



FEDERAZIONE ITALIANA DEGLI OPERATORI  
DEI DIPARTIMENTI E DEI SERVIZI DELLE DIPENDENZE  
*Federazione Lombardia*

### III Commissione Sanità e Politiche Sociali

*Presidente dott. Fabio Rizzi*

**Ai Consiglieri della III Commissione**

---

*Presidente*

Prof. ALFIO LUCCHINI

*Vicepresidente*

Dott.ssa CONCETTINA VARANGO

*Segretario*

Dott. MARCO RIGLIETTA

---

*Direttore Comitato Scientifico*

Prof. VINCENZO MARINO

---

*Membri Consiglio Direttivo*

*Sandra Basti, Elena Bertolini,  
Angelo Bianchetti, Raffaella Brigada,  
Edoardo Cozzolino, Maurizio Fea,  
Ernestino Goia, David Micheli,  
Manuela Serrentino, Elisabetta Villa,  
Franco Zuin*

---

PRESIDENTE FEDERSERD

LOMBARDIA

tel 335 6612717

e-mail federserd2015@gmail.com

---

SEGRETERIA ORGANIZZATIVA  
FEDERSERD LOMBARDIA

Via Matteotti, 3

22066 Mariano Comense - CO

tel 031 748814

fax 031 751525

e-mail federserd@expopoint.it

Presentiamo uno scritto accompagnatorio per la audizione odierna.

Ci siamo permessi di illustrare le attività attuali e il significato della organizzazione dipartimentale delle dipendenze, attiva dal 2000 in Lombardia.

Le proposte di riforma socio sanitaria vedono ampie opportunità di sviluppo del settore in una logica di rete territoriale e di integrazione socio sanitaria.

Considerando che i testi in esame allo stato attuale non evidenziano correttamente l'ambito di intervento di interesse, proponiamo in conclusione un articolato di legge utile.

Grazie per l'attenzione

Alfio Lucchini

Milano, 11 febbraio 2015

## L'intervento di contrasto delle dipendenze

### Uno sguardo d'insieme

Le Dipendenze rappresentano un trend in aumento.

Tutti gli indicatori indicano che la diffusione delle dipendenze tende rapidamente ad aumentare.

Le ragioni di questa diffusione sono legate ad elementi strutturali del modello socio-economico e culturale dominante nel mondo sviluppato ed anche nel nostro Paese, e si parla ormai di Società Dipendente.

Gli obiettivi nel tempo in Italia sono cambiati:

- Anni 80/90 – emergenza eroina, decessi per overdose arrivati ad oltre 1.000 annui, MTS, HIV fino al 40% dell'utenza. Utenti attorno agli 80.000 annui a fine anni '90.
- Anni 2000 – inizio della evidenza di nuovi fenomeni, HCV e HBV. Utenti 170.000.
- Attualità – overdose fatali circa 300 annue, HIV attorno al 12% utenza, netta riduzione HCV e HBV. Assegnati compiti ulteriori di sanità pubblica (alcol e droghe e codice della strada, controlli sui lavoratori a rischio, percorsi prefettizi, ecc). Nuovi fenomeni (Gioco d'Azzardo Patologico), problemi Carcere – Territorio, Utenti con un flusso di 300.000 annui.

Segnaliamo che la moltitudine di nuove sostanze psicoattive e la velocità con cui sono emerse in tutte le regioni del mondo è una delle tendenze più importanti nel mercato della droga negli ultimi cinque anni. (Ufficio delle Nazioni Unite contro la Droga e il Crimine, Rapporto Mondiale sulle droghe).

Preoccupa moltissimo l'utilizzo senza prescrizione medica di tranquillanti e sedativi e lo sviluppo delle Dipendenze comportamentali.

In Italia, ad esempio, dalla relazione del Ministro alla Salute al Parlamento del 2013 sull'Alcol possiamo evidenziare che i costi umani ed economici sono alti:

-Mortalità alcol correlata: 3,9% del totale della mortalità maschile e l'1,7% di quella femminile ( 18.000 morti nel 2013 ) di cui 1.100-1.300 per incidenti stradali.

