www.cnca.it

Riccardo De Facci

Dipendenze, un sistema abbandonato a se stesso?

I servizi sono sempre più in difficoltà per problemi organizzativi ed economici mentre cresce il consumo di sostanze psicoattive. I nodi di una situazione che mettendo in ginocchio le comunità

Una forte preoccupazione non può non assalire chi legge attentamente le ultime relazioni al Parlamento sullo stato delle tossicodipendenze nel nostro Paese, sia rispetto ai dati connessi ai consumi di sostanze psicoattive – ma anche alle accoglienze ed agli invii nelle strutture trattamentali –, sia rispetto alla tipologia dei bisogni e degli utenti inseriti nel sistema di intervento, ma anche per l'attuale organizzazione del sistema di intervento rispetto alle risorse investite e alle carenze ormai strutturali nei pagamenti e nello sviluppo delle strutture.

La discrasia tra bisogni e investimenti

Provando a entrare nelle singole voci di questo *cahiers de doléance*, ci sembra utile segnalare da subito l'estrema discrepanza tra le domande ed i bisogni evidenziati e il reale investimento che negli ultimi anni è stato fatto in questo campo.

I dati macro ci segnalano per il 2006 circa 176.000 soggetti in carico ai servizi pubblici (circa 500 i servizi attivi), con un 14% di nuovi utenti e un 86% di utenti che prosegue un trattamento. La classe di età degli utenti maggiormente presente è quella tra i 35 e i 40 anni, chiaro segnale della elevata età delle persone prese in carico. Complessivamente, è ancora il 73% (circa 128.000 persone) l'utenza con abuso primario di eroina e solo il 16% per cocaina, a fronte di un potenziale di consumatori problematici che sarebbero costituito, nelle stime più basse, in circa 210.000 persone per l'eroina e in almeno 150.000 per la cocaina (a fronte di soli 28.000 utenti in carico).

Questi dati – a cui va aggiunta la stima di circa 1.500.000 consumatori di cocaina nell'anno – ci mostrano certo un sistema di intervento che prende in carico un numero notevole di utenti, ma anche un sommerso (soprattutto per la cocaina e altre sostanze d'abuso) molto alto, che ci invita a riprendere la riflessione sul tema dell'aggancio al sommerso dei consumi e su quali potrebbero essere le nuove risposte da sviluppare.

Come CNCA in particolare e come privato sociale complessivamente, ci interessa prima di tutto capire le profonde trasformazioni che stanno avvenendo nelle nostre strutture di accoglienza, cercando di evidenziarne alcuni elementi critici che ne stanno mettendo in dubbio la stessa sopravvivenza.

Se nel 1996 erano circa 24.000 le persone ospitate in comunità terapeutica, sono solo 11.800 quelle entrate nelle comunità residenziali nel 2006, con una diminuzione in 10 anni del 55%, che riguarda non solo il numero degli ospiti ma che spiega anche la parallela diminuzione delle strutture di accoglienza, che stanno chiudendo con una media del 2-4% all'anno in questi 10 anni, con situazioni che – in alcune regioni – arrivano fino al 20% di posti vuoti.

Quali i motivi della messa in crisi di un sistema di intervento che negli anni Novanta veniva preso a modello da molti altri Paesi europei?

Regione che vai, retta che trovi

Un primo elemento su cui è utile riflettere è l'estrema discrepanza esistente nelle diverse regioni italiane tra le rette offerte alle comunità psicoterapeutiche e pedagogiche, come si evince dalla tabella qui di seguito indicata, per cui abbiamo rette che vanno – per le psicoterapeutiche – da un minimo di 37,66 euro della Campania ai 146 euro della Provincia di Trento per standard di professionalità simili (siamo a quasi 4 volte l'uno rispetto all'altro), oppure – per le comunità pedagogico terapeutiche – dai 24,60 euro della Campania o i 30 euro della Sicilia e i 141,60 euro della provincia di Trento (con un rapporto di quasi 1 a 5). Abbiamo sintetizzato nella tabella sottostante le diverse situazioni esistenti in alcuni territori italiani, evidenziando così la difficoltà di

garantire gli stessi diritti di cittadinanza in tutto il Paese, mettendo persino a rischio – in alcune regioni – la sopravvivenza stessa delle strutture residenziali.

