

I servizi pubblici:

vecchi problemi, nuovi scenari e l'integrazione possibile

Intervento di Walter Sabattoli al "Sistema permanente di confronto e consultazione" del 5-5-2009

Sala Polifunzionale della Presidenza del Consiglio dei Ministri, in via Santa Maria in Via, n. 37, 00187 - Roma.

Premessa

LA NOSTRA IDEA:

1. LA CENTRALITÀ DELLA PERSONA: PRENDERSI CURA DI CHI HA PROBLEMI DI DIPENDENZE.
2. LA NATURA DELLE COSE CI SPINGE AD AFFERMARE CHE NON CURO UN CORPO MA DEBBO CURARE UN UOMO NELLA SUA TOTALITÀ DI PERSONA

LE RAGIONI:

1. LA NOSTRA STORIA

La maggioranza delle comunità trae la sua origine nel periodo, tra la metà degli anni 80 e la metà degli anni 90, sono nate come risposta al dilagare del fenomeno della tossicodipendenza da eroina.

Le comunità accoglievano il tossicodipendente e lo inserivano nel contesto comunitario che diveniva il luogo di cura e la cura stessa era l'adeguamento allo stile di vita comunitario.

La Federazione Com.E. che riunisce in un unico organismo diverse realtà della Lombardia, con l'obiettivo comune di valorizzare la risorsa comunità intesa nel suo più ampio e pregnante significato seguendo un'ispirazione di tipo educativo terapeutico fondata sulle lunga e feconda tradizione dell'educazione italiana

Ciò che ci si propone è quello di creare delle reti sociali tra realtà differenti ma che condividono temi e obiettivi con lo scopo di aiutare la persona, capire i suoi bisogni e il suo personale percorso di vita per dargli una risposta attraverso la promozione di una cultura della solidarietà e sussidiarietà.

2. LA NORMATIVA

2.1. D.P.R. n.309/90 modificato dalla legge n. 49/06

L'accoglienza, la diagnosi e la cura erano in un certo senso connaturate con la presa in carico del soggetto tossicodipendente da parte delle comunità, tale percorso ebbe il suo riconoscimento anche nel DPR 309/90 art.122

2.2. Atto d'intesa Stato-Regioni

Nel 1993 un atto d'intesa molto contestato dalle realtà del privato sociale andava in qualche modo a limitare la possibilità delle comunità di accogliere e formulare un programma riabilitativo per i tossicodipendenti e trasformava le comunità in esecutori del programma riabilitativo formulato dai sert.

Pertanto quando nel 1999 l'allora ministro Livia Turco emanò l'atto d'intesa per l'accreditamento delle diverse tipologie di servizi molti di noi hanno iniziato a pensare alla possibilità di accogliere, fare diagnosi e strutturare un progetto riabilitativo per i tossicodipendenti attraverso l'apertura di un servizio specifico come il Servizio Multidisciplinare Integrato (S.M.I.).

- 2.3. **Deliberazione Giunta Regionale 7 aprile 2003 N. 7-12621** - Determinazioni in merito alla riqualificazione dei Servizi ambulatoriali per le dipendenze.
- 2.4. **La delibera 5509 del 10 ottobre 2007 DELLA REGIONE LOMBARDIA** - Determinazioni relative ai servizi accreditati nell'area delle dipendenze

3. I NUOVI BISOGNI

- 3.1. Un fenomeno, quello della droga, in **forte trasformazione**, sia come stile di consumo che di tipo di sostanza, la grande diffusione della cocaina tra i giovani e non solo, il ritorno dell'eroina sniffata e fumata sono alcuni segnali evidenti di questo cambiamento.
- 3.2. Vi è una grossa **richiesta di informazione e di aiuto da parte dei genitori** che avvertono nei figli segnali di forte preoccupazione come:
 - 3.2.1. Calo di attenzione nei confronti della scuola e delle attività sportive
 - 3.2.2. Frequentazioni di compagnie con vita notturna
 - 3.2.3. Reazioni aggressive verbali e tal volta fisiche nei loro confronti
 - 3.2.4. Disinteresse per la vita quotidiana (intere giornate trascorse a letto)
- 3.3. **Crisi esistenziale.** Da questi giovani e non solo da loro, viene avvertita la fatica a coniugare una vita normale con serate/nottate fortemente trasgressive condite con alcol e sostanze.
- 3.4. Sono in continuo **aumento i ricoveri in spdc** per intossicazione da sostanze psicoattive.
- 3.5. Sono in continuo aumento le richieste di aiuto per le dipendenze che non si originano da sostanze (gioco, internet ecc.)