-Infortuni sul lavoro alcol-correlati: 100-300.000 /anno.

-Binge Drinking; nella popolazione italiana di 11 anni e più i *Binge drinkers* (assunzione di 6 o più unità di alcol in un'unica occasione al di fuori dei pasti almeno 1 volta nell'anno) rappresentano complessivamente il 6,9% ed in particolare l' 11,1% dei M; il 3,1% delle F; il 20,1% dei giovani di 18-24 anni.

E se parliamo del Tabacco è la principale causa prevedibile di morbosità e mortalità in Italia come in tutto il mondo occidentale, la principale causa di BPCO ed è associato alla malattia coronaria e agli accidenti cerebrovascolari. Si stima che in Italia siano attribuibili al fumo di tabacco circa 90.000 morti all'anno, di cui oltre il 25% di età compresa tra i 35 ed i 65 anni.

In generale gli Stili di vita patogeni ( fra i quali un ruolo di 1° piano è occupato dal consumo e abuso di alcol , tabacco, droghe, iperalimentazione, ecc.) sono il più importante fattore di mortalità nei Paesi sviluppati .

## **I Servizi delle Dipendenze**

I Ser.D sono i servizi pubblici per le dipendenze del Sistema Sanitario Nazionale, istituiti dal DPR 309/90.

Sono strutture territoriali, di base e specialistiche, multidisciplinari, in ogni ASL, in numero di 570 in Italia.

Ai Ser.D sono demandate le attività di prevenzione dei comportamenti di abuso/dipendenza, screening trattamento e prevenzione delle patologie correlate, riabilitazione e reinserimento sociale e lavorativo.

Tutto ciò in collaborazione e sinergia con le comunità terapeutiche, le amministrazioni comunali, la scuola, gli altri servizi della Asl, e il volontariato.

In generale attuano interventi di primo sostegno ed orientamento per paziente con problematiche di dipendenza e le loro famiglie, specialmente nei confronti delle fasce giovanili della popolazione.

In particolare operano accertamenti sullo stato di salute del soggetto da trattare e definiscono programmi terapeutici individuali ambulatoriali o in collaborazione con comunità terapeutiche accreditate (mediante programmi residenziali o semi residenziali variamente articolati).

I Ser.D hanno una posizione privilegiata nell'ambito della rete nella quale si muove il sistema delle dipendenze.

I profili socio-demografici dei pazienti vedono 4/5 di uomini; la età media di 34 anni con due picchi (18-24 e 39-44); 2/5 almeno diplomati; la metà lavora; 1/4 ha figli.

I profili di consumo dei pazienti sono vari:

-Uso costante e intensivo di eroina o cocaina (adulti, media 35 anni, cure presso i SerD).

-Poliassuntore (eroina, cocaina, cannabis, alcol, psicofarmaci, GAP): sono giovani, cure presso i SerD e contatti con le UM di strada.

-Cannabinoidi (è possibile uso saltuario cocaina, alcol, amfetaminici, GAP): sono giovani e giovanissimi, spesso dal circuito sanzionatorio, in cura presso i SerD.

-Cocaina, alcol e in misura minore consumatori di eroina. Situazione tipica di persone adulte, in Carcere.

Temî emergenti nel settore sono: la necessaria precocità nell'intervento; la cronicità e la continuità assistenziale; i minori e le funzioni genitoriali; l'intervento di prossimità e di ascolto; le urgenze e le estreme gravità; il tema droghe e povertà; la riduzione del danno e dei rischi; il rapporto con MMG e la rete delle cure primarie in genere; la complessità del Gap ( gioco d'azzardo patologico) come paradigmi e modelli di intervento.

Il giudizio dei pazienti sui Ser.D. è oggetto di indagini rilevazioni.

Ad esempio le recenti (2012) FeDerSerD/Eurisko, Osservatori territoriali Dipendenze, Customer satisfaction pubblicate, indicano un 90% dei pazienti che valutano buona la accessibilità ai SerD;

l'80% 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 SerD.

