



Circa 350 rappresentanti di associazioni di pazienti, associazioni d'impresa, della ricerca e sviluppo e del mondo del lavoro e delle professioni sanitarie hanno partecipato alla **tre giorni di confronto** promossa dal **Ministro della Salute** lo scorso 8, 9 e 10 luglio 2019 definita **MARATONA PATTO SALUTE**. Tutti i soggetti coinvolti nella tre giorni avevano la possibilità di lasciare il proprio contributo elaborato e depositato formalmente in occasione della propria audizione. **FeDerSerD**, unica Società Scientifica del mondo delle Dipendenze presente sia alla Maratona che con il proprio contributo è stata rappresentata dal segretario esecutivo nazionale dott. Guido Faillace. Proponiamo il testo presentato al Ministero.

FeDerSerD è la maggiore e più accreditata società scientifica nel settore delle dipendenze in Italia.

È una Federazione con una forte e strutturata rappresentanza a livello di tutte le regioni italiane.

Conta oltre 3000 iscritti, gestisce una rivista periodica inviata a tutti gli operatori del settore ed un sito web.

Si pone a disposizione del Ministero della Salute per una analisi puntuale del sistema di intervento per le dipendenze e per formulare proposte operative utili.

Di seguito indichiamo gli argomenti più urgenti da affrontare.

- La gravissima carenza di personale nei Ser.D.
- La mancanza di risorse per garantire i LEA.
- Le differenze regionali nella organizzazione del sistema di cura.
- La necessità di stanziare fondi adeguati per la ricerca e di promuovere interventi di prevenzione e di contrasto della cultura degli eccessi.

Di seguito illustriamo in sintesi alcuni elementi che motivano la individuazione delle priorità sopra indicate.

Sia la terapia che la prevenzione e il reinserimento delle dipendenze si trovano di fronte ad un grande problema culturale: le dipendenze non sono più viste come un pericolo e quindi il primo processo che dobbiamo contribuire ad attivare è che il recupero delle persone, al di là del loro impatto sociale, ha un valore generativo per la comunità, che non si può quantificare neanche economicamente, e dobbiamo cercare di recuperare ogni persona perché ogni persona è preziosa, senza distinguo.

La nostra cultura appare impregnata dalle culture dell'eccesso e dell'addiction.

Dobbiamo cercare di capire come questa cultura dell'eccesso che analizziamo da più di 20 anni si è ormai profondamente radicata e di conseguenza ci sono nuove sfide che emergono con prepotenza e richiedono un approccio intelligente e non strumentale.

Se perdiamo una persona perché è diventata dipendente e non è più in grado di dare il suo contributo alla vita sociale attiva con la sua creatività, la sua capacità di fare la propria parte per un progetto di società, perdiamo qualcosa di prezioso e allora tutta la società si impoverisce.

Nel momento in cui la dipendenza diventa normalità noi siamo già sconfitti.

Molti pensano che siamo già in questa condizione: lo siamo anche di fronte alle famiglie che chiudono gli occhi di fronte ai comportamenti dei ragazzi.

Dobbiamo tutti assumere questa sfida delle nuove fragilità e questo lo possiamo fare con una riscrittura della Legge 309, in una conferenza nazionale che latita da troppo tempo.

Ci vuole una nuova offensiva culturale.

Perché altrimenti il lavoro eroico nei Ser.D. e nelle Comunità che noi tutti facciamo è destinato a fallire diventando residuale se subiamo una delega sociale affidata agli specialisti, che poi saremmo noi. Pensate alla riforma della psichiatria con la 180: è stata possibile realizzarla nel momento in cui è diventata una battaglia culturale.

Nel momento in cui la malattia mentale è diventata l'oggetto di un argomento sociale e culturale allora è diventato possibile fare la riforma.

Se fosse rimasta di pertinenza degli specialisti quella sfida non sarebbe mai stata vinta.

Ci vuole un adeguamento della società e ci vuole, per riuscirci, una nuova offensiva culturale e politica. Sta avanzando una marea culturale che normalizza la dipendenza.

