione, servizi che hanno affinato interventi quasi esclusivi di riduzione del danno, servizi che hanno difficoltà ad usare adeguatamente i farmaci e servizi in cui la somministrazione dei farmaci agonisti è l'offerta prevalente se non unica, servizi interessati prioritariamente all'alcoolismo e servizi che hanno sviluppato competenze sul gioco d'azzardo.

Dal momento che i servizi che hanno definito offerte specifiche o prevalenti sono abbastanza diffusi, spesso presenti nella stessa azienda sanitaria e confinanti tra loro, se opportunamente governato questo potrebbe già prefigurarsi come il sistema pubblico, interno all'ASL, che differenzia le offerte, con l'accortezza che delle offerte così differenziate possano usufruire tutti i residenti del territorio aziendale superando il limite, ogni presente quasi dappertutto, di dover fare riferimento solo alla struttura di servizio operante nel proprio territorio di residenza.

Alle comunità terapeutiche da tempo si chiede di differenziare le offerte e di specializzare le proprie sedi, non accogliendo in modo indifferenziato, ma selezionando secondo la condizione e i bisogni della persona.

Ai Sert va richiesta la stessa cosa dal momento che i problemi sono in pratica gli stessi, che nessuna organizzazione può pensare di affrontare problemi complessi e vari in modo semplice e indifferenziato e che i consumatori e i tossicodipendenti dovrebbero potere disporre, come tutti gli altri cittadini, dell'accesso a servizi adatti ai loro bisogni, indipendentemente dall'età, dal genere, dall'origine etnica e geografica e dalla loro posizione sociale.

Per questo, dal momento che non è immaginabile che un Sert, specie quelli piccoli, possa da sé ambire ad erigersi a sistema curante esaustivo, per permettere la formazione di gruppi operativi stabili ed interprofessionali di un numero tale da non presentare uno stato di crisi ad ogni assenza di personale occorre l'accorpamento in ambito almeno di ASL e poi la disarticolazione in sottogruppi incaricati di progetti specifici vincolati all'interno della pianificazione della struttura organizzativa, funzionale, di coordinamento.

LA DIAGNOSI MULTIDISCIPLINARE

La carenza di personale, la sempre maggiore sproporzione tra utenza in carico e operatori in servizio, l'aumento di personale precario, a termine, quindi poco o niente affatto formato a scapito del personale stabile e formato, la perdita progressiva di alcune figure professionali come psicologi e assistenti sociali, non sono solo un dato statistico ma hanno ricadute pesantissime sulla qualità e anche solo sulla possibilità di trattamenti idonei, personalizzati e finalizzati.

Un rilevazione, condotta per conto del Ministero della Salute, in sei Regioni, su 36 Sert, solo nel 44% dei casi erano presenti tutte le figure professionali indicate come indispensabili dal DM 444.

La mancanza di figure professionali cardini e il numero ormai esorbitante di utenti in carico rendono a volte impossibili o molto difficoltosi i due processi fondamentali per un buon trattamento di cura: la diagnosi multidisciplinare e il conseguente trattamento multidisciplinare.

Dal momento che la tossicodipendenza può avere cause o concause di ordine biologico, medico, psichico o sociale e conseguenze ugualmente rilevanti dello stesso ordine, l'inquadramento diagnostico iniziale è la condizione imprescindibile per qualsiasi intervento finalizzato e congruo per i bisogni del paziente; senza di esso tutto diventa casuale.

La diagnosi, va ricordato, è un diritto per il cittadino che si rivolge ad un presidio sanitario per chiedere aiuto e un dovere per il servizio.

Da sempre gli operatori del Sert hanno rivendicato la prerogativa di fare diagnosi, indispensabile tra l'altro per poter certificare, ma questa prerogativa viene resa sempre più impraticabile per le difficili, a volte impossibili, condizioni di lavoro, negando di fatto diritti e rendendo opinabili molti interventi.

Ormai, proprio per queste oggettive condizioni di estrema difficoltà lavorativa, si tratta da un lato di richiamare costantemente i decisori a fornire le condizioni minimali per interventi qualitativamente accettabili dall'altra, all'interno dei servizi, qualunque assetto organizzativo si privilegi, di costruire le condizioni perché l'osservazione e diagnosi sia una fase di lavoro ineludibile, dalla quale non solo non si possa prescindere, ma che non sia possibile evitare o baipassare: si tratta di definire organizzativamente un percorso di passaggio obbligato che rappresenti la prima parte di qualsiasi trattamento.

IL TRATTAMENTO MULTIDISCIPLINARE

Naturalmente, uguali difficoltà per la mancanza delle opportune figure professionali si ritrovano nella fase del trattamento.

Ogni pagina della letteratura scientifica di settore indica nella multidisciplinarietà il trattamento più adeguato ed efficace per gli stati di tossicodipendenza.

E' appena il caso di richiamare i fondamenti chiave per un buon trattamento:

1. Un professionista può incontrare e valutare un consumatore di sostanze solo se ha un livello adeguato di esperienza, di qualificazione e di competenza. La sua condotta si fonda su chiari criteri deontologici scritti.
2. Le valutazioni dei consumatori di sostanze devono essere sempre pluridisciplinari e multiassiali sia nel metodo sia nell'offerta per beneficiare di una vasta gamma di abilità e di competenze.
3. Lo sviluppo di un sistema integrato di cura è caldamente suggerito per guidare l'organizzazione e l'implementazione dei trattamenti erogati sia in forma diretta sia tramite agenzie dei fornitori.
4. Ci deve essere un professionista (case manager) che ha la responsabilità di accertare che le cure siano adeguate e fornite in modo coordinato.

5. La valutazione del consumatore di sostanze deve essere in un programma terapeutico, meglio se scritto, comunque con lui concordato.
6. Ogni servizio deve garantire che il consumatore di sostanze possa avere accesso, se necessario, a tutte le tipologie di prestazione di cui ha bisogno.
7. Ogni servizio già al proprio interno deve poter offrire più opzioni anche solo relativamente alla stessa tipologia di prestazione.
8. Ogni servizio deve garantire che le prestazioni affidate a fornitori esterni rispondano a precisi criteri di eleggibilità e siano sottoposti a test di verifica.
9. Ogni area di attività del servizio deve garantire che le proprie attività siano monitorate e valutate
10. I committenti devono accertarsi che all'interno dei programmi sanitario e sociale locali siano in funzione adeguati sistemi e processi per controllare lo sviluppo e l'efficacia dei percorsi integrati di cura.
11. Vanno sviluppati ed applicati dei metodi standardizzati di screening/triage e di valutazione
12. I consumatori di sostanze devono partecipare attivamente ai processi di valutazione e di trattamento.

Anche in questo caso, fermo restando la necessità del potenziamento di personale, si tratta da una parte di trovare forme organizzative più idonee per garantire un buon trattamento personalizzato e finalizzato, come la differenziazione delle offerte, dall'altra di ricercare rapporto con professionisti, come i medici di base, o servizi esterni che possono, con il loro intervento alleviare il carico di lavoro del Sert, in una rinnovata e praticata logica di rete.

Intanto vanno chiaramente denunciate le modalità organizzative presenti in diverse ASL, come le Unità di psicologia, e il passaggio in toto di tutti gli assistenti sociali ai servizi comunali, perché esse concretamente si risolvono in una svuotamento dei Sert di queste figure senza averne assolutamente nulla in cambio, come dimostrano tutte le esperienze sin qui attivate.

Ogni uscita dal servizio è una perdita non una razionalizzazione né un aumento potenziale di possibilità.

LA RETE INTERNA E ESTERNA

Come già detto, non è immaginabile che un Sert, specie quelli piccoli e nella situazione attuale in cui ogni servizio, a prescindere dalle risorse e dal territorio di competenza, ha gli stessi compiti e le stesse funzioni, possa da sé ambire ad erigersi a sistema curante esaustivo.

Un buon trattamento terapeutico, all'interno del servizio, prevede il concorso di più figure professionali, dal medico all'infermiere, dallo psicologo, all'assistente sociale, all'educatore con una forte necessità di coordinamento e cooperazione, ma esso molto spesso richiede un utilizzo o un concorso di risorse esterne al servizio per cui diventa indispensabile una soluzione organizzativa che comprenda la connessione al sociale pur offrendo anche risposte specialistiche, l'integrazione con il privato accreditato profit e no-profit, la relazione ai servizi di pronta accoglienza, a quelli residenziali e semiresidenziali, la collaborazione con i servizi specialistici territoriali e ospedalieri.

Ma ugualmente sia l'attività clinica che l'attività esterna al servizio non può prescindere dalla presenza di svariati soggetti e servizi che a vario titolo operano nel settore, come ad esempio i medici di famiglia, le unità di strada, i drop in, le associazioni impegnate principalmente nella riduzione dei rischi e nella prevenzione selettiva ecc, e che necessitano di un rapporto e di una collaborazione che può aumentare enormemente le potenzialità operative e nello stesso tempo sgravare il servizio di molto lavoro.

Il lavoro di rete diventa indispensabile quando ci sono soggetti diversi che operano sulla stessa persona o nello stesso settore perché la presenza di professionisti o di servizi diversi può rappresentare una opportunità, un arricchimento di risorse, una grande potenzialità positiva; al contrario, se il lavoro di rete non è opportunamente curato e senza una precisa attività in tal senso la presenza di professionisti o di servizi diversi può essere motivo di conflitto, il più delle volte distruttivo, di spreco di energie e di perdita di risorse.

La presenza di professioni e professionisti diversi, di servizi affini o complementari, la costituzione di un sistema locale di servizi definiscono la necessità che il lavoro di rete diventi prioritario e assolutamente curato e perseguito, dedicando ad esso le risorse e il tempo necessario.

D'altronde costruire una rete con soggetti presenti nel proprio territorio di competenza, come i medici di famiglia, i farmacisti, alcuni servizi comunali ecc significa la possibilità concreta di alleviare il peso e la pressione dell'utenza sul Sert.

LA CONFLITTUALITÀ INTERNA

Un rischio per l'operatività del servizio e per lo svolgimento di un corretto trattamento multidisciplinare è dato dal possibile insorgere di una conflittualità interna tra gli operatori di diverse professionalità, rischio che richiede attenzione, attenta direzione e opportuni accorgimenti organizzativi.

Il Sert rappresenta un luogo di incontro di culture e formazioni professionali profondamente diverse (medici, psicologi, assistenti sociali, educatori, sociologi, infermieri, amministrativi), chiamate a confrontarsi tra loro, a lavorare "insieme", sullo stesso soggetto, ad affrontare un problema relativamente "nuovo" e non contemplato nella formazione curriculare.