**Esiste in buona parte del Paese un sistema integrato di intervento pubblico privato governato dal Dipartimento delle Dipendenze.**

**In Lombardia il Dipartimento delle Dipendenze è stato istituito nel 2000 in ogni ASL, ed è a carattere gestionale.**

**In Lombardia** i dati epidemiologici ( CNR IPSAD – ESPAD) attestano per le sostanze illecite una stabilità del consumo di cannabis (intorno al 14% della popolazione lombarda con età compresa tra i 15 ed i 64 anni, 60.000 residenti l'hanno consumata almeno una volta di recente). L'uso di cocaina ha coinvolto circa 180.000 residenti lombardi nell'ultimo anno e l'uso di eroina 30.000 residenti. Tuttavia, diminuisce l'uso di cocaina e cresce leggermente l'uso di eroina, soprattutto tra le donne. A consumare di più sono gli uomini per tutte le sostanze illecite. In diminuzione anche l'uso di allucinogeni e in lieve diminuzione l'uso di stimolanti. Diminuisce anche l'uso di tabacco, mentre il consumo di alcol resta costante. Tra gli utilizzatori di alcol, l'8% in Lombardia risulta aver assunto un comportamento alcolico problematico. In aumento il gioco d'azzardo sia tra gli uomini che tra le donne, in particolare riguarda circa 2,7 milioni di residenti. In aumento i giocatori problematici, si stimano intorno ai 110.000 residenti, 20.000 meritevoli di cure.

**In Lombardia** 850 professionisti dipendenti del SSR operano nei Ser.D.: 180 medici; 130 psicologi; 270 infermieri; 140 assistenti sociali; 48 educatori; 08 assistenti sanitari; 90 amministrativi.

Vi sono poi circa 100 consulenti, in gran parte psicologi e medici.

A fronte della enorme diffusione delle dipendenze, malattie sociali che incidono sulla salute collettiva in modo massiccio, si spende per il Sistema di prevenzione e cura in Lombardia *solo lo 0,7% delle risorse del SSR e lo 0,06% del PIL* , mentre il numero dei professionisti impegnati è appena l'1,08% del totale del SSR.

**Nel 2013 vi è stato un flusso di 50.000 utenti nei Dipartimenti delle Dipendenze Lombardi:**

Dipendenza da sostanze illegali	21.000
Alcolismo	12.500
Gambler	1.700
Tabagismo	800
Compiti di sanità pubblica (patenti, lavoratori, ecc...) e interventi in Carcere	12.000
Comunità terapeutiche	3.000
SMI	2.500
Realtà auto mutuo aiuto (frequenze)	1.500
UM, Drop in, Serv. Bassa Soglia (contatti)	migliaia

I costi dei servizi pubblici (FSR) sono pari a 60 milioni di €, per le 90 strutture ambulatoriali SerT /Noa del SSR. I costi del privato sociale (FSR) sono pari a 50 milioni di €, per le 130 strutture di comunità, di prossimità e ambulatoriali private.

Quindi i costi totali sistema sono pari a 110 milioni di €, lo 0,7% del FSR (1,1 % in Italia).  
**Ricordiamo che i costi sociali e sanitari per droghe e dipendenze ammontano all'1,3 % del PIL**

(relaz. tendenze pensionistiche e sanitarie - Ragioneria dello Stato 2011 – Relaz. Parlamento Droghe 2013 – studio DeMoS 2011 e STAR 2012 EURISKO – FeDerSerD – relazioni pubbliche DG Famiglia RL 2014)

I costi delle terapie nei Servizi per un ciclo terapeutico comprensivo di accoglienza, osservazione, diagnosi, terapia annuale ambulatoriale, vedono in Lombardia una media tra i profili di gravità pari a 3.000 € per persona dipendente da sostanze, 2.500 per persona alcol dipendente, 2.000 per gambler.