Bisogna mettere delle dighe per un Paese che diventa sempre più fragile.

La fragilità è ormai di casa in tutte le famiglie.

Prima le comunità sapevano accogliere le fragilità, ora non è più così.

In questo scenario la sanità moderna ci pone di fronte a situazioni complesse che sono sanitarie e sociali, e per le quali la società richiede risposte altrettanto complesse, attraverso una medicina che è fatta da una attività che ormai è solo e solamente interprofessionale e interdisciplinare.

La trasformazione in corso dello scenario epidemiologico, la contrazione delle risorse destinate alla assistenza sanitaria e la presenza nel nostro Paese di molteplici e a volte troppo differenziate sanità regionali ci spingono a diventare protagonisti e produrre cultura nel definire gli spazi possibili tra le nuove e diverse dimensioni organizzative e l'esercizio della clinica delle dipendenze.

I pazienti con disturbo da uso di droghe o da comportamenti vengono curati gratuitamente nei servizi pubblici per le dipendenze (Ser.D.).

Sono strutture del Sistema Sanitario Nazionale, di base e specialistiche, multidisciplinari, distribuite uniformemente nel territorio nazionale, in ogni ASL, nel numero di 580; operano in collaborazione e sinergia con le comunità terapeutiche, le amministrazioni comunali, la scuola, gli altri servizi della ASL e il volontariato.

Si occupano di prevenzione, cura e riabilitazione delle dipendenze.

Nei Ser.D. si curano annualmente circa 300.000 pazienti affetti da patologie da dipendenze, principalmente eroina, cocaina, alcol, tabacco, cannabinoidi e da gioco d'azzardo patologico (GAP).

Vi operano circa 7.200 operatori delle seguenti professionalità: medico, infermiere, psicologo, assistente sociale, educatore professionale, personale amministrativo.

Operatori che con trenta anni di esperienza e con un aggiornamento continuo basato sulle evidenze scientifiche sono in grado di offrire le migliori cure disponibili.

Tutto questo pur in presenza di una forte variabilità regionale nell'offerta quantitativa e qualitativa dei servizi.

I profili socio-demografici di questi pazienti vedono 4/5 di uomini; fa età media è di 39 anni; 2/5 almeno sono diplomati, la metà lavora, 1/4 ha figli.

Gli obiettivi delle cure, qui di seguito indicati per la dipendenza da oppiacei, sono perseguiti in stretta collaborazione con le Comunità Terapeutiche:

- Ridurre o interrompere il consumo di oppiacei.
- Prevenire danni futuri associati al consumo di oppiacei.
- Ridurre fino ad abolire la assunzione, e anche la assunzione non sicura, degli oppiacei per via iniettiva al fine di prevenire la diffusione dell'HIV e dell'HCV.
- Migliorare la qualità della vita ed il benessere del paziente dipendente da oppiacei.
- Ridurre il rischio di overdose.
- Ridurre le attività criminali.
- Migliorare lo stato fisico e psicologico.

La assunzione dei farmaci agonisti avviene negli ambulatori Ser.D. sotto la diretta supervisione del personale infermieristico. Oltre il 50% dei pazienti assume la terapia con un regime di affidamento che può avere una periodicità trisettimanale fino anche a mensile.

Il dosaggio medio in uso per le terapie di mantenimento è di 60 mg die per il metadone e 12 mg die per la buprenorfina.

Ove ce ne siano la indicazione terapeutica e la adesione del paziente allo specifico intervento farmacologico si associa il trattamento psicologico e sociale sia nelle forme di terapia (familiare, individuale, cognitivo comportamentale ecc.) che di counseling.

Ogni tre mesi al massimo il medico ridefinisce con il paziente il piano terapeutico con una revisione dei dosaggi e delle modalità di somministrazione e di assunzione.