Negli studi curriculari delle professioni presenti al Sert non vi è un solo esame sulla tossicodipendenza, gli psicologi sono educati ad instaurare e mantenere un setting rigoroso con i propri pazienti, cosa quasi impossibile con i tossicodipendenti, i medici sono abituati il più delle volte alla passività del paziente, non certo alla contrattazione dei farmaci o alle indicazioni terapeutiche da parte del paziente stesso, e ad operare su chi ha desiderio e dimostra voglia di "guarire", su chi segue attentamente le indicazioni e le prescrizioni, le assistenti sociali sono allenate ad operare su bisogni oggettivi e su dinamiche sociali più che su bisogni soggettivi e dinamiche interpersonali, la cultura lavorativa di questi professionisti e dei servizi in cui essi tradizionalmente operano è quasi esclusivamente di tipo monoprofessionale quando non individualistica.

Lavorare insieme con altri è obiettivamente difficile.

Occorrono pazienza, capacità di mediazione, di ascolto, di confronto, una cultura della cooperazione, un discreto senso del limite, una condivisione e una comunanza degli obiettivi.

Non sempre si posseggono queste doti, per cui alcuni fanno più fatica di altri.

La difficoltà di lavorare assieme è accentuata e aggravata dal fatto che non sempre il lavoro al Sert rappresenta una precisa scelta professionale, ma spesso viene accettato come possibilità di impiego, quindi senza una conoscenza o una consapevolezza delle caratteristiche, dei bisogni e delle specificità del settore, con conseguente disorientamento e difficoltà di adattamento.

Queste difficoltà per essere contenute e risolte vanno governate con attenzione specifica da parte chi ha la responsabilità del gruppo di lavoro e con strumenti adeguati come la formazione di servizio rivolta alle condizioni di base indispensabili, al modo e alle possibilità per lavorare insieme e la supervisione del gruppo di lavoro sulla sua funzionalità e sugli aspetti organizzativi del servizio, entrambe molto rare perché la prima riguarda prevalentemente temi professionali e tecnici, la seconda, le poche volte che c'è, riguarda quasi esclusivamente la clinica.

Purtroppo da più parti la difficoltà del lavoro interdisciplinare, di operatori con curriculum professionale e cultura lavorativa molto diversi tra loro è stata spesso sottovalutata così che in diversi servizi si è ormai instaurata una conflittualità che rende molto difficile un lavoro congiunto e un confronto sia clinico che organizzativo.

E' questa una situazione che si ritrova soprattutto laddove la leadership del servizio non coincide con la responsabilità del servizio stesso.

Dal momento che quando si instaura un preoccupante livello di conflittualità non si può sperare che essa si risolva da sola è innanzi tutto indispensabile riconoscere la presenza del problema e i suoi contenuti e quindi, attraverso opportune soluzioni organizzative, come la mobilità interna ai Sert della stessa Azienda, attivare provvedimenti che possibilmente non penalizzino ma semmai esaltino le capacità professionali di chi vi è invischiato.

LA SODDISFAZIONE DEGLI OPERATORI

Esaltare le capacità professionali di chi si ritrova immerso in conflitti paralizzanti e distruttivi significa affrontare concretamente il problema della soddisfazione lavorativa degli operatori.

Per molto tempo e in qualche misura ancora adesso, è circolato lo stereotipo del Sert come servizio di serie B, con scarse o nulle gratificazioni professionali e senza possibilità concreta di carriera, che come tutti gli stereotipi è ampiamente riduttivo e fuorviante, quando non falso, così come era diffusa la convinzione che in questo servizio fosse molto alto il burn-out, in particolare da parte di alcune figure professionali, come i medici.

Da una ricerca condotta per conto del Ministero del Lavoro nei servizi di quattro regioni si è riscontrato che in realtà il burn-out degli operatori è del tutto in linea, se non inferiore a quello di altri servizi socio sanitari, mentre l'insoddisfazione degli operatori è anche essa in media con gli altri settori operativi ed è imputata principalmente ad una carenza di formazione e a un deficit di organizzazione interna.

Nella situazione attuale, in cui, in Italia in genere, è quasi impossibile la mobilità del lavoro se non tramite licenziamento, anche per carenza di cultura specifica, al contrario ad esempio degli Stati Uniti, è davvero difficile pensare di poter risolvere il problema all'interno dei singoli servizi, così come sono organizzati e strutturati.

Ma il campo di lavoro nelle dipendenze è molto vasto, vario e diversificato, con possibilità operative anche molto diverse tra loro, per cui potenzialmente è un campo che può permettere, nei limiti del possibile, a ciascuno di trovare e svolgere l'attività per la quale si sente più portato e che è più vicina ai propri interessi.

Si tratta di nuovo di ripensare all'organizzazione dei servizi e a creare le condizioni per permettere agli operatori di poter cambiare senza eccessivi rischi e nello stesso tempo soddisfacendo i propri interessi professionali.

LA PROPOSTA

I problemi sopra descritti sono tutti presenti, alcuni in forma generalizzata, altri a macchia di leopardo, spesso compresenti, e se lasciati a se stessi e non adeguatamente affrontati, rischiano, in tempi non lunghi, di invalidare la stessa funzione dei servizi e di mettere in discussione la loro stessa esistenza.

Oggi a distanza di 18 anni dall'istituzione ufficiale dei Sert e a circa 30 dall'inizio dell'attività dei servizi in questo settore, in una realtà profondamente mutata, è diventata improcrastinabile la necessità di ripensare l'organizzazione dei servizi, facendo tesoro dell'esperienza accumulata e dei problemi evidenziatisi, e di ridefinire ruolo, competenze e funzioni, all'interno di un sistema complesso che va ordinato e governato.

La tendenza, ormai di quasi tutte le Regioni, di far coincidere il territorio delle ASL con quello provinciale, quando non sovraprovinciale, permette due possibili soluzioni organizzative interne, che rispondono alle stesse esigenze e che non solo non determinano alcuno stravolgimento rispetto alla storia e alla cultura dei Ser.T. ma rappresentano un enorme accrescimento delle potenzialità operative e di razionalizzazione delle risorse; l'adozione del modello organizzativo dipartimentale, così come previsto dall'Accordo Stato Regioni del '99, di tipo gestionale o l'unificazione formale e sostanziale dei Sert presenti nel territorio aziendale in un'unica organizzazione di servizio complessa, che a sua volta si articola in unità complesse o semplici secondo l'ampiezza dell'area di competenza e la portata delle funzioni; in sostanza o un Dipartimento interno di tipo gestionale o un unico Sert, tenendo ovviamente presente, in questo caso, le specificità di alcune aree come ad esempio quelle metropolitane.

Entrambe queste soluzioni permettono la realizzazione di un modello organizzativo, sul tipo dei policlinici, in cui un unico ente gestionale e programmatico, dotato di budget proprio, sovrintende a tanti reparti diversi e in sedi autonome, ma intercomunicanti tra loro e consentono un reale potere esercitabile e da esercitare da parte del responsabile per la soluzione dei problemi di settore.

Va evidenziato che organizzativamente il Dipartimento gestionale delle Dipendenze Patologiche e il Sert unico aziendale non sono alternativi tra loro ma

possono essere due aspetti dell'organizzazione del settore compresenti nella stessa ASL, come dimostrano positivamente alcune esperienze presenti sul territorio nazionale.

Sia un Dipartimento gestionale, che un unico Sert Aziendale, con più sedi operative hanno entrambi concretamente la possibilità di differenziare le offerte specializzando le diverse unità operative.

Più sedi operative e una disponibilità di risorse di personale gestibile in modo più flessibile, permettono di intercettare e accogliere la domanda di aiuto di coloro che non sono o non si sentono tossicodipendenti e che per questo non fanno riferimento all'attuale Sert, approntando una sede specifica, con un nome che non richiama immediatamente una sintomatologia patologica; permettono altresì di differenziare sedi e offerte per i tossicodipendenti che chiedono, anche se in modo contraddittorio, di potersi curare e risolvere la loro dipendenza, e per le persone che per l'intensità e la durata della propria storia di tossicodipendente, per i molti tentativi fatti e non riusciti sia di trattamenti ambulatoriali che comunitari, chiedono giustamente di essere presi in cura, di poter condurre una vita il più accettabile, compensata e dignitosa possibile, di non farsi eccessivamente male, senza porsi nell'immediato alcuna illusione di risoluzione della dipendenza, ma non chiudendo la porta ad essa.

La separazione in sedi diverse di queste tipologie di consumatori e tossicodipendenti permette non solo di differenziare le offerte, rendendole più finalizzate e incisive, ma raggiunge il risultato auspicabile di una reale separazione "fisica", dal momento che è del tutto dimostrata e incontrovertibile l'influenza negativa che esercita, anche senza una precisa volontà, chi è sotto effetto di sostanza, o chi ne è in possesso o chi ne va in cerca, su chi, se non provocato, riuscirebbe, seppure a fatica, a starne lontano.

Un sistema di offerte differenziate e specialistiche all'interno della stessa organizzazione agevola molto il coordinamento e permette il passaggio in tempo reale da un'unità di offerta all'altra secondo i bisogni del momento riscontrati, l'evoluzione in positivo o negativo del paziente consumatore o tossicodipendente, le opportunità più adeguate.

Alla possibile obiezione che una organizzazione di questo tipo, rischia, in alcune zone, di rendere più difficoltoso il raggiungimento della sede di cura perché per alcuni la allontana e la rende più disagiata, va osservato che l'eventuale disagio è ampiamente compensato dalla migliore qualità e intensità dell'offerta, che gli assuntori di sostanze si ritrovano nelle stesse condizioni di tutti gli altri cittadini che raramente possono usufruire dei presidi di cura, soprattutto specialistici, sotto o vicino casa, e che i tossicodipendenti hanno dimostrato in questi anni di conoscere bene e apprezzare il significato e l'importanza per loro dei servizi, per cui è del tutto improponibile l'ipotesi di un loro abbandono a causa della collocazione della sede.

Sia un Dipartimento Gestionale per le Dipendenze Patologiche che un Sert unico con la possibilità di differenziare le offerte e di razionalizzare collocazione e attività degli operatori, permettono di affrontare e portare a soluzione il problema della diagnosi, il quale non è risolvibile con i richiami più o meno forti della sua

necessità, dal momento che è stato creato principalmente da condizioni di estrema difficoltà lavorativa, ma solo attraverso la costruzione di condizioni organizzative tale per cui la ricerca diagnostica diventa una fase di lavoro ineludibile.