**Le "Regole 2015" della Regione Lombardia offrono largo spazio ai Dipartimenti delle Dipendenze.**

Seguono quanto previsto nelle regole 2014 di promozione dello spostamento dell'asse di cura dall'Ospedale al Territorio e una "*cultura dell'assistenza territoriale*" basata sui principi di *prossimità* al cittadino, *presa in carico*, *continuità assistenziale*.

*Vengono ampiamente descritti gli strumenti per la valutazione multidimensionale del bisogno e gli strumenti diagnostici per le dipendenze.*

**Quindi ci troviamo di fronte ad un sistema, quello delle dipendenze, incastonato nei principi forti delle ipotesi di riforma socio sanitaria.**

**Un sistema che è orientato tra le cure primarie e la specialistica.**

*La proposta forte, favorita dai livelli integrativi previsti nei testi di riforma, va verso un sistema di cure miste – condivise. Il riordino del sistema d'intervento sulle Dipendenze deve puntare ad un modello di cure miste-condivise in grado di garantire una presa in carico articolata - come per tutte le altre patologie - per livelli di intervento/assistenza, integrata tra: servizi di base e specialistici, servizi sanitari, socio sanitari e sociali, servizi territoriali ed ospedalieri.*

*Come per tutte le altre patologie ad andamento cronico il sistema dovrebbe prevedere diversi livelli di intervento:*

*-un livello di base : in grado di garantire la rilevazione del bisogno, la selezione , la motivazione e l'orientamento dei pazienti da inviare ai centri specialistici e la collaborazione con i centri specialistici (trattamento e nella riabilitazione di soggetti stabilizzati), che veda come attori i Servizi dedicati alla generalità dei cittadini: MMG associati , Servizi Sociali degli Enti Locali, altri Servizi Territoriali alla Persona, Unità Mobili Giovani. E ovviamente i Servizi dedicati a cittadini con Dipendenze Patologiche: Unità Mobili Tossicodipendenti, Drop-in, rete dei Gruppi di self-help.*

*-un livello specialistico di trattamento delle diverse forme di Addiction e delle Patologie Correlate: ambulatoriale e residenziale (riabilitativo e ospedaliero) in grado di assicurare, una attività diagnostico-terapeutica specialistica della dipendenza e delle patologie correlate, che veda come attori i SerD (Livello specialistico ambulatoriale, i Servizi Ospedalieri di Medicina delle Dipendenze (nei POT – Presidi Ospedalieri Territoriali dell'Azienda Sanitaria Territoriale), i Servizi Residenziali riabilitativi per le dipendenze (Comunità Terapeutiche), i Servizi Specialistici di Cura delle Patologie Correlate ( DSM, Reparti Malattie infettive, ecc.).*

*I Servizi Ospedalieri di Medicina delle Dipendenze si configurano come un'offerta diagnostico-terapeutica multimodale a maggiore intensità assistenziale. Tali programmi, di durata orientativa tra i 21 e i 42 giorni, rappresentano una fase del percorso terapeutico finalizzata all'approfondimento diagnostico e trattamento di quadri clinici complessi, alla disassuefazione controllata da sostanze o sostitutivi, al rafforzamento della motivazione e skill training riabilitativo.*

### **Integrazione fra Servizi Territoriali alla Persona e Servizi Specialisti per le Dipendenze**

Oltre che per le funzioni di rilevazione del bisogno, selezione, motivazione e orientamento dei pazienti, la stretta integrazione fra servizi territoriali alla persona e servizi specialistici delle dipendenze è fondamentale per la realizzazione degli interventi di riabilitazione psicosociale finalizzati al contrasto dei processi di cronicizzazione.

La cronicità non è semplicemente la conseguenza di un deficit dell'individuo, ma si sviluppa e si mantiene nell'interazione reciproca fra l'individuo portatore di "disabilità" e il suo ambiente relazionale significativo: non cronicità ma processi cronici.

### **Integrazione fra DSM e Dipartimento delle Dipendenze**

I dati epidemiologici mostrano che necessita una maggiore integrazione sia per evitare duplicazioni di interventi su pazienti che afferiscono ai 2 sistemi di cura, sia nei processi diagnostico-terapeutici necessari per il trattamento.

