

DR EDOARDO COZZOLINO

PRESIDENTE FEDERSERD LOMBARDIA

DIRETTORE SER.T. 1

ASL DI MILANO

CONSULTAZIONI PERMANENTI

ROMA, 5/5/2009

I SERVIZI PUBBLICI: VECCHI PROBLEMI, NUOVI SCENARI E L'INTEGRAZIONE POSSIBILE

I Nuovi Scenari

Le modalità con cui le Dipendenze Patologiche si sono manifestate, e si manifestano, nel nostro paese si sono differenziate molto nelle varie epoche e continuano a differenziarsi da luogo a luogo.

Alla metà degli anni '80 la popolazione dipendente era formata pressoché unicamente da eroinomani e rispetto a questo problema furono creati i primi Servizi Territoriali. In quell'epoca solo in alcune aree montane i Servizi si occuparono, fin dalla loro nascita, di alcolismo per la sostanziale assenza, nei loro territori di competenza, di consumatori di eroina.

All'inizio degli anni '90 si evidenziò un cambiamento legato all'utilizzo crescente di cocaina e di droghe cosiddette ricreative (Ecstasy e simili) nell'ambito dei luoghi di aggregazione e di divertimento; alla fine di quella decade fu evidente che l'esplosione dell'abuso e della dipendenza da cocaina e psicostimolanti avrebbe rappresentato, nei fatti, il "nuovo" fenomeno da fronteggiare.

Nonostante la dipendenza da eroina rappresenti tutt'ora, in molti territori, il quadro patologico dominante, o esclusivo, nella popolazione presa in carico dai Servizi pubblici e privati, va detto che il poliabuso, la dipendenza primaria da cocaina, le dipendenze comportamentali - come il Gioco d'Azzardo Patologico - rappresentano i nuovi scenari con cui i Servizi devono confrontarsi.

Io svolgo la mia attività di Direttore in un Ser.T. di Milano, la Lombardia è la regione ai vertici nazionali per la prevalenza di soggetti cocainomani primari all'interno della popolazione presa in carico nei Ser.T. e Milano è, in Lombardia, la città con la maggiore prevalenza di questi pazienti. Nella mia Struttura Complessa sono stati presi in carico, nel 2008, 658 cocainomani primari (su circa 2500 pazienti totali) attualmente, su due soggetti che chiedono la presa in carico, uno è un cocainomane. Inoltre alcune sedi, che avevano già implementato interessanti esperienze nel trattamento del Gioco d'Azzardo Patologico, vedono raddoppiare il numero di questi pazienti ogni sei mesi (si tratta ancora di numeri modesti in senso assoluto, ma il trend è di forte crescita).

La variegata popolazione target, l'esigenza di risposte sempre più articolate su situazioni che spaziavano dal libero professionista cocainomane benestante, all'emarginato con percorsi carcerari

e patologie psichiatriche e infettive associate, la già presente specializzazione di alcune sedi sull'alcolismo, l'estensione del territorio dell'ASL ad alcuni comuni della cintura metropolitana (popolazione attuale dell'ASL di Milano 1.600.000 persone), l'esistenza di una organizzazione Ser.T. dipartimentale e non distrettualizzata, sono gli elementi che hanno reso sempre più evidente la necessità, e possibile la realizzazione, di una riorganizzazione dell'intero sistema secondo criteri innovativi e più adatti ai "nuovi scenari".

All'interno di tutto ciò va anche detto che non è più possibile pensare che una singola sede possa essere in grado di rispondere a tutti i compiti istituzionali e clinici attribuiti ai Ser.T.; a maggior ragione se consideriamo che il 10% dei Servizi italiani ha un massimo di cinque operatori e il 30% circa ne ha non più di dieci.