Nella differenziazione delle offerte e nella specializzazione delle sedi operative va previsto un luogo che rappresenta la porta di ingresso del sistema locale dei servizi, quale che sia il punto o il presidio al quale si rivolge il tossicodipendente, in cui vengono convogliate tutte le domande iniziali e tutti i rientri dopo un tempo di assenza dal servizio significativo, che richiedono un nuovo inquadramento diagnostico; un luogo in cui presta servizio un gruppo di operatori multidisciplinari di grande esperienza, che cura tutte le fasi iniziali dell'intervento, dal tamponamento delle acuzie alla compensazione farmacologica per poter condurre con sufficiente compliance la ricerca diagnostica, che va svolta in tutte le dimensioni previste tramite colloqui, visite e esami laboratoristici; un luogo rigorosamente a termine, possibilmente non più di un mese, dal quale si passa nella sede specialistica per il trattamento, secondo i bisogni riscontrati al paziente; un luogo che oltre alla individuazione e conoscenza dei bisogni del paziente permette di distinguere con chiarezza e immediatamente le varie fasi dell'intervento, ciò che è intervento diagnostico da ciò che è trattamento finalizzato ad un esito condiviso, gli interventi tamponi per avere la possibilità di capire da quelli di cura vera e propria, di conoscere e rendersi consapevole delle proprie condizioni, delle proprie carenze, di ciò su cui intervenire e migliorare, dei tempi di trattamento.

Sono, ovviamente possibili altre forme organizzative che rispondono a queste esigenze, ma qualsiasi forma organizzativa interna si privilegi e si pratichi, essa deve soddisfare prioritariamente e imprescindibilmente l'esigenza dell'inquadramento diagnostico del paziente, condizione ineliminabile per qualsiasi intervento terapeutico finalizzato, personalizzato e di qualità.

Appartenere ad un Dipartimento gestionale o a un unico Sert aziendale, permette di poter utilizzare il personale secondo i bisogni ai quali si intendere rispondere e secondo le competenze professionali proprie di ciascuno, avendo la possibilità di utilizzare professionalità oggi altrimenti carenti in attività ritenute indispensabili e prioritari.

Rispetto alla diagnosi l'esempio più evidente è la possibilità di utilizzare sia gli psicologi che gli assistenti sociali, indispensabili per una valutazione multidisciplinare, oggi mancanti in diversi servizi

La possibilità di utilizzare il personale in luoghi di servizio diversi dall'attuale non va inteso come una forzatura, una prevaricazione di diritti, un non rispetto delle proprie esigenze, come si è portati a fare in una logica di staticità lavorativa di rifiuto di qualsiasi flessibilità, ma come un'opportunità, certamente per il settore che può così razionalizzare al meglio le risorse disponibili e dare risposte altrimenti impossibili, ma anche e soprattutto per i lavoratori stessi che vedono aumentare le occasioni di scelta professionale e possono optare per i settori verso i quali si sentono più portati e interessati e verso i quali sentono di avere più affinità.

E' soprattutto un modo per avere la possibilità di rispondere agli interessi degli operatori riducendo il più possibile le aree di insoddisfazione e dando, oltre che

dandosi, opportunità concrete di intervenire sui conflitti distruttivi, quando non sono più risolvibili all'interno, spostando o dando la possibilità di spostarsi a uno o tutti i contendenti nel conflitto.

In una logica di sistema, in cui si è parte e in cui non è più necessario garantire e fare tutto, comunque il Sert, all'interno dell'organizzazione dipartimentale o come organizzazione di servizio, mantiene per intero le prerogative dell'accogliimento di tutti coloro che chiedono aiuto senza selezione di sorta, della ricerca diagnostica e del trattamento ambulatoriale.

Essere all'interno del sistema locale di servizi significa che è il sistema nel suo complesso che deve garantire il più possibile il soddisfacimento dei bisogni territoriali e che ciò che l'organizzazione aziendale interna non è in grado di garantire per carenza di risorse o per deficit di competenze, di abilità o di costi, va acquistato da chi è riconosciuto e accreditato a tale compito; significa che il Sert non deve più, garantire tutto ed essere responsabile anche di ciò che obiettivamente non è in grado di fare, ma fermo restando alcune competenze indelegabili come la certificazione e tutti gli obblighi di ordine legale, la diagnosi e di conseguenza il trattamento, anche se quest'ultimo non da solo, il resto degli interventi siano essi di prevenzione o di riduzione del danno vanno determinati in relazione ai bisogni territoriali e alle risorse disponibili, garantendo ciò che il governo del sistema assegna come eseguibile in ragione delle risorse presenti.

Questa necessità, che è innanzi tutto di chiarezza e trasparenza, richiama ancora una volta l'indispensabilità di una puntuale programmazione territoriale, che attraverso l'individuazione e l'esame dei problemi presenti nella zona di competenza, definisca il fabbisogno di servizi utili per affrontare adeguatamente le problematiche, i quali vanno a costituire il sistema locale dei servizi chiamati a contrastare nelle varie forme la domanda di droga, e richiama l'indispensabilità di un vero governo del sistema per l'attribuzione delle competenze, per la razionalizzazione e l'allocazione delle risorse, per le scelte prioritarie, per la non sovrapposizione degli interventi, per dirimere eventuali contrasti.

Il governo del sistema locale dei servizi e l'azione di programmazione vanno sostenuti, come già evidenziato, mediante l'istituzione di un Osservatorio dipartimentale o di servizio con l'obiettivo di monitorare l'evoluzione di fenomeni clinici – sociali – penali – antropologici connessi all'uso di sostanze, e di fornire tutti gli elementi utili al programmatore per svolgere l'attività di valutazione del Sistema.

L'Osservatorio va garantito senza spostare risorse umane dalla funzione clinica a quella epidemiologica, cosa che può essere utile o indispensabile in fase sperimentale ma che, se funziona, va stabilizzata altrimenti si saprà tutto sui fenomeni ma non si sarà più in grado di intervenire con efficacia.

In conclusione va evidenziato che il dipartimento gestionale che riunisce i Sert presenti nel territorio aziendale, o il Sert unico aziendale, sono una parte, seppure la più consistente, del sistema locale dei servizi, e rappresentano la parte gestionale di cui l'Azienda Sanitaria si fa titolare e garante.

Il sistema locale dei servizi è un insieme più ampio e complesso di cui l'ASL, in quanto autorità sanitaria locale per la gestione e l'acquisto di servizi, deve farsi promotrice e garantirne operatività, funzionalità ed efficacia.

Qualunque soluzione organizzativa interna la direzione aziendale prescelga, essa deve tener conto e promuovere il sistema locale dei servizi, come specificità originale e ineludibile del settore connesso all'uso e all'abuso di sostanze, e di questo assumere la responsabilità e garantire la funzionalità.

In questo quadro è del tutto riduttiva e antitetica alle esigenze del settore la tendenza ad inglobare il settore dipendenze in altri dipartimenti aziendali.

RISORSE FINANZIARIE E PERSONALE

Intervenire sull'organizzazione dei servizi per renderli più adeguati e maggiormente incidenti di fronte alla evoluzione del fenomeno e per razionalizzare le risorse esistenti è ormai indispensabile e improcrastinabile, ma purtroppo non sufficiente considerata la ormai abissale discrepanza tra numerosità dell'utenza dei servizi, competenze lavorative e problematicità da affrontare e le risorse presenti e disponibili, che si riducono sempre di più in proporzione e in assoluto.

Non è in alcun modo possibile lavorare solo con la buona volontà, così come non è possibile conseguire risultati apprezzabili in carenza sempre più accentuata di risorse, per cui associata alla riorganizzazione dei Sert si rende indispensabile la definizione di una quota di bilancio definita e congrua per la realizzazione della politica di settore e la gestione delle azioni necessarie.

In questi anni si è assistito ad un progressivo depauperamento delle risorse finanziarie destinate al settore e ciò che è peggio e del tutto senza controllo è che questo depauperamento ha trovato man mano maggiore accentuazione nel passaggio dal livello centrale, a quello regionale, a quello della gestione dei servizi nelle ASL, dove la discrezionalità dei direttori generali è massima, dove si verificano le disparità più evidenti, e dove spesso vi è un disconoscimento quasi totale della funzione sociale e sanitaria del settore e i servizi per le tossicodipendenze hanno avuto ed hanno sempre minor rilievo e considerazione.

Definire un vincolo di bilancio costante dallo Stato alle Regioni alle ASL significa dare certezze, continuità, rilievo e dignità al settore, un vincolo che si ritiene realisticamente debba attestarsi in non meno dell'1,8% del bilancio sanitario.

A questo proposito va rilevato che, a livello centrale dello Stato e in qualche misura anche delle Regioni, il settore potrebbe reperire risorse aggiuntive attraverso un prelievo minimo sulle attività e sul commercio che di fatto concorrono ad alimentare i problemi connessi alle dipendenze, come i casinò, le bevande alcoliche, il tabacco, i sequestri ecc., esattamente come avviene nei più avanzati Paesi europei.

Parallelamente alla definizione di un vincolo di bilancio, va fermata e invertita la corrente della riduzione progressiva del personale stabile e formato.

Non è certamente pensabile, nelle generali ristrettezze finanziarie nazionali e locali, che nel settore delle tossicodipendenze e dei suoi servizi si possa accedere alla spesa senza o con pochissimi vincoli, come richiederebbe il necessario potenziamento del personale, ma ciò che invece è pensabile e possibile, oltre che irrimandabile, è

integrare il naturale turn over nei Sert, con personale di uguale posizione contrattuale dal momento che ormai da tempo succede che gli operatori che per qualsiasi motivo abbandonano il lavoro non vengono sostituiti, con la conseguenza di una progressiva e insostenibile diminuzione del personale a fronte di un costante aumento dell'utenza e delle problematiche insite nel settore.

Va del tutto considerata la necessità di porre un freno alla precarizzazione selvaggia ormai in atto nei servizi in cui non solo non vengono sostituiti gli operatori che abbandonano, ma viene sempre più spesso utilizzato personale a contratto assunto su progetto, spesso senza alcuna formazione, personale, che non è in grado di garantire alcuna continuità e sul quale diventa difficile investire per una adeguata formazione, con la conseguenza logica di un abbassamento della qualità delle prestazioni.

Ormai esistono servizi in cui questo tipo di personale è prevalente con l'ovvia impossibilità a produrre cultura o interventi qualificati.

Questo aspetto è certamente uno dei più drammatici in cui si dibatte il sistema Sert, per cui oltre alla integrazione del turn over va prevista una stabilizzazione almeno del personale assunto nei progetti che hanno superato la fase della sperimentazione e che si sono dimostrati necessari per la funzionalità del settore.

MISSION

Nel quadro sopra descritto la mission del Sert può essere così ridelineata:

“Il Sert è un servizio dell'Azienda Sanitaria che agisce all'interno di un sistema di servizi diversi e diversificati che nell'ambito del proprio territorio di competenza operano nel campo del consumo e dell'abuso di sostanze stupefacenti e psicotrope legali e illegali e dei comportamenti d'abuso con azioni di prevenzione, cura, riabilitazione e riduzione del danno.