I soggetti detenuti nelle carceri italiane, se per gli stessi è stata diagnosticata una dipendenza da sostanze possono ricevere un trattamento di cura in alternativa alla detenzione, presso i Ser.D. ovvero presso le Comunità Terapeutiche residenziali e/o semiresidenziali, purché fa pena residua sia uguale o inferiore a 6 anni. Tali programmi, che sottraggono i pazienti dipendenti alla carcerazione, possono essere attuati anche al momento dell'arresto o nel mentre sono in attesa di giudizio.

Numerose associazioni di volontariato, Onlus e associazioni professionali, di auto mutuo aiuto e di promozione sociale nel campo dei consumi e delle dipendenze sono attive in tutto il territorio nazionale per essere di supporto alle attività di assistenza, per la tutela dei diritti dei cittadini coinvolti, per promuovere il diritto alla salute, il diritto alla sicurezza e alla qualità dei servizi, ad una pubblicità corretta.

Siamo, noi operatori dei Ser.D., ancora di più ora, impegnati per la qualificazione permanente dei nostri servizi che sono sempre più specialistici per promuovere la caratterizzazione (specialistica) delle varie professioni per promuovere, purtroppo è ancora necessario, l'autonomia professionale all'interno delle équipe

multi professionali abbandonando le imposizioni gerarchiche che mortificano le professionalità, legate a retaggi di antica memoria che si rifanno ai ruoli di primario, aiuto, assistente.

La terapia con la partecipazione degli assistenti sociali e degli psicologi migliora la qualità dei risultati e la soddisfazione dei pazienti.

Gli operatori dei Ser.D., con l'aiuto delle società scientifiche e in prima linea di FeDerSerD, si pongono l'obiettivo di cercare in questo periodo di riorganizzazione governata dall'assillo economico lo spazio per migliorare ancora e per contaminare i colleghi di altri settori: pensiamo alla implementazione delle nuove conoscenze sulle neuroscienze, alla qualità della relazione, ai processi di recovery, alle specificità della nostra clinica, al valore e alla responsabilità di formalizzare una diagnosi.

Il giudizio dei pazienti sui Ser.D. è oggetto di indagini e rilevazioni (vedi ad esempio FeDerSerD/Eurisko): esse indicano un 90% dei pazienti che valutano buona la accessibilità ai Ser.D.; l'80% sono soddisfatti della terapia in corso; l'80% ritiene di aver migliorato la propria condizione psico-socio-relazionale; il 75% afferma di avere avuto continuità terapeutica in carcere (se ha avuto questa esperienza); il 90% ritiene soddisfacente il programma al Ser.D.

I costi sociali e sanitari per droghe e dipendenze ammontano all'1,3% del Pil.

I costi delle terapie nei servizi per un ciclo di terapia annuale ambulatoriale comprensivo di accoglienza, osservazione, diagnosi, è di circa 3.000 € per persona dipendente da eroina e determinano un risparmio per lo Stato di un valore almeno 4 volte superiore.

Altrettanto delicata è la cura dei pazienti affetti contemporaneamente da patologia da dipendenza e da patologia psichiatrica.

La specialità nelle Dipendenze si basa su un metodo caratterizzato da interdisciplinarietà, organizzazione a rete relazionale; rete di funzioni, produzione di cambiamento dei riferimenti di significato.

Infatti, rispetto ai pazienti affetti solo da disturbo da uso di sostanze, i pazienti con doppia diagnosi mostrano una maggiore severità psicopatologica, un aumento dei tassi di comportamento rischioso, che può portare ad infezione con il virus HIV e virus dell'epatite C, disturbi psicosociali e comportamenti criminali.

Tutto questo comporta costi elevati per la società.

Le principali società scientifiche dell'area delle dipendenze e della salute psichica dei cittadini: Federazione Italiana degli operatori dei dipartimenti e dei Servizi delle Dipendenze-FeDerSerD., Società italiana di psichiatria-SIP, e Società italiana di neuropsichiatria dell'infanzia e dell'adolescenza-SINPIA, hanno adottato una Carta dei Servizi per valorizzare la rete specialistica e integrata dei servizi a tutela dei malati e in applicazione dei LEA.