4. I luoghi della cura

I contesti curativi e riabilitativi oggi si strutturano secondo due modelli: Sert e Comunità Terapeutiche che rischiano di non essere più adeguate alla pluralità delle sostanze di abuso ed alla varietà delle forme dell'abuso e della dipendenza patologica e delle personalità coinvolte.

In una patologia caratterizzata da una potenziale e tendenziale cronicità per il buon esito dei trattamenti occorre non soltanto la buona capacità professionale ma anche la disponibilità di contesti unificanti, articolati e specifici per tipologia di sostanze, di modalità di consumo e di personalità dei pazienti, che possano garantire flessibilità, personalizzazione e temporizzazione dei trattamenti stessi in un continuum assistenziale.

5. Cosa fare?

Per le nuove tipologie di consumatori l'attuale sistema di offerta non risponde in maniera soddisfacente, noi siamo convinti che sia necessario proporre nuovi modelli di cura anche a livello ambulatoriale.

Prima di tutto operando una diagnosi multidisciplinare, quindi proponendo percorsi di cura psicoterapici, educativi, o trattamenti farmacologici, o trattamenti integrati evitando di separare i soggetti dal contesto familiare, sociale ecc.

Noi siamo convinti che lo SMI sia una delle risposte innovative e possibili per la cura delle nuove forme di tossicodipendenza problematica.

Il caso Brescia

Due gruppi di cooperative sociali: Gruppo Pinocchio e Gruppo Fraternità che si occupano da oltre 20 anni di percorsi educativo-terapeutici e riabilitativi di persone con problematiche legate alla dipendenza patologica hanno fondato la cooperativa sociale IL MAGO DI OZ che ha accreditato lo SMI (servizio multidisciplinare integrato). Il nostro SMI è nato per i seguenti obiettivi

1. Fare Prevenzione
2. Fare Diagnosi multidisciplinari
3. Prendersi cura di persone
4. Effettuare una presa in carico complessiva

Le nostre caratteristiche

1. Interventi specialistici per numero crescente di consumatori problematici (poliabuso:cocaina \alcol);
2. Coinvolgimento e sostegno dei familiari;
3. Flessibilità degli orari per favorire percorsi riabilitativi compatibili con gli impegni quotidiani;
4. Rispetto della riservatezza della persona;
5. Una presenza significativa nel territorio;
6. Attiva collaborazione con le realtà significative del territorio per la presa in carico, cura e riabilitazione secondo il principio di sussidiarietà.
 - 6.1. Servizi sociali dei comuni
 - 6.2. Prefetture (Brescia e Cremona)
 - 6.3. Forze dell'ordine
 - 6.4. Consulenti familiari
 - 6.5. Rete delle Comunità terapeutiche (fed. Com.E.
 - 6.6. Rete delle cooperative di inserimento lavorativo
 - 6.7. Rete di associazioni di volontariato

La nostra Equipe

- Direttore Sanitario
- Consulente Criminologo
- Medici
- Psicologi
- Educatori professionali
- Assistenti sociali

- Infermieri professionali

I nostri servizi

- Accoglienza, prima diagnosi e presa in carico del paziente.
- Individuazione di un programma terapeutico e riabilitativo mirato ai bisogni di ciascun paziente.
- Somministrazione di terapie farmacologiche specifiche, sostitutive e non, con monitoraggio clinico e di laboratorio.
- Attività di diagnosi psicologica, "counselling", sostegno psicologico e psicoterapia.
- Attività di prevenzione, screening e collaborazione alla cura delle patologie correlate all'uso di sostanze, anche in collaborazione con altri servizi specialistici.
- Attività di orientamento e di sostegno in ambito sociale ed educativo.
- Attività specifiche per la prevenzione delle principali cause di morte e di inabilità (malattie infettive, overdose, ecc.).
- - Attivazione di programmi destinati alle donne, anche in collaborazione con altri servizi specialistici, prevedendo, in particolare, interventi relativi a gravidanza, prostituzione, episodi di violenza.
- Attività di riabilitazione e prevenzione delle ricadute.

Nello specifico **le attività mediche** erogate sono le seguenti:

1) valutazione medica immediata con interventi mirati alla risoluzione di eventuale sintomatologia astinenziale da sostanze stupefacenti;

2) attività di diagnosi che prevede:

- l'accertamento dell'uso delle sostanze psicoattive tramite l'esecuzione di esami tossicologici su campioni biologici (matrice urinaria e pilifera) ed esami ematochimici per la valutazione della funzionalità di base;
- l'inquadramento diagnostico vero e proprio per discriminare i disturbi da abuso o dipendenza, adottando dei criteri diagnostici comunemente accettati a livello internazionale: il Manuale Statistico e Diagnostico dei disturbi mentali (DSM IV-Tr) e la Classificazione Internazionale delle Malattie (ICD-10) dell'OMS.