Risulta quindi *indispensabile* l'adozione di procedure organizzative, *protocolli* di intervento e metodologie diagnostiche condivisi e integrati .

### **Regia programmatorio - gestionale**

Le funzioni programmatorio-gestionali sono svolte dai Dipartimenti delle Dipendenze, attivi del 2000 in Lombardia e strutturali dal 2009, essenziali allo scopo di assicurare la necessaria governance territoriale del sistema e si esplicano attraverso la pianificazione territoriale, le strategie di controllo e il Coordinamento della Rete Territoriale e l'integrazione degli interventi.

## **Alcuni esempi di peculiarità del settore delle dipendenze**

1. **La diagnosi ed il trattamento dei disturbi da uso di sostanze e dei comportamenti di addiction**

*Le patologie da dipendenza sono patologie complesse e lo specialista del settore inevitabilmente ha/deve avere competenze tossicologiche, psicopatologiche, infettivologiche ed internistiche, ma anche giuridiche, sociali, relazionali, educative, sociologiche e culturali.*

Il paziente che si avvicina ai servizi oggi ha caratteristiche molto differenziate e ai servizi si "rivolge un mondo" caratterizzato dal continuum fra l'adolescente consumatore di sostanze (illegali/legali) saltuario, l'adulto con patologia da abuso/dipendenza socialmente integrato e la persona con un disturbo da uso di sostanze grave a costante rischio di vita e senza reti sociali di protezione.

La patologia da abuso/dipendenza è aggravata inoltre da uno stigma superiore anche a chi soffre di altri disturbi mentali il che comporta la necessità di prendersi cura del contesto di vita per riuscire a condizione il percorso di cura dei pazienti..

*Il pregio dell'attuale sistema di intervento, unico esempio nel panorama sanitario e sociosanitario, è rappresentato dal non avere nessun limite di età alla presa in cura (a differenza della medicina di base o della salute mentale che da sempre differenziano la pediatria/adolescenza dall'età adulta), dall'essere un sistema di intervento specialistico territoriale, dal garantire la continuità assistenziale in rete con agenzie sanitarie e sociali, dal*

*prendersi cura delle persone e delle famiglie e non centrare l'intervento sul sintomo/prestazione, dalla possibilità di un continuum fra interventi di prevenzione universale, trattamento precoce (o prevenzione selettive e indicata) e trattamento della patologia di diverso livello di gravità.*

*A tutto questo si aggiunge la ricchezza della vivacità culturale legata al confronto interprofessionale.*

Diagnosi non come mera etichetta ma come valutazione del bisogno per un intervento ritagliato sulla persona che approfondisca attraverso le differenti professionalità la storia tossicologica (tipologia di sostanze, modalità di uso, significato, craving, perdita del controllo), lo screening delle patologie correlate internistiche, lo screening patologie correlate infettivologiche (epatiti, HIV, MTS), lo screening delle patologie psichiatriche correlate, la valutazione del funzionamento psicologico (disturbi del comportamento, dell'adattamento sociale, del livello intellettuale, dell'affettività ed emotività, del livello di consapevolezza del sé, della capacità di fare esame di realtà, della sintomatologia psichica, dei meccanismi di difesa), l'analisi del contesto socio-relazionale, di quello familiare e delle dinamiche intra-familiari, del livello di integrazione raggiunto e delle capacità residue ed infine, ma non ultimo in ordine di importanza, della situazione legale (procedimenti amministrativi/penali).

*Il trattamento all'interno dell'equipe multidisciplinare permette l'integrazione anziché la disgregazione che è il limite del mondo sanitario occidentale.*

Le tipologie di trattamento nei servizi sono molto diversi: spaziano da semplici prestazioni certificative o di consulenza a singoli e famiglie, a trattamenti brevi nella logica del trattamento precoce oggi tanto ricercato in altri campi della medicina che trattano patologie croniche (dalla salute mentale alla diabetologia, alla cardiologia).