Centralità della persona, lotta allo stigma, specificità ed appropriatezza degli interventi sono i cardini di questa Carta.

I pazienti che presentano patologie plurime, come patologie psichiatriche concomitanti, vengono avviati ad un trattamento complessivo e gratuito con l'ausilio e la collaborazione dei centri specialistici competenti.

Il concetto di comorbilità o doppia diagnosi implica anche le interazioni tra le diverse patologie che influenzano il decorso e la prognosi di entrambe.

Possono verificarsi contemporaneamente o una dopo l'altra.

L'elevato tasso di comorbilità tra i disordini da uso di droga e altre malattie mentali suggerisce la necessità di un approccio globale all'intervento che identifica e valuta ogni disturbo contemporaneamente, fornendo il trattamento se necessario.

Di qui la necessità di una diagnosi clinica puntuale che superi considerazioni etiologiche proposte come esaustive e conclusive.

Ci sono dati che dimostrano come pazienti comorbili hanno difficoltà ad accedere ad un trattamento coordinato per entrambe le patologie.

La barriera principale per il trattamento è la separazione operativa dei Servizi della salute mentale e dei Ser.D.

La diagnosi corretta è fondamentale per garantire un trattamento adeguato ed efficace.

Rispetto ai pazienti affetti solo da disturbo da uso di sostanze, i pazienti con doppia diagnosi mostrano:

- una maggiore severità psicopatologica (Langâs *et al.*, 2011; Stahler *et al.*, 2009; Szerman *et al.*, 2012);
- un aumento dei tassi di comportamento rischioso, che può portare ad infezione con malattie come il virus dell'immunodeficienza umana (HIV)/Sindrome da deficit di immunodeficienza acquisita (AIDS) e epatite C (Khalsa *et al.*, 2008);
- disturbi psicosociali (ad es. disoccupazione, senz'altro);
- comportamenti criminali (Greenberg, Rosenheck, 2014; Krausz *et al.*, 2013).

Tutto questo comporta costi elevati per la società (De Lorenze *et al.*, 2014; Whiteford *et al.*, 2013).

Per questi motivi FeDerSerD e la Società Italiana di Psichiatria si sono proposti di promuovere la realizzazione di Linee guida per la gestione clinica dei pazienti con comorbilità psichiatrica e da dipendenza.

Linee guida che hanno nei seguenti concetti i loro principi ispiratori:

- Superamento del concetto di doppia diagnosi.
- Diagnosi e valutazione diagnostica multidimensionale.
- Presa in carico integrata da parte dei servizi.
- Medicina d'iniziativa.
- Diagnosi precoce.
- Promozione di un approccio orientato al recovery.

A proposito del DPCM del 18 marzo 2017 sui LEA (i livelli essenziali di assistenza), che in qualche misura riscrive il mandato istituzionale dei Ser.D. e di tutto il sistema di intervento sulle dipendenze con gli articoli 28 e 35, dal GAP agli interventi di riduzione del danno, al trattamento delle patologie correlate all'uso di sostanze, rileviamo come gli operatori dei Ser.D. sono molto preoccupati che esso si riduca ad un libro dei sogni per la mancanza di risorse economiche disponibili.

I Livelli essenziali di assistenza (LEA) sono le prestazioni e i servizi che il Servizio sanitario nazionale (SSN) è tenuto a fornire a tutti i cittadini, gratuitamente o dietro pagamento di una quota di partecipazione (ticket), con le risorse pubbliche raccolte attraverso la fiscalità generale (tasse).