Il Sert, nel rispetto della normativa nazionale e in aderenza agli indirizzi regionali, all'interno del sistema dei servizi, in relazione alle proprie risorse, persegue gli obiettivi individuati e definiti dal governo del sistema, prioritariamente in ordine alle risposte poste dai bisogni individuali e collettivi delle persone che hanno problemi a causa del consumo e dell'abuso di sostanze stupefacenti e psicotrope legali e illegali e dei comportamenti d'abuso.

Il Sert è il servizio di riferimento che garantisce tutte le risposte di ordine legale, dalle certificazioni alle relazioni ufficiali e ai trattamenti imposti dalla normativa vigente.”

COMUNITA' TERAPEUTICHE

Le comunità terapeutiche hanno iniziato ad operare in Italia nel settore delle tossicodipendenze verso la fine degli anni settanta, in coincidenza con il graduale sviluppo dei servizi pubblici, allora CMAS.

Esse hanno avuto un rapida diffusione nei primi anni ottanta, soprattutto in quelle Regioni tradizionalmente più ricche e organizzate di servizi socio sanitari, e nelle quali era già molto sviluppata la rete dei servizi che con il 444/90 sarebbero diventati Sert.

La diffusione massima, coincidente in pratica con l'attuale presenza, si è avuta subito dopo l'emanazione del DPR 309/90, favorita sia dal riconoscimento legislativo che dall'istituzione del Fondo Nazionale di Lotta alla Droga e del Fondo CER, che hanno permesso l'uno l'avvio di nuove sperimentazioni e nuove esperienze, l'altro la ristrutturazioni di edifici spesso in disuso.

PARTICOLARITÀ ITALIANE

Le comunità terapeutiche in Italia hanno presentato e presentano alcune particolarità profondamente diverse dagli altri Paesi, sia europei che americani, che ne definiscono originalità e ricchezza, ma anche alcuni limiti.

SPINTA SOLIDARISTICA

Esse sono nate sulla base di una forte spinta solidaristica che ha visto in prima linea, in modo quasi esclusivo, i preti o gli uomini molto vicini alla Chiesa; percentualmente sono molto poche le comunità terapeutiche fondate e gestite da laici, così come sono poche quelle a gestione pubblica, concentrate in poche Regioni.

Questa spinta solidaristica ha fortemente favorito lo sviluppo e la capillarizzazione delle strutture, ma, soprattutto nei primi anni, non sempre ha agevolato la ricerca e il confronto in senso clinico o tecnico – scientifico e la professionalizzazione degli interventi e dei percorsi, con la conseguente negazione della dipendenza come malattia.

RICCHEZZA DI STRUTTURE

Lo sviluppo delle strutture ha portato l'Italia ad essere il Paese, al mondo, più ricco di comunità terapeutiche, tanto che oggi il numero di posti letto disponibili è superiore al numero complessivo presente nei Paesi europei nel loro insieme.

Va rilevato che la mancanza di programmazione pressochè generalizzata, sia a livello nazionale che regionale, ha determinato uno sviluppo e una presenza di comunità non omogenei nelle diverse Regioni, per cui ci sono territori particolarmente ricchi di strutture e al contrario territori carenti rispetto ad altri.

L'eccessiva presenza di strutture e di posti disponibili al loro interno, se non regolata e correttamente indirizzata, può rappresentare un problema, soprattutto in presenza di una contrazione delle richieste di inserimento.

Vi sono infatti Regioni che hanno nel proprio territorio una disponibilità di posti eccedente il numero complessivo di tossicodipendenti regionali che nell'anno sono inseriti in comunità terapeutiche.

Questo determina obiettivamente una forte potenzialità di crisi con rischio di chiusura delle strutture.

In una realtà di mercato concorrenziale, in cui i diversi soggetti operano a fine di lucro, la concorrenza e il rischio di chiusura per “mancanza di clienti” sono senza dubbio condizioni accettabili, ma in una realtà che non ha, non può, né deve avere nulla del mercato classico, in cui i soggetti impegnati svolgono un preciso servizio sociale, in cui centrale è l’aiuto alla persona sofferente e non il profitto economico, è del tutto inaccettabile che non vi siano parametri di riferimento, indicazioni di necessità e di priorità, linee di indirizzo, e che tutto sia lasciato al rischio di chi ritiene, in buona fede, di doversi impegnare per gli altri.

Va sottolineato che per quanto il privato che opera nelle dipendenze sia animato da forte spirito solidaristico, e non ha il profitto come obiettivo prioritario, comunque investe risorse economiche, impegno e tempo; in ogni caso la chiusura di una struttura significa perdita di posti di lavoro.

Le Regioni non possono continuare ad eludere ciò che è un loro preciso dovere istituzionale, e devono al più presto, ciascuna, definire il proprio fabbisogno interno, allo stesso modo in cui hanno definito, con i piani sanitari regionali, il fabbisogno ospedaliero in termini di strutture e di posti letto e di cliniche private, e il fabbisogno di servizi.

DURATA DEI TRATTAMENTI

Una particolarità del tutto originale, delle comunità terapeutiche italiane, è la durata del trattamento.

Mediamente nei Paesi anglosassoni e nord europei la durata dell’inserimento va da tre a sei mesi, con rarissime eccezioni di tempi più lunghi, previsti per singoli soggetti e non come programma di struttura; in Italia la durata del trattamento varia da un minimo di 18 mesi (rarissime le strutture che prevedono un programma intorno all’anno) a oltre trenta – trentasei mesi (in alcune non è previsto alcun termine).

Da subito la durata degli inserimenti in Italia si è attestata su tempo lunghi, ma questi sono stati ulteriormente dilatati verso la metà degli anni ottanta, quando le ricadute di coloro che terminavano i programmi incominciavano ad essere numerose ed evidenti, e invece di essere intese come possibilità insite nella patologia, venivano intese, tra le altre cose, come insufficienza di tempi di trattamento.

La discrepanza di durata tra le comunità terapeutiche italiane e quelle, ad esempio, del mondo anglosassone non è mai stata adeguatamente studiata e motivata, soprattutto in termini di risultati positivi per la risoluzione o la compensazione accettabile della dipendenza, che sono le cose principali che dovrebbero guidare e determinare l’agire e l’organizzazione delle strutture.

La durata del trattamento evidenzia sempre di più due problemi di tipo diverso ma in grado di avere ricadute molto negative sulle comunità terapeutiche.

In primo luogo la riduzione progressiva del budget a disposizione di ciascun servizio per gli inserimenti in Comunità, riduzione dovuta al restringimento complessivo delle risorse economiche in sanità e di conseguenza alla contrazione di risorse di cui usufruisce il settore.

Minore disponibilità economica significa per forza di cose, immediatamente, minori inserimenti, quindi meno persone in stato di bisogno in grado di usufruire di un servizio per loro necessario.

Le possibilità che hanno i servizi che propongono l'inserimento sono di ricercare strutture che offrono programmi terapeutici di minore durata, e, di interrompere i pagamenti quando i trattamenti si prolungano oltre il previsto; entrambe queste possibilità rispondono innanzi tutto a criteri meramente economici.

In secondo luogo la lunga durata di un trattamento è sempre meno apprezzata dai tossicodipendenti, i quali a torto o a ragione, hanno meno disponibilità a investire un tempo lungo per la cura e ad abbandonare il loro ambiente di vita, di relazioni e, per chi ce l'ha, di lavoro.

Rispetto agli anni ottanta ci sono due "tipologie" di tossicodipendenti molto diverse: da una parte i "vecchi" che hanno già fatto molti tentativi e percorsi di cura sia ambulatoriali che comunitari, e spesso, questi ultimi, completati, che non sono più disponibili a ripercorrere le stesse strade e ad investire lo stesso tempo lungo, già dimostratosi per loro incongruo, per cui richiedono modalità e tempi diversi di aiuto, e dall'altra i "nuovi" che per motivazioni, cultura e caratteristiche sono profondamente diversi da quelli del passato e che sono sempre meno disponibili a trattamenti residenziali di lunga durata, prova ne sia la sempre maggiore frequenza di interruzione dei programmi dopo tempi brevi o relativamente brevi.

Il rischio concreto è che la durata di un inserimento in comunità finisca per rappresentare un ostacolo di ordine economico ma più ancora psicologico, tale da creare uno sfasamento pericoloso tra offerta e domanda, così da determinare la chiusura di diverse strutture.

Vale davvero la pena di riconsiderare con molta attenzione il problema dei tempi di trattamento alla luce delle esperienze sin qui condotte, delle esperienze maturate in altri Paesi e della realtà in cui è evoluta la problematica della dipendenza da trenta anni fa ad oggi; riconsiderazione che può e deve essere fatta dai diretti interessati in quanto non è questo un problema che possa essere affrontato dal punto di vista normativo.

SIGNIFICATO DELL'INSERIMENTO

La durata dei trattamenti ha anche un'altra implicazione, se possibile, di ancora maggiore importanza soprattutto in una logica di sistema: un percorso in comunità terapeutica, un inserimento in struttura è un trattamento esaustivo, finale, che porta alla soluzione delle dipendenza, che non prevede altri tipi di intervento se non una forte attenzione alla cosiddetta fase di reinserimento sociale, o invece un inserimento in comunità terapeutica è un pezzo, una fase, del trattamento terapeutico complessivo, che ha momenti ambulatoriali, prima e dopo, e momento o momenti residenziali?

E' indubbio che la lunga durata, e a suo tempo l'allungamento del periodo, ha risposto e risponde ad una logica di esaustività del trattamento in comunità, trattamento che raccoglie e utilizza quanto già stato fatto, ma che non prevede interventi di altro tipo, siano essi ambulatoriali o di mutuo aiuto, una logica che

definisce la comunità terapeutica come lo strumento risolutivo del problema della dipendenza.

Una valutazione attenta delle esperienze di questi anni e l'utilizzo di una logica di sistema, in cui non c'è lo strumento o il servizio esaustivo ma un insieme di servizi collaboranti e ciascuno utile per la sua parte, in cui si assume il problema della dipendenza come complesso e non riducibile a semplificazioni e scorciatoie di onnipotenza, il problema della durata dei percorsi comunitari e dei trattamenti in generale siano essi residenziali o ambulatoriali, assume un'importanza fondamentale e può, se positivamente risolto, aprire nuove possibilità di cura e maggiori opportunità di inserimenti residenziali ad un numero molto più grande di tossicodipendenti.

ALBO DEGLI ENTI AUSILIARI E PRIMO ATTO D'INTESA

Sino all'emanazione del DPR 309/90 non c'era alcun tipo di inquadramento o riferimento normativo, che in qualche modo definisse natura, struttura e requisiti delle comunità terapeutiche.