Dal giugno scorso il sistema d'intervento pubblico territoriale sulle Dipendenze Patologiche di Milano è organizzato su due Strutture Complesse (Ser.T. 1 e Ser.T. 2). Ad esse afferiscono le quattordici sedi erogative del sistema cittadino. Di queste ultime, diverse sono state specializzate per tipologia d'utenza (eroinomani, cocainomani, alcolisti, giocatori d'azzardo, soggetti affetti da dipendenze comportamentali o da sostanze diverse dall'eroina) e alcune hanno mantenuto un orientamento polivalente.

Naturalmente non ho la pretesa di rappresentare qui tutta l'articolazione organizzativa del Dipartimento delle Dipendenze di Milano; non ho parlato del Ser.T. dedicato alle Carceri, dello SMI privato, dell'Osservatorio, delle Unità Mobili, della Prevenzione ...se siete interessati ad approfondire vi invito a contattare direttamente il Dipartimento (Direttore Dr Riccardo C. Gatti).

Proprio per le profonde differenze della popolazione presa in carico dai Ser.T., nelle varie regioni, si sono realizzati nel tempo differenti modelli d'offerta e di cura e, di conseguenza, di organizzazione dei Servizi. La capacità, che questi ultimi hanno sempre dimostrato, di saper modulare le proprie metodologie di lavoro in funzione delle caratteristiche dei pazienti, del territorio, della dislocazione logistica delle sedi rappresenta una ricchezza che va sostenuta e incoraggiata. Contemporaneamente va evitato che questa qualità finisca per essere decontestualizzata da una strategia d'insieme che sappia valorizzare le differenze, tenendo sotto controllo il rischio dell'autoreferenzialità. Inoltre bisogna fare i conti con dei dati, ormai strutturali, che complicano di parecchio la situazione.

Vecchi Problemi

- Nel giro di quindici anni o poco più la popolazione in carico ai Ser.T. è raddoppiata
- La dotazione organica dei Servizi si è addirittura ridotta in valore assoluto e, ovviamente ancora di più, in valore relativo. Al suo interno è diminuita la quota di personale assegnato unicamente al Ser.T. ed è parallelamente aumentata sia la quota del personale assegnato parzialmente, sia quella del personale consulente a cui, e da cui, non è possibile dare, o avere, garanzie di stabilità
- Il precedente punto determina anche uno spreco di risorse finalizzate alla formazione; infatti, da un lato, il personale assegnato parzialmente si troverà nelle condizioni di dover partecipare a più filoni formativi coerenti con i vari Servizi d'assegnazione, moltiplicando

così il monte ore dedicato alla formazione e riducendo le ore dedicate alla clinica, dall'altro una significativa percentuale del personale precario, per vari motivi, abbandona l'incarico vanificando così l'investimento formativo espresso su di essa

- Da una decina di anni a questa parte si sono ingigantite sia le implementazioni di attività più complesse e articolate di coordinamento tra le varie sedi (per il loro graduale afferire a macro strutture sempre più grandi), sia le attività finalizzate alla certificazione di qualità e alla raccolta di dati, sempre più numerosi, per soddisfare il debito informativo epidemiologico e per il controllo di gestione. Tutte queste attività, e altre ancora, hanno sottratto tempo, per le attività clinico terapeutiche, a gruppi di lavoro già fortemente ridimensionati per i motivi sopra descritti
- Diverse attività quali le Unità Mobili, gli Osservatori, i Drop-in sono realizzate (da anni) con finanziamenti rinnovati annualmente o anche ogni tre/sei mesi; non esiste alcuna iniziativa per stabilizzare queste aree che sono, comunque, riconosciute da tutti come irrinunciabili
- Le caratteristiche di collocazione territoriale, logistiche, strumentali, e di composizione delle équipe multidisciplinari sono notevolmente diverse da luogo a luogo e non appaiono essere definite in funzione di un pensiero programmatico
- Sempre nell'assenza di programmazione può essere collocato il problema della formazione professionale e, all'interno di questo, dell'inesistenza di una Scuola di Specialità in Clinica delle Dipendenze, per i medici, e di Corsi Specialistici nell'ambito della formazione universitaria di tutte le altre figure professionali

L'incrocio tra questi nodi problematici e l'evoluzione del fenomeno ha fatto sì che, in molti luoghi, i Servizi non siano stati messi nelle condizioni di poter investire sulle proprie riorganizzazioni. Queste ultime sono delle vere attività di servizio che, per poter essere realizzate, presuppongono la disponibilità di una quota di tempo-lavoro a loro dedicata.