In questo continuum troviamo il trattamento specialistica delle condizioni di dipendenza cronica che deve essere gestita al pari di altre patologie croniche quali il diabete, l'ipertensione o l'asma allergico.

Come queste malattie si deve tener conto dell'ereditarietà (come diabete, ipertensione, asma dell'adulto), della fisiopatologia (negli stati di dipendenza ci sono cambiamenti anatomo-funzionali del Sistema Nervoso Centrale), del decorso (come nel diabete, nell'ipertensione o asma dell'adulto ci sono fasi di benessere completo alternato a riaccensioni che vanno trattate più intensivamente o rivalutate anche in situazioni di degenza).

*I trattamenti, lo dimostrano tutte le grandi revisioni degli studi internazionali, sono più efficaci quando integrano il trattamento farmacologico a quello psicologico e devono necessariamente tener conto della compliance al trattamento.*

*Evitare la frammentazione degli interventi in servizi differenziati aumenta la ritenzione in trattamento, elemento indispensabile per ottenere minori ricadute.*

## **2. Il valore dell'intervento multidisciplinare**

Attribuire ai Ser.D esclusivamente un ruolo clinico, per quanto di competenza, è riduttivo.

L'esperienza dei Ser.D Lombardi nella presa in carico delle dipendenze è orientata totalmente alla luce di un approccio multimodale, così come avviene nell'addiction .

Partendo dalla complessità del problema, si è reso necessario da parte degli operatori del Servizi fornire una risposta pluridimensionale.

In linea di massima non c'è cura farmacologica senza adeguato sostegno di tipo educativo, sociale e psicologico che, nel caso delle addiction, presenta aspetti di particolare complessità.

Tale integrazione è patrimonio comune dei Servizi e non di altre realtà pubbliche che lavorano non sull'onda di un approccio multidisciplinare, ma consulenziale.

I Dipartimenti delle Dipendenze della Regione Lombardia hanno avviato da anni una serie di azioni cliniche, di sensibilizzazione sulle tematiche della dipendenze e di formazione.

L'aspetto principale del trattamento, per l'equipe dei Ser.D, tiene conto di due elementi: la consapevolezza del problema e la gestione delle problematiche complesse legate all'addiction.

Non ci sono reali possibilità di cura senza una consapevolezza del problema da parte del paziente e una sua conseguente motivazione al cambiamento.

Il lavoro motivazionale costituisce, tra gli operatori dei Ser.D, una delle armi indispensabili per un servizio ben funzionante, in grado quindi di ridurre i drop out.

Accanto alla consapevolezza del problema, l'altro aspetto su cui si lavora immediatamente è in genere quello psico-socio-educativo.

Spesso l'accesso ai servizi è motivato dalla necessità di affidarsi a degli esperti per la gestione delle problematiche legate alla dipendenze, che per molti pazienti rappresenta un aspetto incontrollabile della propria vita.

L'impegno profuso dei Dipartimenti delle Dipendenze in questi anni di lavoro, ha come principale obiettivo quello di garantire ai pazienti dipendenti quello spazio di cura adeguato alla gravità della malattia che li affligge e quella sensibilità sociale, politica ed istituzionale necessaria per orientare i programmi di prevenzione e riabilitativi.

Riteniamo che i risultati ottenuti siano di sicuro interesse e possano avvalorare l'ipotesi che, da parte degli operatori dei Ser.D, vi sia una capacità acquisita di lavorare con i disturbi di personalità, "regno oscuro" nel quale la psichiatria non interviene, e anche con le comorbilità psichiatriche .

In questi anni di lavoro si è creato un linguaggio comune tra i membri dell'equipe multidisciplinari dei servizi e si è promosso sempre più un approccio scientifico alle addiction vecchie e nuove nelle realtà di appartenenza e più in generale in Lombardia, alla luce delle competenze maturate nel trattamento delle altre dipendenze.