Questo ha determinato non solo una pluralità di esperienze che, indubbiamente hanno rappresentato una ricchezza di opportunità, ma anche una notevole diversità di impostazione e di organizzazione, che è stata ed è particolarmente difficile ricondurre a parametri unitari e condivisi.

Il DPR 309/90 ha riconosciuto la presenza delle comunità terapeutiche come Enti Ausiliari, negando quindi in qualche modo una loro capacità autonoma, e demandando alle Regioni la definizione dei requisiti minimi essenziali per poter operare.

Le Regioni seppure con circa tre anni di ritardo, in accordo con il Ministero della Sanità, hanno definito i criteri per l'iscrizione agli Albi regionali, normando in particolare i requisiti essenziali per le strutture abitative e quelli del personale.

L'Atto d'Intesa Stato Regioni del 93 ha provocato fortissime reazioni e violentissime polemiche non solo e non tanto perché richiedeva di adeguarsi a criteri precisi, alcuni dei quali molto lontani dalla logica e dalla cultura di riferimento in particolare di alcune delle comunità più grandi e affermate, ma soprattutto perché esso è stato pensato e costruito senza alcun tipo di consultazione con i diretti interessati, disconoscendo quindi il significato steso della loro presenza, e perché nella maggior parte delle Regioni, è mancato qualsiasi tipo di confronto al momento del recepimento e dell'applicazione dell'Atto d'Intesa.

Tutta la vicenda del primo Atto d'Intesa, la sua costruzione, la sua applicazione e le polemiche che ne sono seguite, ha evidenziato una forte contraddizione che in realtà perduta tuttora: al contrario dei Sert, le comunità terapeutiche hanno goduto e godono, inalterato, del forte sostegno della società civile, dei mass media e dei politici, sia nazionali che locali; esse sembrano spesso essere l'unico riferimento e l'unica realtà operativa del settore, sicuramente l'unica riconosciuta, sui mass media, come valida e meritevole di considerazione, ma questo sostegno non si traduce affatto in uguale riconoscimento di partecipazione e consultazione nei tavoli decisionali, di adeguamento dei costi, di stabilizzazione del personale e delle esperienze.

Sono questi i problemi fondamentali per le comunità terapeutiche, che vanno affrontati e portati a soluzione se si vuole costruire un sistema di cura e di contrasto della domanda di droga davvero efficace ed efficiente.

IL SECONDO ATTO D'INTESA

Se l'Atto d'Intesa del 1993 è stato un documento di scarso respiro, che non ha aperto prospettive, limitandosi a normare l'esistente, che non ha riconosciuto un ruolo propositivo, da protagonista, né una capacità operativa al privato gestore di comunità terapeutiche, il secondo Atto d'Intesa dell'agosto 99 è stato di segno diametralmente opposto.

Innanzitutto è scaturito da una precisa indicazione della Conferenza Nazionale di Napoli, quindi dal complesso dei servizi e degli operatori, ha visto la partecipazione attiva dei rappresentanti delle comunità terapeutiche in ogni fase della sua elaborazione e la consultazione frequente con l'insieme degli enti gestori; ha tracciato una prospettiva nuova riconoscendo al privato esperienza, competenza, capacità operativa e pluralità di attività; ha definito la necessità di differenziare le offerte come risposta alla complessità della dipendenza e all'evoluzione del fenomeno; ha richiesto una revisione dei costi delle prestazioni in linea con i reali costi sostenuti; ha previsto la partecipazione ai tavoli di consultazione regionali in pari grado con i servizi pubblici; ha superato il concetto di Enti Ausiliari assegnando loro quello più congruo e corretto di Enti Accreditati.

A distanza di otto anni dalla sua emanazione, l'Atto d'Intesa è ancora molto lontano dall'essere uniformemente e completamente applicato.

Solo pochissime Regioni hanno sinora provveduto ad accreditare le strutture, e solo circa la metà di esse ha emanato i requisiti di accreditamento e definito le tipologie possibili, senza però, per nessuna di esse, indicare il fabbisogno.

DIFFERENZIAZIONE DELLE OFFERTE

Va riconosciuto al privato gestore delle comunità terapeutiche lo sforzo, culturale ed economico, pur in assenza di indicazioni e indirizzi precisi, di differenziare le offerte secondo quanto previsto dall'Atto d'Intesa.

Mentre sino alla fine degli anni novanta c'erano solo due tipologie di strutture, la terapeutica riabilitativa e la pedagogica riabilitativa, oggi è possibile, ad esempio, utilizzare comunità per tossicodipendenti con comorbilità psichiatrica, per mamme con bambini, di pronta accoglienza, per alternativa al carcere, per alcoolisti, per giocatori d'azzardo, per cocainomani, e da ultimo, per transessuali.

E' un notevole sforzo di differenziazione delle offerte certamente ancora insufficiente ma che se non indirizzato e lasciato alla pura iniziativa degli Enti può presentare un forte "rischio d'impresa" e pone indubbi problemi di contenuto.

Un rischio d'impresa si ha quando raccogliendo sollecitazioni e stimoli che provengono dal dibattito in corso e da richieste specifiche da parte di singoli servizi o singoli operatori si apre o si trasforma una struttura in senso specialistico, per rispondere ad una precisa tipologia di pazienti, senza sapere se il bacino di utenza verso il quale si rivolge la struttura è sufficientemente ampio da soddisfarne la recettività e senza sapere se nel frattempo sono in corso altre specializzazioni dello stesso tipo nel territorio circostante, regionale o interregionale; d'altronde non si può

richiedere ad Enti senza fine di lucro, impegnati a dare risposte di carattere sociale e sanitario di dotarsi o utilizzare agenzie di ricerca di mercato per attivare o trasformare una sede, così come fanno le grandi aziende commerciali.

In teoria, senza un governo del settore, senza una regolamentazione del sistema, può succedere che nella stessa Regione si aprano o si trasformino un alto numero di strutture, ad esempio per comorbidità psichiatrica, perché in questo senso è oggi orientato il dibattito, ma che il numero reale, diagnosticato, di coloro che ne hanno bisogno è decisamente ridotto, così può succedere di avviare una comunità di mamme con bambini perché in quel momento nel Sert vicino ci sono due o tre situazioni di bisogno che non prefigurano, però, in alcun modo una continuità nel tempo.

Nel momento in cui si chiede di differenziare le offerte dovrebbe essere obbligo per le Regioni, oltre che definire i requisiti, indicare il fabbisogno territoriale sulla base degli studi di settore, dei dati epidemiologici, dello sviluppo del fenomeno, del rilievo che si intende dare alla problematica, degli investimenti economici.

Non è in alcun modo giusto e corretto scaricare i rischi su chi si impegna a dare risposte a problemi sociali e sanitari di grande rilevanza, che altrimenti resterebbero inevasi, senza essere mosso da finalità di lucro, anzi già fortemente penalizzato nel versante economico.

Un problema di contenuto si ha per le tipologie di comunità che non hanno riscontro nella letteratura di settore né riferimenti esperienziali consolidati.

E' il caso, in particolare, per le comunità per alcoolisti e in generale per gli inserimenti in struttura di questi ultimi, dal momento che non si conoscono, sinora, esperienze in tal senso in altri Paesi, né si descrivono risultati apprezzabili con metodi diversi da quelli, ormai praticati da decenni e sviluppati in tutto il mondo dei gruppi di auto mutuo aiuto, siano essi Alcoolisti Anonimi o Club di Alcoolisti in Trattamento.

L'attivazione di comunità per alcoolisti, così come per cocainomani e per giocatori d'azzardo, proprio perché innovative e originali, richiede non solo un doveroso periodo di sperimentazione, condotto secondo i più rigorosi parametri, ma impone da una parte una precisa e dettagliata definizione dei requisiti, in particolare funzionali, e dei contenuti operativi, e dall'altra l'obbligo di illustrarne i risultati, sulla base degli obiettivi prefissati.

INADEGUATEZZA E SPEREQUAZIONE DEI COSTI

Lo sforzo compiuto e in atto da parte del privato di differenziare le offerte e specializzare le strutture, così come richiesto non solo dall'Atto d'Intesa ma dai servizi proponenti gli inserimenti e dalle naturali esigenze evolutive del settore, non è affatto sostenuto da un altrettanto riconoscimento dei costi sostenuti e dei costi delle prestazioni.

In primo luogo è assolutamente stridente la grande differenza dei costi delle prestazioni tra strutture analoghe di ambiti diversi di interventi come ad esempio le comunità psichiatriche che hanno costi doppi, quando non tripli rispetto a quelle per i tossicodipendenti, anche a fronte di requisiti pari se non superiori per queste ultime.

Le comunità terapeutiche per tossicodipendenti scontano fortemente le ripetute affermazioni che si tratta di attività di volontariato, fatte soprattutto nei primi anni,

ma tuttora ancora sostenute da alcuni dei personaggi più ascoltati del settore privato, quasi non fosse un'attività di servizio necessario, comunque pagata, e scontano la negazione operata ancora da molti della tossicodipendenza come malattia.

Tutto ciò, però, non giustifica in alcun modo la disparità di trattamento con altre strutture analoghe, disparità che ha pesanti ricadute negative sulla possibilità di sviluppare le comunità terapeutiche in senso professionale, di migliorare l'attività clinica, di garantire la qualità degli interventi.

Per certi versi ancora più stridente è l'estrema differenza dei costi nelle diverse Regioni a parità di requisiti e di contenuto.

Per citare alcuni esempi si rileva che il costo delle prestazioni giornaliere delle strutture pedagogiche riabilitative va da un minimo di 24,30 euro ad un massimo, esattamente il doppio, di 48,55; i costi per le strutture terapeutiche riabilitative vanno da un minimo di 37,66, inferiori ad alcuni di quelli per le pedagogiche riabilitative che richiedono requisiti soprattutto di personale inferiori, ad un massimo di 53,75; fortissima diversità c'è anche per le strutture per tossicodipendenti con comorbilità psichiatrica dove si va da 54 a 125 euro; un po' meno diversità c'è per le strutture che accolgono donne con bambini passando da 53,75 a 65,91 euro, mentre la diversità si accentua per le strutture di pronta accoglienza o centri crisi passando 49 a 86 euro.

Queste notevoli differenze tra le varie Regioni sono del tutto incomprensibili, ingiustificate e immotivate dal momento che i requisiti minimi di riferimento sono uguali per tutti, che le Regioni hanno adottato criteri assolutamente omogenei con differenze niente affatto significative, che i contratti del personale, che rappresenta la voce di costo più rilevante e incidente, sono uguali su tutto il territorio nazionale, e che la differenza di costo della vita, in particolare per il vitto, tra le varie Regioni è sempre meno rilevante e comunque poco incidente sul costo complessivo delle strutture.