In queste condizioni i Ser.T., dovendo presidiare l'esistente garantendo continuità delle azioni già intraprese sull'utenza target precedentemente individuata, hanno in diversi casi perso l'occasione di evolvere di pari passo con l'evoluzione del fenomeno. Un segnale di questo "incastro operativo" è che, allo stato attuale, competenze tecniche spesso possedute da diversi professionisti, e che potrebbero permettere l'implementazione di modelli innovativi di presa in carico di "nuova" utenza, non vengono valorizzate per l'assoluta mancanza di "spazi" operativi in cui utilizzarle.

Detto tutto ciò, sarebbe semplicistico sostenere che il nocciolo della problematica sia unicamente legato ad una carenza di organici; questi ultimi sono realmente e gravemente carenti, ma un altro nodo centrale è la sostanziale assenza di una "governance" del sistema.

Penso si possa affermare che non abbiamo mai avuto una strategia nazionale per una politica di sostegno del settore. Tutto pare essere ancora fermo a quando fu segnalata la prima "emergenza droga" a metà degli anni '70.

Nonostante le informazioni quasi quotidiane sulla pesante e amplissima diffusione dell'uso di sostanze nella popolazione, nonostante le certezze rispetto al ruolo degli stupefacenti nel mantenere finanziariamente le organizzazioni malavitose e il terrorismo internazionali, nonostante le periodiche sottolineature della "politica" sul fatto che la droga rappresenta un problema primario

per il paese, continuiamo ad assistere ad un reale interesse per l'argomento solo per riscoprirlo, di tanto in tanto, come nuova "emergenza".

Coerentemente con tutto ciò, mancano organismi tecnico-scientifici e istituzionali, autorevoli e stabili, configurati per il governo dinamico dei sistemi d'intervento.

Il Livello Centrale

Penso non si possa essere che d'accordo nell'affermare l'esigenza di un organismo centrale di coordinamento, indirizzo e governo di un settore che, altrimenti, si ritroverebbe spezzettato nelle competenze di vari Ministeri. Ciononostante abbiamo assistito, dopo la nascita del Dipartimento Nazionale, alla sua cancellazione e poi, recentemente, al suo re-insediamento. Spero sia chiaro che non sto facendo in alcun modo un discorso politico, sto semmai rilevando che la politica non ha esitazioni, per rispettare le sue dinamiche, a cancellare anche ciò che serve.

Perlomeno possiamo dire che, nell'attualità, esiste il livello di governance centrale. L'ulteriore problema è legato alle modifiche dell'Articolo V°.

Il Livello Regionale

Le Regioni hanno assoluta autonomia nelle decisioni che riguardano gli indirizzi e l'organizzazione dei Servizi, ma la maggior parte delle Regioni ha fortissime difficoltà operative. Infatti hanno, anche le più grosse, pochissimi funzionari addetti al settore e non danno alcun segnale di voler adeguare i propri investimenti di personale proprio in virtù dei compiti che l'Articolo V° attribuisce loro (e su cui rivendicano pugnacemente la propria autonomia).

Autonomia non è sinonimo di arbitrio, isolamento, inoperosità; tutti coloro che sono stati favorevoli all'approvazione della variazione dell'Articolo V° lo sono stati in funzione di un concetto di autonomia che vuole significare la maggiore vicinanza ai problemi, la possibilità di differenziare le risposte calibrandole sulle caratteristiche dei bisogni locali, la maggiore tempestività nelle decisioni.