Rette residenziali	Valle d'Aosta	Lombar.	Prov. Trento	Piemonte	Veneto	Em.Rom.	Toscana	Lazio	Camp.	Sicilia	Puglia
Comunità psicoter.	70	60	146	53,75	50,75	55,10	55	38,73	37,66	45	41,5
Comunità pedagogica	45	45	141,89	38	34,89	43,52	50,37	32,02	24,60	30	

Un Atto inapplicato

Un ulteriore problema è la non applicazione dell'Atto di Intesa Stato-Regioni del 1999, che avrebbe dovuto permettere la riorganizzazione omogenea del sistema di intervento in tutta Italia con criteri condivisi di autorizzazione e accreditamento nel sistema sanitario nazionale. Purtroppo tale atto, malgrado fosse stato sottoscritto da tutte le Regioni italiane e con l'approvazione di quasi tutte le più significative realtà comunitarie italiane, attualmente non è applicato che parzialmente in circa il 50% del territorio nazionale ed è totalmente disatteso nelle altre. In alcune regioni esiste il riconoscimento formale ed economico per solo 2 tipologie di strutture – ancora come da accordo del 1993 (pedagogiche e psicoterapeutiche) –, impedendo così l'evoluzione verso il necessario aggiornamento organizzativo e il riconoscimento economico delle strutture specialistiche (pensiamo ai temi della doppia diagnosi o all'accoglienza dei minori oppure alle madri tossicodipendenti con bambini o agli alcolisti). In altre regioni, invece, come la regione Lombardia, l'Emilia Romagna o il Veneto, è ora possibile l'accreditamento di diverse tipologie di strutture, quali:

- comunità di prime accoglienza o diagnosi sia residenziale sia semi residenziale
- comunità pedagogiche sia residenziali che diurne
- comunità psicoterapeutiche sia residenziali che diurne
- comunità per madri tossicodipendenti con figli o per coppie
- comunità per persone con doppie diagnosi e comorbilità psichiatrica sia residenziali che diurne
- comunità per alcolisti e policonsumatori

prevedendo anche la possibilità di integrare alcuni moduli specialistici tra loro e permettendo così di avere fino a circa 20 tipologie diverse di unità di offerta e aumentando il sistema differenziato di intervento.

Esemplifichiamo nella tabella sottostante le rette sulla doppia diagnosi nelle uniche regioni che riconoscono tale tipologia di intervento:

Regioni	Val d'Aosta	Piemonte	Lombardia	Trentino	Veneto	Emilia Romagna	Toscana
Comunità per doppie diagnosi	120	125	120	149	63,44	109,89	99,1

I ritardi nei pagamenti

Il problema che però, più di altri, ha in questi anni provocato difficoltà e irritazioni negli operatori del privato sociale è stato il grande ritardo accumulato da alcune Regioni (es: Lazio, Campania, Sicilia) nel pagamento delle somme dovute alle comunità terapeutiche. Il ritardo del pagamento delle rette alle comunità è arrivato in alcune regioni anche fino a 600/750 giorni dall'emissione delle fatture (fino a più di 2 anni), con un indebitamento insopportabile verso le banche da parte delle strutture del privato sociale. In più, si registrano persino casi di offerte al privato sociale, da parte di alcune agenzie di riscossione incaricate dalle Regioni, di rinuncia di parte del debito accumulato (tra il 10 e il 20%) pur di accelerare la riscossione del debito. Tali ritardi – con la mancata applicazione dell'accREDITamento e il non adeguamento delle rette, ancora ferme in alcune regioni a 5-7 anni fa – ha decisamente messo in discussione la sopravvivenza di molte delle nostre strutture.

Superare questa situazione di incuria

Il ministro Ferrero e la ministra Turco, appurata la difficoltà in cui versano le nostre strutture dovute prioritariamente a questi ritardi, si erano impegnati a fare pressioni sulle Regioni ritardatarie, a cui tra l'altro il ministero della Sanità ha girato risorse aggiuntive in questi mesi tentando di inserire il privato sociale nelle priorità di pagamento. Speriamo che la caduta del governo e le situazioni di eventuali ulteriori ritardi regionali, insieme con il mancato coordinamento nazionale degli interventi, non facciano ripiombare le nostre realtà nella situazione di abbandono che esse hanno vissuto in questi anni.

La chiusura progressiva del 3-4% delle nostre strutture ogni anno e la progressiva diminuzione (circa il 10% annuo) degli accessi alle strutture comunitarie richiede una riflessione profonda del sistema per facilitarne la trasformazione dove utile e un ripensamento profondo dove necessario. Riteniamo che il sistema delle comunità residenziali non possa essere lasciato in questa situazione di incuria e abbandono proprio in questa fase di ripensamento e rilancio.