I LEA hanno riscritto il mandato istituzionale dei Ser.D. e delle Comunità Terapeutiche che operano in collaborazione con i Ser.D. per la realizzazione del programma terapeutico predisposto da questi ultimi. Nell'ambito dell'assistenza territoriale, domiciliare e territoriale ad accesso diretto, il Servizio sanitario nazionale garantisce alle persone con dipendenze patologiche, inclusa la dipendenza da gioco d'azzardo, o con comportamenti di abuso patologico di sostanze, ivi incluse le persone detenute o internate, la presa in carico multidisciplinare e lo svolgimento di un programma terapeutico individualizzato che include le prestazioni mediche specialistiche, diagnostiche e terapeutiche, psicologiche e psicoterapeutiche, e riabilitative mediante l'impiego di metodi e strumenti basati sulle più avanzate evidenze scientifiche, necessarie e appropriate negli ambiti di attività.

Il punto nodale oggi è la carenza di personale nei Ser.D.

Se non assumiamo il personale nella misura necessaria:

- molti pazienti continueranno a restare senza cura;
- a molti pazienti non saremo in grado di offrire le tipologie di intervento necessarie;
- lo Stato continuerà a spendere molto danaro che altrimenti risparmierebbe, sui capitoli della Sicurezza Pubblica, della Amministrazione della Giustizia e della cura delle patologie correlate.

I professionisti dei Ser.D. sanno che la qualità delle cure potrebbe e dovrebbe migliorare, che sono anni che non si offrono a sufficienza nuovi interventi per le nuove manifestazioni della dipendenza, che ci sono troppi precari che debbono essere assunti a ruolo, che c'è bisogno di nuovo personale per far fronte alle esigenze.

In molte realtà italiane ci sono liste di attesa le quali determinano la impossibilità del paziente di curarsi altrove o privatamente.

Nella gran parte delle regioni italiane, specie in quelle dove è in corso un processo di riforma e riorganizzazione del sistema sanitario, si sta decidendo di tagliare, contrarre, accorpate tali Servizi, in totale contraddizione con i bisogni emergenti della popolazione e con le rilevazioni epidemiologiche relative alle patologie direttamente e indirettamente connesse al consumo a rischio ed alla dipendenza. Molte istituzioni regionali, pur affermando di voler sviluppare i servizi sanitari territoriali, che hanno il compito di assicurare la promozione della salute dei cittadini e la cura delle patologie di tipo cronico, stanno depotenziando inspiegabilmente i Servizi pubblici per le Dipendenze, senza fornire ragioni e dati a supporto di tale scelta, negandosi al confronto con gli addetti ai lavori e con le realtà non profit di settore.

Tale fatto è ancora più grave ed inaccettabile, in quanto penalizza persone e famiglie particolarmente fragili, senza potere contrattuale e di pressione, che non sono nella possibilità di far sentire la propria voce e di difendere propri diritti.

Viene da pensare che proprio in ragione di questa debolezza si proceda a tagliare le risorse e gli investimenti in questo settore: forse scelte in altri settori comporterebbero una diversa fatica e un maggiore rischio di perdita di consenso.

Le responsabilità istituzionali dei Ser.D. sono cresciute negli ultimi anni, anche a seguito di nuove disposizioni normative nel settore della sicurezza sul lavoro, del codice della strada, della sanità penitenziaria.

Il fenomeno del consumo a rischio e delle dipendenze è in continua espansione e i servizi pubblici per le Dipendenze dovrebbero poter differenziare l'offerta, rimodellarsi in funzione di diversi target di utenza, sperimentare proposte di cura specifiche per i più giovani, sviluppare gli interventi di integrazione e partnership territoriali, di pro-attività, per consentire il riconoscimento precoce del disagio ed anticipare la presa carico.

Ricordiamoci tutti che in questo settore avere un efficace sistema di intervento significa garantire la salute e la legalità.

È importante avviare i processi.

Bisogna lavorare per l'applicazione e la applicabilità dei LEA e la revisione del TU 309 che rafforzi il sistema dei servizi adeguandoli ai bisogni espressi e inespressi dei territori ed è necessario fare questo insieme ad un approccio che si declini senza colpevolizzare i malati e i consumatori, senza punirli, senza perseguirli, senza additarli.

FederSerD si pone a disposizione del Ministero della Salute in una analisi del sistema di intervento per le dipendenze e per collaborare alla stesura di proposte operative utili.