A nostro avviso, le equipe multidisciplinari dei Ser.D, abituate da anni ad un lavoro integrato sulle dipendenze patologiche, si prestano particolarmente bene ad accogliere il problema correlato alle dipendenze, sia per modalità di lavoro adottate, sia per tipologia di figure professionali presenti.

In questa prospettiva, dunque, i Ser.D, hanno una posizione privilegiata nell'ambito della rete nella quale si muove la persona con problematiche di dipendenza.

I Ser.D costituiscono, al momento, l'unico servizio pubblico sul territorio regionale in grado di offrire una risposta integrata al problema dell'addiction.

### **3. Carcere e Territorio**

La carcerazione del tossicodipendente costituisce un progressivo passo nell'emarginazione e un ulteriore fattore di rischio, che va ad aggiungersi a quello prodotto dalla dipendenza, con la lacerazione progressiva dal proprio ambiente sociale e familiare, nel quale si è manifestato il disagio: all'interno dell'ambiente penitenziario i tossicodipendenti manifestano un bisogno di contenimento del disagio della detenzione e della tossicodipendenza con i problemi a loro connessi.

Il carcere può rappresentare per molti giovani, detenuti per reati finalizzati all'acquisto della sostanza e comunque non delinquenti abituali, l'occasione per entrare in circuiti delinquenziali di più vasta portata, che possono rappresentare per loro, dopo la scarcerazione, un riferimento ed un aiuto pagati al prezzo di altri reati.

*L'equipe multidisciplinare Ser.D in Carcere* prende in carico persone tossicodipendenti, o con problemi alcol correlati o gioco d'azzardo patologico, detenuti presso le Case Circondariali e di Reclusione.

Gli obiettivi generali dell'equipe sono: promuovere la tutela della salute e l'integrazione sociale durante la carcerazione e nella prospettiva dell'uscita dal carcere; stabilire un continuum tra il prima e il dopo la detenzione (sia a livello terapeutico, che di rete dei servizi e con il territorio); realizzare un nuovo stile di vita intramurario più adeguato ai propri bisogni migliorare le capacità di stabilire relazioni interpersonali e promuovere l'empowerment; aumentare la consapevolezza della propria



condizione di tossicodipendenza/alcoldipendenza e delle problematiche correlate ad essa; sostenere, orientare, motivare il soggetto per un trattamento più avanzato per un progetto extramurario o comunque da proseguire successivamente; ristabilire legami familiari o con le figure significative.

Leit-motiv è: promuovere la collaborazione, il confronto e l'integrazione professionale degli operatori coinvolti nel lavoro quotidiano del carcere, quali attivatori della rete, anziché come "dispensatori", centrando il focus dell'attività sulla globalità della persona e del suo sistema, innescando un percorso che prevede un reinserimento socio-lavorativo del detenuto nel territorio.

Tale lavoro è possibile solo attraverso una forte integrazione tra gli operatori dell'equipe Ser.D in carcere che prendono totalmente in carico la persona detenuta .

**In altri settori specialistici, come la psichiatria, tale integrazione non è presente ma il lavoro si articola solo sulla base di consulti richiesti dal medico SIAS da parte dello psichiatra.**

#### **4. Prevenzione e Osservatorio**

Il sistema delle dipendenze è parte importante del processo di raggiungimento degli obiettivi definiti nel Piano Nazionale della Prevenzione 2014 – 2018 (PNP).

In particolare nella elaborazione e attuazione del Piano Integrato Locale di Promozione della Salute e dei Piani Locali Prevenzione Dipendenze e per la sensibilizzazione, informazione, prevenzione e formazione in tema di Gioco d'azzardo patologico (GAP); nella attività di Osservatori specifici; nel prevenire le dipendenze da sostanze e comportamenti; nei programmi LifeSkills Training Program Lombardia e Unplugged; nel programma Aziende che Promuovono Salute – Rete WHP Lombardia; nelle azioni/interventi relativi alla disassuefazione del tabagismo.