3) attività di counseling e prevenzione: i pazienti sono sottoposti allo screening sierologico per le principali malattie infettive connesse con la patologia della dipendenza (HIV, HBV, HCV);

4) terapia farmacologica sostitutiva e/o sintomatica di contenimento del "craving" garantita 365 all'anno;

5) trattamenti non farmacologici con agopuntura auricolare: tutti gli studi osservazionali prodotti in Italia e all'estero, riconoscono all'agopuntura auricolare un interessante ruolo soprattutto nel contenimento del craving e nella riduzione della disforia indotta dall'astinenza da sostanze psicoattive, nonché una riduzione della sintomatologia ansiosa ed un miglioramento della qualità del sonno.

Tutto ciò con l'impegno deontologico di operare, ogni giorno, scelte libere in "scienza e coscienza".

Queste prestazioni sono erogate, oltre che in ambulatorio, in vari contesti:

- nel territorio
- in carcere
- a domicilio
- in strutture accreditate
- in strutture del Servizio Sanitario Nazionale

Come si accede ai servizi?

- - Recandosi direttamente allo SMI
- - Per appuntamento
- L'accesso al servizio è gratuito e su richiesta in
- anonimato, anche per i cittadini stranieri.;

Dal lunedì al venerdì dalle 10.00 alle 18.00

Il sabato e la domenica dalle 08.30 alle 10.30 per somministrazione farmacologica concordata.

Previo contatto telefonico è possibile concordare appuntamenti al di fuori dell'orario di servizio.

Alcuni Dati

Utenti presi in carico al 31-3-2009		750
Sesso	Maschi	86%
	Femmine	14%
Età	Minori	7,7%
	Popolazione attiva	92,1%
	Over 65	0,2%
Sostanza Primaria	Alcol	33%
	Cocaina	38%
	Eroina	13%
	THC	10%
	Altre	6%
Soggetti in carico	Primo Trattamento	57%
	Pluri trattamento	43%
Trattamento	Ambulatoriale	68%
	Comunità terapeutiche	29%
	Carcere	3%
Servizio inviante	Soci fondatori	11%
	Prefetture	12%
	Forze dell'ordine	12%
	Noa-ACAT-NA-GA	2%
	Sert	2%
	Servi sociali	8%
	Comunità terapeutiche	10%
	Volontariato	8%
	Famiglie	17%
	Autonomo	15%
Posizione Giuridica	Incensurati	67%
	Art. 75	11%
	Area Penale	22%
Nazionalità	Italiana	94%
	Straniera	6%
Situazione attuale utenti	Aperti	63,5%
	Conclusi	18,3%
	Abbandoni	18%
	Decessi	0,2%

Conclusioni

Per l'esperienza da noi effettuata in Lombardia l'integrazione è possibile per le seguenti ragioni:

SISTEMA DELL'ACCREDITAMENTO

- rete di servizi pubblici e privati con pari dignità nel rispetto del principio di sussidiarietà;
- livelli differenziati di intervento in grado di poter articolare un'offerta terapeutica più adeguata.

DIPARTIMENTO DIPENDENZE

La nascita del Comitato di Dipartimento delle Dipendenze può diventare il luogo ideale per incontrarsi, progettare, programmare ed operare insieme: pubblico ed privato, sociale, sanitario e cultura tutti necessari, per la loro parte, per l'efficacia e l'efficienza degli interventi.

Nella nostra esperienza si è formalmente riconosciuta la funzione pubblica esercitata dalle UU.OO. Accreditate.

LIBERTA' D'ACCESSO

Fino ad oggi per poter entrare in Comunità era necessaria la certificazione di stato di dipendenza, il parere positivo del Sert (Servizio tossicodipendenze) e l'indicazione di quale comunità. D'ora in avanti, la decisione di entrare in Comunità, e in quale, diventa libera scelta del cittadino. Resta ferma la necessità della dichiarazione di stato di dipendenza, che può essere rilasciata anche dai Servizi Multidisciplinari Integrati.

LE RISORSE

Le risorse dedicate alle Comunità vengono aumentate del 38,8%, a partire dal 2008, secondo aumenti tariffari che vanno da un minimo del 20% per le prestazioni più tradizionali, fino a un massimo del 120% per le prestazioni più complesse (quelle che riguardano il cosiddetto "poliabuso", cioè il consumo simultaneo di cocaina e alcol, con le conseguenti implicazioni psichiatriche).

Le nuove risorse passano quindi da 20 a 28 milioni di euro e vengono distribuite alle Asl mediante il sistema a budget.