Il passaggio delle competenze dallo Stato alle Regioni, non può in alcun modo significare arbitrio, sperequazione e penalizzazione per cui è del tutto necessario e urgente prevedere il riequilibrio e l'equiparazione dei costi delle prestazioni giornaliere delle comunità terapeutiche.

Il riequilibrio e l'equiparazione dei costi non è solo un fatto rivendicativo di ordine economico, del tutto sacrosanto, ma è soprattutto una necessità per le diverse implicazioni e ricadute che hanno i costi bassi sulla qualità degli interventi e sulla possibilità concreta di costruire un vero sistema locale di servizi.

In una realtà di costi così diversificata e rilevante, come hanno potuto amaramente verificare le comunità interessate, l'aumento delle cosiddette rette giornaliere in una data Regione può risultare tutt'altro che positivo se non accompagnato da un omogeneo aumento nelle altre Regioni, dal momento che la progressiva riduzione del budget dei Sert utilizzabile per gli inserimenti in comunità spinge a ricercare e privilegiare le strutture che offrono prestazioni a costi più bassi, oltre che con tempi più contenuti, a prescindere dalla qualità degli interventi e dalla vicinanza territoriale.

Naturalmente la spinta a ricercare, per forza di cose, i costi più bassi fa saltare qualsiasi prospettiva e qualsiasi ipotesi di sistema locale di intervento, di rapporto

stretto e coordinato tra servizi complementari protesi a comuni obiettivi, così come bisogna avere piena coscienza che a bassa retta può corrispondere solo una bassa o scarsa qualità e che non compensare in modo adeguato il lavoro svolto e costringere a trovare fondi con altri mezzi per portare avanti una mission di pubblica utilità significa di fatto un non riconoscimento del significato della presenza e della qualità del lavoro prodotto.

IL PERSONALE

Riconoscere rette adeguate e pagare le prestazioni in tempi congrui, al contrario di ciò che succede in molte, troppe Regioni in cui i tempi di pagamento si dilatano sino a superare i due anni, significa, anche per gli enti privati, dotarsi di personale professionalmente più formato e aderente alle necessità, molto più stabile e garantito con il conseguente aumento della qualità delle prestazioni effettuate.

Infatti, al pari dei Sert, anche le comunità terapeutiche vivono un grave problema relativo al personale, problema che si presenta sotto diversi aspetti: un forte turn over, di gran lunga superiore a quello presente nei Sert, dovuto sia ai contratti di riferimento che sono molto più bassi di quelli applicati in sanità, che alla perdurante precarietà, difficile da superare almeno sino a che la stessa struttura che garantisce il lavoro non si senta a sua volta garantita e stabile; i contratti bassi permettono l'assunzione solo di personale alle prime esperienze lavorative, quindi con scarsa formazione specifica, personale, che se non fortemente e intimamente motivato ricerca naturalmente e da subito occasioni lavorative economicamente più favorevoli; l'inadeguatezza delle rette riconosciute non permette di dotarsi di tutto il personale necessario per cui si è spesso costretti a lavorare sotto organico, con turni di lavoro molto pesanti, facendo il più possibile ricorso al volontariato, che per quanto estremamente meritevole e utile, non può mai sopperire alla carenza di professionisti formati e specificamente dedicati; la carenza di personale, infine, non permette di utilizzare a pieno il personale in servizio secondo la propria specifica professionalità, ma finisce per costringere a privilegiare prioritariamente, quando non esclusivamente, l'aspetto custodialistico, assistenziale e educativo.

LA SCELTA DELLE REGIONI

Il processo di accreditamento istituzionale accerta il possesso di requisiti di qualità da parte delle strutture e dei servizi che vi si sottopongono, quindi garantisce che gli interventi e le attività che vi si svolgono sono adeguati, di livello qualitativo sufficiente, utili a rispondere ai bisogni del territorio regionale.

Il processo di accreditamento istituzionale è definito e gestito dalle singole Regioni, che così come richiedono requisiti alti per garantire ai propri cittadini interventi di qualità, dovrebbero a loro volta riconoscere la necessità e garantire la permanenza e l'operatività dei servizi accreditati, alla stessa stregua di come viene fatta per le cliniche private, almeno sino a che non si evidenziano livelli qualitativi e di risultato insufficienti e insoddisfacenti.

Di nuovo questa necessità richiama l'obbligo di un definito indirizzo e di una precisa programmazione territoriale, ma soprattutto e immediatamente richiede, per il settore delle tossicodipendenze, di chiarire definitivamente un equivoco di fondo: se procedere alla costruzione di un sistema complementare e cooperante di servizi o se

lasciare che ognuno proceda per proprio conto, con le finalità e le modalità che più preferisce, senza curarsi delle sovrapposizioni, della concorrenzialità, dei risultati, del conflitto che si ingenera e si consuma.

LA CONFLITTUALITÀ

Il rapporto tra i servizi pubblici e i servizi privati, tra i Sert e le comunità terapeutiche, da subito, e in modo continuativo, si è configurato come conflittuale, a volte segnato da disprezzo reciproco, percorso da una diffusa disistima che non ha aiutato e non aiuta la collaborazione e cooperazione tra i soggetti.

I motivi di questa conflittualità sono sicuramente molti, primo fra tutti l'idea onnipotente che spesso pervade i diversi soggetti di essere esaustivi al problema e unici depositari di strumenti e pratiche adeguate alla sua risoluzione.

Sono motivi generali e locali, ma qui ciò che preme evidenziare è la presenza del conflitto che non aiuta ma penalizza sia i diretti interessati che soprattutto le persone bisognose di aiuto, proprio quelle persone per le quali i servizi stessi esistono e operano.

E' un conflitto, che al di là dei rapporti positivi che possono esserci localmente più tra singole persone che tra servizi, attraversa l'intero sistema dei servizi presente nel Paese e si presenta in modo più o meno accentuato secondo i momenti, le situazioni e i luoghi.

Il problema del rapporto tra i Sert e le comunità terapeutiche è stato posto con molta forza alla Conferenza di Napoli del 1997, dove è stata riconosciuta con chiarezza la pari dignità tra i diversi soggetti, che hanno ed esercitano funzioni diverse.

L'Accordo Stato Regioni sulla riforma dei servizi per le tossicodipendenze, in particolare con la proposta del dipartimento di tipo tecnico funzionale, e l'Atto d'Intesa del 99 con l'indicazione della costituzione di tavoli consultivi regionali e locali, hanno segnalato modalità e percorsi possibili per affrontare positivamente il problema e cercare di risolverlo.

In particolare in questi ultimi anni sono stati prodotti molti documenti tesi ad affermare la necessità di superare il conflitto e sono stati stipulati protocolli di collaborazione un po' tra tutte le associazioni presenti, senza però, concretamente, produrre risultati significativi e soprattutto evidenti.

Il problema è che si tratta di un conflitto che non è risolvibile con affermazioni di principio o con petizioni di intenti, ma solo con atti concreti, specificamente finalizzati, dopo avere riconosciuto e individuato la sua esistenza e essersi fatti consapevoli della necessità del suo reale superamento.

Atti concreti che non possono essere altro che istituzionali, in questo caso regionali, atti che definiscono un livello organizzativo e di rapporto tra servizi non solo basato sulla volontarietà ma su un organico sistema in cui sono chiare e definite funzioni e competenze di ciascuno e in cui viene inequivocabilmente affermato che il contrasto delle tossicodipendenze e più in generale della domanda di droga è ragionevolmente possibile solo con la collaborazione e cooperazione di soggetti diversi che nel loro insieme riescono a coprire e soddisfare i bisogni delle persone e i problemi posti dal fenomeno.

Il rapporto tra servizi nel settore delle dipendenze ha lo stesso valore e significato del rapporto tra professionalità diverse all'interno del Sert e si configura per questo in modo diverso e originale rispetto a tutti gli altri settori di intervento sanitario e sociale: come nel Sert sono presenti professionalità diverse per i diversi aspetti che concorrono in una persona tossicodipendente, e per ciò queste diverse professionalità sono chiamate ad operare tutte sullo stesso soggetto, così in un percorso di cura non si ha mai, o solo rarissimamente, una linearità che vede un inizio e una fine senza interruzioni all'interno di un unico servizio, ma c'è sempre un concorso attivo diretto o indiretto di più servizi di diverso tipo, che ciascuno per la propria parte hanno significato per la persona interessata.

Da questo punto di vista se si osservano i percorsi di cura, riusciti o non ancora esitati in modo positivo, di tossicodipendenti con una decina d'anni di rapporti con i servizi si può riscontrare che nella stragrande maggioranza dei casi sono intervenuti, spesso più volte, sia il Sert che le comunità terapeutiche, in una modalità definita porta girevole, proponendo comunque un rapporto non eludibile, dal momento che lo impone la stessa persona interessata.

Il rapporto tra servizi diversi, che, potenzialmente, concorrono all'interno di un percorso di cura, si configura quindi come necessario e perciò stesso delicato, bisognoso di attenzioni e cure specifiche, di nuovo di un governo attento e non lasciato al caso.

Le Regioni, tutte, per i compiti che sono loro propri, possono e devono affrontare il problema del rapporto tra i diversi servizi e indicare in modo concreto e possibilmente cogente la modalità come realizzarlo; in sostanza esse devono esplicitamente decidere se lasciare che il complesso dei servizi operi ciascuno per proprio conto e come meglio crede, favorendo un regime di concorrenza in cui ogni servizio è di fatto antagonista all'altro o se invece costituire un sistema regionale e locale cooperante e interagente, al di là del nome che si intende dare al contenitore del sistema.

LE POSSIBILI OPZIONI DEL PRIVATO

Qualora le Regioni, auspicabilmente decidano e procedano alla costruzione di un sistema complementare, cooperante e interagente, i servizi privati, che al contrario di quelli pubblici, conservano comunque una propria discrezionale possibilità di scelta, possono optare per almeno tre diverse soluzioni in relazione al proprio interesse e alla propria mission.

Essi, compatibilmente con il bisogno rilevato, possono decidere di aderire in toto al sistema locale; in questo caso partecipano a pieno titolo alle scelte, alla programmazione e alla progettazione locale; organizzano la loro attività e le loro risposte secondo le esigenze della zona di appartenenza e accolgono in modo pressochè esclusivo pazienti del territorio su cui opera il sistema locale d'intervento; sono in stretto rapporto operativo con gli altri servizi del sistema, che riconoscono loro sempre priorità e precedenza, a meno di una esplicita ed evidente inadeguatezza a rispondere a precisi bisogni; organizzano i contenuti del proprio operare secondo i bisogni prevalenti presenti a livello del proprio territorio, in stretto rapporto con gli

altri servizi, e concordano la personalizzazione dei percorsi secondo le risultanze diagnostiche.