Sicuramente genera molto sconcerto, e molto sconforto, non solo rilevare che il livello Regionale può essere "disattento" senza per questo doverne risponderne a nessuno (autonomia), ma che può anche disattendere gli accordi presi in Conferenza Stato-Regioni senza che ciò comporti alcuna conseguenza (valga, come esempio, la Conferenza Stato-Regioni del gennaio 1999, relativa alla riorganizzazione dei servizi di assistenza per i tossicodipendenti, in cui è stata concordata la necessità d'istituire in ogni ASL il Dipartimento delle Dipendenze Patologiche quale forma organizzativa e di governance locale più idonea). Gli ultimi anni hanno dimostrato come non sia affatto sufficiente emanare atti d'indirizzo, anche se condivisi, se nello stesso tempo questi non sono seguiti da un'attiva e costante azione di governo, a tutti i livelli, oltre che da idonei e specifici finanziamenti per lo sviluppo.

Sempre in conseguenza di un'autonomia non governata, solo alcune Regioni hanno proceduto all'accreditamento dei Servizi Pubblici e Privati e quelle che lo hanno fatto hanno usato criteri

diversi. La conseguenza è che gli standard di funzionamento richiesti sono diversi e, ragionevolmente, anche la qualità del servizio erogato.

Alcune determinazioni regionali, intraprese in modo disomogeneo sul territorio nazionale, hanno aumentato le difficoltà economiche del privato sociale; quest'ultimo ha perseguito, giustamente e comprensibilmente, l'incremento delle rette come un obiettivo primario che, però, è stato raggiunto in modo disomogeneo nelle varie Regioni. Le tariffe riconosciute alle strutture del Privato Sociale sono grandemente differenti da luogo a luogo (anche del doppio) e, nel caso della Doppia Diagnosi, restano inferiori del 100-200% a strutture equivalenti riservate altri ambiti sanitari (psichiatria).

La conseguenza diretta è che, sulla spinta economicistica e per la riduzione dei budget disponibili, accade facilmente che Ser.T. di una determinata Regione, inseriscano i pazienti in Comunità di una Regione vicina perché lì le rette sono più basse.

Naturalmente non si tratta certo di criticare l'autonomia regionale in quanto tale; si tratta di poter condividere che, pur nell'assoluto rispetto di essa, bisogna individuare elementi di cornice, condivisi, che siano riferimento per tutti e rispetto ai quali ogni Regione eserciterà la propria autonomia decisionale.

Tutto ciò al fine di avere, dalla sommatoria delle decisioni autonome intraprese, una linea d'azione complessiva coerente e rappresentativa del diritto, di ogni cittadino italiano, di avere accesso a tutte le cure di cui ha bisogno, su tutto il territorio nazionale, con le stesse opportunità e in coerenza con le sue necessità di cura.

Per tutte queste ragioni è assolutamente necessario un livello d'interazione istituzionale tra Dipartimento Nazionale, Conferenza Stato-Regioni e Regioni per poter attivare un circuito virtuoso che permetta di monitorare l'effettiva applicazione delle decisioni congiunte, i tempi relativi, verificarne le ricadute operative e i risultati.

Il Livello Locale

In tale contesto non stupisce di sicuro che la ricaduta sul livello delle singole ASL non possa essere altro che la trasposizione, magari anche amplificata, delle problematiche già descritte.

Anche in questo ambito si ripresentano difficoltà del tutto simili a quelle che caratterizzano il livello degli accordi Stato-Regioni. Infatti anche dove la Regione ha deliberato l'istituzione dei Dipartimenti delle Dipendenze Patologiche, solo alcune ASL hanno dato seguito a tale indicazione, peraltro adottando criteri differenti tra di loro.

La scarsa attenzione del livello locale al nostro settore è inoltre rinforzata dal fatto che gli obiettivi dei Direttori Generali non contengono mai indicazioni relative ai sistemi di intervento sulle Dipendenze. La conseguenza è che i Direttori Generali, pressati da obiettivi di altro tipo, si trovano ad occuparsi prevalentemente di aree diverse dalla nostra.