Esiste una Rete Regionale per la Prevenzione Dipendenze, tramite il Tavolo Tecnico Regionale per la Prevenzione (TTRP), che si occupa del coordinamento operativo dei programmi preventivi regionali (LifeSkillsTraining Lombardia, Unplugged ecc.) ed è collegata ai Comitati Rete Locale Prevenzione di ogni Dipartimento delle Dipendenze.

**Ricordiamo che l'area della prevenzione *selettiva ed indicata* prevede la titolarità delle azioni in capo all'ente pubblico.**

Da quindici anni in Lombardia il sistema delle dipendenze conta su Osservatori epidemiologici territoriali specifici per lo studio e l'analisi dei dati del fenomeno, a base della programmazione territoriale, coordinati nel tavolo regionale osservatorio dipendenze (TTRO).

**Infine è opportuno ricordare che una parte consistente del lavoro dei Dipartimenti delle Dipendenze attiene a persone con comportamenti di illegalità.**

**I Dipartimenti quindi hanno funzioni di sicurezza sociale per i cittadini e le istituzioni del loro territorio.**

**Le attività svolte rispondono ad un principio anche di lotta alla criminalità.**

**Ricordiamo che per questi motivi e la strategicità del compito il coordinamento nazionale antidroga è presso la presidenza del Consiglio dei Ministri con il Dipartimento Politiche Antidroga, e non in singoli ministeri.**

## PROPOSTA DI ARTICOLATO

Art. ....

**L'intervento di contrasto delle dipendenze**

Considerata la continua evoluzione dei fenomeni nella società e i risvolti normativi (Ln 162/90, dpr 309/90, Ln 45/99, Ln 125/01, dgr 12621/03, Ln 49/06, dgr 10804/09, Lr 8/13, Ln 79/14), di sanità pubblica e di difesa della legalità, ogni AISA assicura le funzioni di governo territoriale, di valutazione multidimensionale del bisogno, di erogazione dei servizi in tema di dipendenze, attraverso le articolazioni del Dipartimento gestionale delle Dipendenze.

La programmazione territoriale degli interventi di contrasto delle Dipendenze è assicurata dal Dipartimento delle Dipendenze. Per quanto attiene ad alcune aree di intervento la programmazione degli interventi deve essere condivisa con i Dipartimenti di Salute Mentale.

Il Dipartimento delle Dipendenze inoltre, cura i rapporti con tutti i soggetti territoriali, istituzionali, gli accreditati e il volontariato e svolge funzioni di supporto, per quanto di competenza, agli osservatori regionali e agli organismi regionali di programmazione.

Le UOC denominate “Servizio di prevenzione, cura e riabilitazione delle Dipendenze” (SERD) assicurano, con un metodo di lavoro multidisciplinare, le attività di prevenzione, cura e riabilitazione delle patologie da abuso/dipendenza da sostanze psicoattive illegali e legali (alcol, tabacco, psicofarmaci) e addiction comportamentali (gioco d'azzardo patologico, internet addiction, shopping compulsivo, ecc.) attraverso i seguenti presidi:

- a) Ser.T./N.O.A./altri Presidi specialistici per specifiche forme di addiction (centri dipendenze giovanili, centri per il trattamento di dipendenze specifiche, ecc.) accreditati: deputati ad attività diagnostiche e terapeutico-riabilitative oltre che di prevenzione universale, selettiva e indicata sia ambulatoriali, che domiciliari e territoriali (presso le carceri e le strutture residenziali accreditate);
- b) Servizi ospedalieri di Medicina delle Dipendenze con un numero di posti letto adeguato ai bisogni, che si configurano come un'offerta diagnostico-terapeutica multimodale (medico-psico-sociale e in continuità terapeutica Ospedale-Territorio) a maggiore intensità assistenziale e in grado di realizzare programmi, di durata orientativa di 3-6 settimane, finalizzati all'approfondimento diagnostico e trattamento di quadri clinici complessi, alla disassuefazione controllata da sostanze o farmaci sostitutivi, al rafforzamento della motivazione e skill training riabilitativo.
- c) Strutture residenziali con un massimo di 25 posti per struttura;
- d) Centri diurni.

*Milano, 11 febbraio 2015.*