Un sistema locale ha di massima un ambito territoriale coincidente con il territorio aziendale, per cui non sempre il proprio bacino d'utenza giustifica e permette la presenza di strutture specialistiche esclusivamente rispondenti ai bisogni locali, necessitando di bacini di utenza più ampi; in questo caso sarà la Regione ad indicare caratteristiche e numero di servizi che comunque operano, con la stessa logica locale, nell'ambito del sistema regionale.

Un sistema di questo tipo necessita di accordi di programma preventivi, con definizione di budget; ciò non significa in alcun modo garantire il vuoto per pieno e nello stesso tempo favorire gli interventi senza limiti e senza controlli di spesa, sistema ormai impensabile in qualsiasi settore.

Un sistema di servizi è innanzi tutto e sempre un sistema di regole concordate e condivise.

Il privato può scegliere di partecipare al sistema locale non nella sua interezza ma riservandosi un numero di posti per rispondere a richieste che provengono da fuori territorio sia esso provinciale o regionale.

Questo può avvenire per scelta autonoma o per surplus di disponibilità rispetto ai bisogni territoriali; in questo caso l'accordo di programma vale per la riserva di posti e di attività dedicate al sistema locale.

Il privato infine può scegliere di non aderire o di non riservare disponibilità specifiche al sistema locale, e di operare invece su richieste da qualsiasi parte esse provengono; in questo caso esso si pone fuori dagli accordi di programma e fonda la propria operatività sulla capacità attrattiva che riesce ad esercitare e sulle risposte che riesce a dare.

I NUCLEI OPERATIVI TOSSICODIPENDENZE

BREVE STORIA

Così come per i Sert, l'istituzione dei Nuclei Operativi per le Tossicodipendenze (NOT) nelle Prefetture, con la previsione di una specifica dotazione organica di assistenti sociali coordinatori presso il Ministero dell'Interno, è conseguente all'entrata in vigore del D.P.R. 309/90.

Il Testo Unico venne approvato in un clima di "emergenza", dopo un acceso dibattito che coinvolse sia il Parlamento che la società civile e in cui le forze politiche e l'opinione pubblica erano divise fra due esigenze, spesso espresse in contrapposti schieramenti: da un lato l'affermazione dell'illiceità del consumo di droghe e della conseguente necessità di un impianto sanzionatorio; dall'altro la volontà di offrire un sostegno ai consumatori di sostanze stupefacenti e di avvicinarli il più precocemente possibile ai servizi preposti alla cura.

In questo clima, la creazione dei NOT fu adottata come una soluzione di mediazione fra queste differenti istanze: pur sancendo il principio del "disvalore" dell'uso di sostanze stupefacenti e quindi della sanzionabilità di tale comportamento, il legislatore affiancò al prefetto la figura dell'assistente sociale con l'evidente intento di aggiungere una valenza preventiva e riabilitativa al procedimento amministrativo conseguente alla segnalazione delle forze di polizia.

La norma individuava quindi il ruolo specifico del NOT nell'affiancare ed assistere il prefetto in questa nuova competenza, che richiede di valutare ogni singola situazione che emerge dal colloquio conseguente alla segnalazione per detenzione di sostanze stupefacenti per uso personale (ART.75).

L'aspetto del colloquio, con la necessità di valutare e considerare ogni situazione singolarmente, ha rappresentato un'assoluta novità nell'ambito dei procedimenti amministrativi sanzionatori, considerando che oltre al generico obiettivo di "prevenire ulteriori violazioni" erano indicati obiettivi come quello dell'informazione sulle conseguenze connesse all'uso di sostanze stupefacenti e quello di favorire l'invio ai servizi territoriali per le tossicodipendenze e la successiva presa in carico delle persone che, in sede di colloquio, manifestavano problemi legati all'uso di sostanze.

Di notevole interesse era infine lo specifico richiamo ai soggetti minorenni, per i quali era indicato il coinvolgimento dei genitori nel colloquio e quindi nella definizione del procedimento amministrativo stesso.

Agli assistenti sociali del NOT veniva affidata esplicitamente la gestione dei rapporti con i servizi sociali e sanitari del territorio, in particolare per quanto riguardava gli invii e la verifica dello svolgimento dei programmi terapeutici svolti in alternativa alle sanzioni amministrative.

Lo specifico compito affidato ai NOT è dunque quello di coniugare la funzione del controllo, insita in un procedimento sanzionatorio che consegue ad un illecito, alla funzione dell'aiuto alle persone tossicodipendenti.

Con l'applicazione del dispositivo di legge dato dall'art. 75 del D.P.R. 309/90 è successivamente emerso, con tutta evidenza, che i NOT rappresentano anche un importante canale per giungere ad un'utenza altrimenti sommersa e sfuggente: consumatori di droghe immesse negli ultimi anni sul mercato, di cocaina, derivati della cannabis, poliassuntori, ossia la fascia dei consumatori, spesso apparentemente non problematica, nei confronti della quale è possibile ed utile ipotizzare azioni di prevenzione secondaria.

Infatti, sebbene i NOT fossero stati concepiti - così come tutto l'impianto del testo unico del 1990- in funzione di un utente tossicodipendente da oppiacei, l'evoluzione della realtà dei consumi di sostanze stupefacenti e psicotrope ha, col tempo, spostato sempre più la tipologia dei soggetti segnalati ai prefetti verso un consumatore diverso: mentre nei primissimi anni di applicazione dell'art. 75 buona parte delle segnalazioni pervenute dagli organi di polizia riguardavano consumatori di eroina, col passare del tempo alle prefetture sono pervenute sempre più segnalazioni riguardanti consumatori di sostanze diverse e che, comunque, non si identificavano con la definizione di tossicodipendenti, poichè il mutamento nel panorama dell'utilizzo di sostanze stupefacenti ha riguardato non tanto e non solo l'utilizzo di droghe di nuova immissione sul mercato bensì le modalità di assunzione delle sostanze stesse e la percezione che i consumatori hanno rispetto a tale uso.

In questo ambito i NOT hanno assunto ed ha nnoun ruolo molto importante, come avamposto del sistema dei servizi nel mondo del consumo di stupefacenti, che permette di monitorare in "tempo reale" i mutamenti nelle tipologie di consumatori.

I NOT hanno costituito e costituiscono uno stimolo costante per i Servizi nell'attrezzarsi ad affrontare il mutevole fenomeno del consumo di sostanze, contribuendo alla differenziazione nell'offerta dei servizi che è sempre più la strada da percorrere per fare fronte in modo efficace al crescente e multiforme fenomeno del consumo di sostanze.

L'imponente mole di dati a disposizione delle prefetture e la possibilità di attingere ad un costante monitoraggio del territorio per quanto riguarda i consumi di droghe, ha fatto emergere con chiarezza la necessità di potenziare il sistema delle rilevazioni e della elaborazione dei dati a livello nazionale, anche attraverso un'integrazione fra le attività di monitoraggio delle diverse Amministrazioni.

Nelle diverse realtà ove i NOT fanno parte di Osservatori Epidemiologici, emerge con tutta evidenza l'importanza del loro apporto, che ha permesso di intercettare con molto anticipo su quanto rilevato dai Sert i mutamenti dei consumi di sostanze stupefacenti sul territorio, quali ad esempio l'aumento dei consumi di cocaina, la ripresa dei consumi di eroina fumata da parte dei giovanissimi, la nuova utenza di consumatori ultra quarantenni non conosciuti dai servizi .

Il ruolo del NOT si inserisce dunque in un preciso dispositivo, che la normativa ha individuato mettendo in campo tre istituzioni, le Forze dell'Ordine, la Prefettura e i Sert, che se pur con mandati istituzionali diversi sono chiamati a far convergere le

loro azioni su un unico obiettivo, quello di accompagnare e favorire un processo di cambiamento nelle persone che fanno uso di sostanze stupefacenti.

Non avendo alcuna storia alle spalle, lo sforzo dei Nuclei Operativi è stato quello di dare corpo ad un'identità che, se da un punto di vista amministrativo e procedurale era chiaramente definito dal dettato normativo, sul piano dei contenuti era tutta da chiarire

TIPOLOGIA DELL' UTENZA

I colloqui svolti in applicazione dell'art. 75 permettono all'operatore, alle istituzioni, ai servizi di entrare in contatto con una tipologia di consumatori molto diversificata, sia in relazione al comportamento di consumo - tossicodipendente, consumatore ricreazionale, consumatore più o meno problematico, consumatore dipendente - che in relazione al grado di disponibilità al cambiamento.

Il dispositivo segnalazione-colloquio-provvedimento, messo in campo dall'art. 75 D.P.R. 309/90 permette dunque di raggiungere:

- un target che difficilmente viene intercettato da interventi di prevenzione rivolti alla generalità della popolazione giovanile, a seguito dei quali, raramente, emergono richieste di un contatto più diretto con Servizi per meglio elaborare situazioni di disagio. Tale dispositivo ha invece costituito una modalità efficace di aggancio precoce, a livello individuale e talvolta familiare, di situazioni problematiche, ma anche di semplici "sperimentatori" di varie età e appartenenze sociali.
- una tipologia di consumatori che, per alcune caratteristiche (alta percentuale di lavoratori con basso livello di scolarizzazione...) oltre ad essere difficilmente coinvolta da iniziative di carattere preventivo, spesso non ha l'opportunità di avere spazi/ Servizi in cui pensare, essere ascoltata o elaborare la consapevolezza delle proprie esperienze.
- il dispositivo della legge ha permesso inoltre di attivare un contatto diretto con le famiglie, in modo particolare per quanto riguarda i minori, offrendo uno spazio dove far emergere alcune problematiche che riguardano i vincoli familiari e favorendo il contatto con i servizi per i necessari approfondimenti.

LA RETE ISTITUZIONALE

Il dispositivo della legge che prevede l'intervento di controllo delle Forze dell'Ordine, il successivo colloquio in Prefettura e il contatto con il Ser.T. per l'attuazione di un programma (educativo-preventivo; terapeutico; socio-riabilitativo) inserisce il soggetto segnalato in un percorso nel quale impatta istituzioni con funzioni diverse, dove l'elemento del controllo si va a coniugare con quello dell'aiuto.

In questo percorso il Nucleo Operativo Tossicodipendenze svolge un ruolo di "ponte" nel quale potenzialmente si possono integrare questi due interventi.

Se si assegna all'impatto con la legge la funzione di fornire il giusto stimolo ad intraprendere un percorso di consapevolezza di ciò che sta accadendo, ai servizi territoriali quello di sostegno e accompagnamento in un processo di cambiamento, il ruolo del N.O.T. della Prefettura è quello di tutela della funzione della regola

rendendone esplicita, nel colloquio, l'intrinseca ambivalenza: l'aspetto di limite ed anche quello di attivazione del pensiero.

La possibilità di pensare, infatti, si realizza all'interno di un dispositivo di contenimento che è costituito anche da regole.