Anche su questo livello grava il peso di una serie d'indicazioni che possono essere poco o nulla applicate senza che, in qualche modo, un sistema di verifica rilevi la loro non attuazione, le ricadute negative sul sistema e le iniziative correttive conseguenti.

Il quadro complessivo restituisce l'immagine di un sistema di "governo" in cui sono mal funzionanti le "cerniere" che collegano tra loro i vari livelli; questi ultimi appaiono essere dotati di una notevole autoreferenzialità reciproca. I luoghi di interfaccia istituzionale sembrano poter garantire solo l' "occasione" di condividere degli indirizzi rispetto ai quali può non essere assunto un impegno vincolante.

Tra le azioni che la governance deve garantire, sono essenziali quelle di programmazione e verifica delle azioni svolte e dei risultati raggiunti; ma per poter programmare è necessario avere dati adeguati e strutture idonee per raccogliarli: gli Osservatori

Un Osservatorio Nazionale ha la possibilità di svolgere le sue funzioni se può contare su una rete di Osservatori Regionali che, al momento, non esiste. Gli Osservatori dei Dipartimenti Dipendenze delle ASL sono sostenuti con finanziamenti, come già detto, rinnovati di anno in anno e spesso sottraendo personale alle attività cliniche. Nei fatti non credo che sia possibile, a parte alcune encomiabili eccezioni, fare molto di più che garantire il debito informativo epidemiologico.

L'assenza di dati di analisi del fenomeno, del territorio e dei suoi bisogni e l'assenza di governance di sistema rendono difficilissima una efficace programmazione. In funzione di ciò, per esempio, si rende estremamente complesso creare integrazione in un sistema locale di servizi del settore: se non c'è la possibilità di programmare l'organizzazione dei Servizi, sulla base di cosa, per esempio, il Privato Sociale potrebbe definire la necessità locale dell'apertura di una nuova struttura specifica, o la riconversione di una già esistente?

Le decisioni vengono pertanto assunte con un comprensibile atteggiamento conservativo, perché gravate da un alto rischio d'impresa. In questo contesto, la necessità di garantirsi un numero adeguato di pazienti spinge inevitabilmente le Comunità Terapeutiche a rivolgersi a Servizi di qualunque Regione, danneggiando ulteriormente la possibilità del Privato Sociale di "esserci" in una programmazione locale di settore.

Proposte

La rappresentazione delle numerose difficoltà non deve distoglierci dalla spinta a cercare soluzioni e collaborare fattivamente per risolvere i problemi, in tal senso propongo quelle che sono, a mio parere, le aree problematiche che vanno affrontate per prime:

- Azioni finalizzate ad attivare al più presto i Dipartimenti per le Dipendenze Patologiche in tutte le ASL italiane
- Ricerca di una via d'interazione efficace tra Dipartimento Nazionale, Regioni e Conferenza Stato-Regioni per monitorare l'effettiva applicazione degli accordi nei vari territori, e per ricercare spazi negoziali che, nel rispetto dell'autonomia regionale, permettano di avere un sistema nazionale d'intervento collocato all'interno di una cornice istituzionale comune e condivisa
- Definizione di una quota del bilancio sanitario vincolata al finanziamento del sistema d'intervento sulle Dipendenze Patologiche. Tale quota dovrebbe essere tra il 1,5 e il 2,00 %
- Investimento sulla formazione istituendo Scuole di Specialità in Clinica delle Dipendenze Patologiche, per i medici, e Corsi specifici nei percorsi universitari delle altre professioni

- Favorire e promuovere accordi tra Università e ASL per le attività di ricerca che, in questo momento, non esistono quasi perché l'Università non ha modo di entrare in contatto con questa categoria di pazienti
- Affrontare la problematica degli Istituti Penitenziari, dopo il passaggio delle competenze sanitarie alle ASL
- Valutare le modifiche alla Intesa Stato-Regioni in merito agli accertamenti di assenza di tossicodipendenza nei lavoratori che gestiscono attività a rischio (mi riferisco ai contenuti della relazione che ho tenuto, sullo specifico argomento, alla Conferenza di Trieste)