L'esperienza del controllo da parte delle Forze dell'Ordine (che già di per sé è un evento nuovo, spesso di forte impatto emotivo, che si stacca dalla routine della vita quotidiana) può costituire, per la persona che consuma sostanze, un evento in grado di aprire una riflessione su tale comportamento e, se inserito all'interno di un percorso adeguato, di avviare un processo di cambiamento.

Gli attori di questo processo debbono pertanto, non solo condividere una cornice normativa, ma anche i diversi saperi che vengono utilizzati nelle operatività.

Se, da un lato, sono diffuse le esperienze di formazione in ambiti omogenei di competenza (sanitario, sociale..), dall'altro invece sono rare quelle che hanno tentato di coniugare i saperi che provengono da ambiti diversi di esperienza, compresi quelli delle Forze dell'Ordine, attualmente ancora tra loro troppo distanti.

A queste tre istituzioni se ne aggiungono altre, in relazione alle diverse realtà territoriali, che entrano in gioco e sono coinvolte più o meno direttamente (Dipartimenti salute mentale, Consultori, Comuni, etc).

In alcune realtà sono stati stipulati accordi e forme stabili di coordinamento tra i diversi servizi del territorio e sono stati realizzati interventi di formazione integrata, che hanno visto il coinvolgimento di operatori dei servizi socio-sanitari e del privato-sociale insieme a quelli delle forze dell'ordine.

I compiti e le finalità del Not rendono non solo auspicabile ma necessaria la presenza organica di questo servizio all'interno della Struttura organizzativa funzionale di coordinamento, il Sistema locale dei servizi per le tossicodipendenze

PERSONALE E TEMPI

L'efficacia e l'efficienza dei NOT all'interno del sistema dei servizi ha risentito, in modo del tutto analogo e speculare ai Sert, dei problemi di carenza di organico e di disinvestimento sul settore delle tossicodipendenze, che ha portato in alcune realtà territoriali ad un irrigidimento dei compiti e ad un appiattimento su un'esecuzione di tipo burocratico del mandato da parte dei diversi soggetti della rete.

Il numero originario di 200 assistenti sociali da impiegare per il funzionamento dei NOT si è, negli anni, via via assottigliato tanto da lasciare scoperte alcune Prefetture, che sono ricorse o a convenzioni con le ASL o all'utilizzo "in prestito" di assistenti sociali dei Sert.

L'espletamento di un nuovo concorso con l'assunzione di una trentina di operatori e la previsione a breve di immissione in ruolo di altri 20 assistenti sociali dovrebbe riuscire a tamponare l'emorragia di personale e ridare funzionalità a diversi servizi oggi in difficoltà

Sempre la carenza di personale, presente sia all'interno dei NOT che dei Sert, ha determinato in diverse realtà locali un allungamento nei tempi che intercorrono fra la segnalazione ed il colloquio e fra l'invio al Sert e l'effettiva convocazione e presa in carico dell'utenza, con evidenti ricadute negative sull'efficacia del dispositivo previsto dall'art. 75.

Questo dei tempi che intercorrono tra la segnalazione, il colloquio presso il NOT e l'avvio, quando necessario, di un programma terapeutico, che ormai supera, quasi dappertutto i due anni, è forse il problema più delicato e grave, perché rischia di inficiare del tutto il significato di aiuto, di prevenzione e di informazione e, non solo di esaltare esclusivamente l'aspetto repressivo sanzionatorio, ma di essere addirittura controproducente perseguendo inutilmente soggetti che non hanno commesso alcun reato o stimolando a reazioni negative.

Certo i tempi non sono determinati solo dalla carenza di personale ma ad essi concorrono anche le lungaggini per l'espletamento delle analisi sui reperti sequestrati e le procedure burocratiche introdotte dalla legge 49/2006, ma proprio per la delicatezza e la ricaduta del problema, dovrebbe essere attenzione prioritaria da parte dei decisori attivare tutte le azioni possibili per la riduzione drastica dei tempi e far sì che il colloquio avvenga in modo pressochè contestuale alla segnalazione.

I dati raccolti dagli Osservatori Epidemiologici Regionali e Provinciali e da diverse ricerche evidenziano che, in presenza di una sufficiente dotazione di risorse umane e laddove è stato impostato un lavoro coordinato fra i diversi soggetti della rete dei servizi, il sistema si è dimostrato molto flessibile ed aperto, si è evoluto ed attrezzato per offrire un servizio adeguato, ottenendo risultati sicuramente interessanti dal punto di vista della prevenzione secondaria.

ELEMENTI DI CRITICITA'

La legge 21 febbraio 2006 n. 49 ha notevolmente modificato l'art. 75 del D.P.R. 309/90, riguardante il procedimento amministrativo nei confronti di persone segnalate dalle Forze dell'Ordine per possesso di sostanze stupefacenti per uso personale. Si impongono, dunque, una valutazione ed un bilancio della L. 49/2006 a partire dalle problematiche e criticità riscontrate nel lavoro "sul campo".

Innanzitutto, la modifica della normativa ha pesantemente stravolto il dispositivo dell'art.75 che, se prima privilegiava l'equilibrio tra intervento sanzionatorio e quello di presa in carico del soggetto consumatore di sostanze, ora è totalmente sbilanciato verso interventi di controllo.

L'intento punitivo, dichiaratamente ispiratore delle nuove disposizioni di legge, ha mutato i presupposti, le finalità ed i contenuti del colloquio svolto in Prefettura con le persone segnalate e ne ha, di conseguenza, ridimensionato la precedente connotazione socio-educativa finalizzata alla prevenzione selettiva.

Va sottolineato che si tratta di una norma che interessa una popolazione ampia (516.427 persone segnalate dalle Forze dell'Ordine dal 1990 al 2006) ed eterogenea ed una problematica estremamente mutevole, complessa, delicata.

Oltre l'80% delle segnalazioni alle Prefetture ha riguardato e riguarda consumatori di derivati della cannabis e di cocaina, in prevalenza giovani e giovani adulti dell'età media di 23 anni nei cui confronti è fondamentale poter attuare interventi di prevenzione selettiva e di precoce depistaggio, considerato che, in gran parte, non presentano problematiche di tossicodipendenza e che quasi l'80% risulta avere una sola segnalazione.

I nodi problematici riguardano:

- 1) la connotazione del colloquio come il luogo e il momento in cui vengono “valutate le sanzioni”, anziché come uno spazio di informazione e di riflessione, come snodo all’interno della rete dei servizi che può facilitare una precoce individuazione del consumo problematico e favorire l’invio e la presa in carico, da parte dei Sert ma anche del sistema più ampio ed articolato di servizi presenti sul territorio;
- 2) l’obbligo, per il Prefetto, di procedere all’applicazione delle sanzioni amministrative anche nei casi di adesione al programma terapeutico e di positiva conclusione del programma stesso. La procedura introdotta dalla L. 49/06 ha reso molto più difficoltoso (fino anche a comprometterlo) l’intervento - complesso e delicato - del N.O.T. volto a favorire l’accesso dei consumatori problematici e, più in generale, delle persone che presentano situazioni di disagio ai Servizi del territorio;
- 3) la necessità di una differenziazione della classificazione delle sostanze stupefacenti: attualmente assimilate in una tabella unica ed uguale per tutte che e ha comportato nei consumatori (e negli spacciatori) una pericolosissima percezione di sostanziale “intercambiabilità” ed “uguale rischio” fra le diverse sostanze;
- 4) le misure previste dall’art. 75 bis oggettivamente molto penalizzanti nelle quali il Questore, e non un magistrato, adotta provvedimenti di limitazione della libertà personale;
- 5) i quantitativi massimi di droga detenibili ad uso personale senza incorrere nell’illecito penale, stabiliti da specifiche tabelle, che reintroducono l’elemento della quantità quale spartiacque tra la fattispecie penale e quella amministrativa. Tale elemento era stato, tra l’altro, abrogato dalla precedente legge in forza dei risultati del referendum popolare del 1993 recepito con il D.P.R.5 giugno 1993, n. 171;
- 6) la previsione nei confronti dei cittadini stranieri per quanto attiene la possibilità del rinnovo del permesso di soggiorno, prevista dal comma 8 dell’art. 75;
- 7) la difficile distinzione fra quanto previsto dall’art. 75/3° (ritiro immediato della patente di guida o del certificato di idoneità del ciclomotore qualora al momento della contestazione la persona abbia la diretta ed immediata disponibilità di veicoli a motore) e la procedura prevista dall’art. 187 del Codice della Strada;
- 8) la necessità di introdurre procedure più snelle di accertamento dei fatti e di analisi della sostanza sequestrata dalle Forze dell’Ordine, che favoriscano la riduzione dei tempi, attualmente troppo dilatati, intercorrenti tra la segnalazione e la convocazione in Prefettura per il colloquio.

CONDIZIONI DI POSSIBILITÀ OPERATIVE

Affinché il Nucleo Operativo Tossicodipendenze possa mettere in atto strategie, metodologie e strumenti professionali finalizzati a :

- favorire e sostenere il cambiamento che la persona, in quel momento, ritiene di poter realizzare in relazione agli aspetti di criticità evidenziati nel colloquio;

- attivare la rete territoriale per arrivare ad una completa presa in carico della persona da parte del servizio o dei servizi competenti

è necessario che tale intervento si realizzi all'interno della sistema locale dei servizi e in un arco di tempo, quello che intercorre fra la segnalazione ed il provvedimento che definisce il procedimento amministrativo, adeguato ad avviare la completa presa in carico da parte dei servizi della rete territoriale.

Perché questa modalità di intervento avvenga in modo corretto e proficuo bisogna che vengano rispettati alcuni criteri fondamentali che garantiscano:

1 - una piena e omogenea applicazione della legge sul territorio nazionale, per cui si rendono necessari indirizzi tecnico scientifici operativi ai quali i singoli NOT rifarsi, un monitoraggio periodico dell'applicazione degli indirizzi e una valutazione attenta dei risultati;

2 - la possibilità di progettare percorsi sperimentali che rispondano alle specificità territoriali, rispettando tutti i criteri per una corretta sperimentazione;

3 - la piena autonomia professionale dell'operatore professionale del N.O.T. come strumento indispensabile per poter declinare le modalità applicative in risposta a tali specificità;

4 - l'adeguata dotazione organica di personale di servizio sociale ed amministrativo in tutti i Nuclei Operativi delle Prefetture, anche in relazione ai cambiamenti del fenomeno dei consumi nelle diverse realtà territoriali;

5 - la riduzione dei tempi che intercorrono tra la segnalazione ed il colloquio in Prefettura, mediante la già citata adozione di adeguate dotazioni organiche e la modifica/semplificazione delle procedure che determinano l'eccessiva lunghezza dei tempi del procedimento amministrativo.