



coordinamento nazionale comunità di accoglienza



FEDERAZIONE ITALIANA DEGLI OPERATORI
DEI DIPARTIMENTI E DEI SERVIZI DELLE DIPENDENZE

COMUNICATO STAMPA

DALL'ALTA INTEGRAZIONE UN RINNOVATO PROTAGONISMO DEL SISTEMA DEI SERVIZI

*Fenomeni sempre più complessi e un sistema di intervento
in grande difficoltà richiamano la politica ad affrontare
gli elementi di criticità che gli operatori delle dipendenze patologiche
hanno più volte evidenziato e che sono tutti ancora sul tappeto*

Nel 2007, dopo anni di totale disattenzione, ci sembra doveroso richiamare le politiche nazionali e regionali ad un diverso approccio ai fenomeni di addiction.

La distanza della politica in questi anni si evidenzia con la mancata applicazione di accordi, decreti e leggi condivise, quali le intese Stato Regioni del 1999 sui modelli organizzativi (istituzione dei Dipartimenti delle Dipendenze e sviluppo dei servizi e comunità specialistiche) e sui modelli erogativi (dalla lettura dei fenomeni ai processi di accreditamenti) in gran parte delle Regioni italiane, con la drastica riduzione dei finanziamenti specifici.

La legge 45 è di fatto annullata nei principi e nei finanziamenti sia nei suoi indirizzi nazionali (ricordiamo le indicazioni sul 25% della legge) che nel nome di un selvaggio decentramento locale, che la rende sterile per produrre progettualità utili, sia per i ritardi applicativi di molte regioni che per la sua quasi totale sparizione nelle progettazioni della 328.

Persiste nei servizi il blocco delle assunzioni e l'impoverimento delle forze umane in campo (nei servizi siamo ormai al 50 % degli organici previsti);
Si evidenzia la mancanza di percorsi formativi specifici per i vari profili professionali;
Permane l'assenza di percorsi clinici e sociali di vera continuità terapeutica fondamentali per il funzionamento del sistema di intervento;
Le rette per i percorsi riabilitativi comunitari appaiono ridicole in molte regioni (in alcuni casi ferme da 10 anni);
Gli orientamenti solo economicisti nei processi di aziendalizzazione in sanità schiacciano i principi essenziali del lavoro di equipe, la pluridisciplinarietà e l'integrazione.

La sofferenza del sistema di intervento è giunta ad un punto molto critico: centrale è richiamare la politica alle sue responsabilità sul tema delle risorse, senza per questo sottovalutare la rilevanza e l'urgenza di una attenzione ai diritti cioè agli aspetti normativi generali, alla gravità degli aspetti penali e amministrativi che la politica sembra privilegiare in questo momento. Le organizzazioni scriventi sono pienamente impegnate nel dibattito e nella elaborazione politico legislativa, ma richiamiamo la necessità di una azione a 360 gradi del legislatore. I diritti senza risorse che ne consentano l'esercizio, rischiano di essere inesigibili.

La politica sulla droga deve essere un impegno prioritario sia dello Stato che delle articolazioni dei poteri degli Enti Locali e delle Regioni.

Il nostro impegno è orientato dalla necessità di recuperare un reale coordinamento nazionale per le politiche sulla droga come momento di elaborazione, coordinamento, interscambio progettuale e di linee di azione tra lo Stato, le Regioni, i professionisti del settore.

La Conferenza Stato Regioni deve misurarsi fattivamente sul tema, per garantire ai cittadini livelli essenziali di assistenza sanitari e sociali, veri e non burocratici.

Necessita un Piano nazionale di azione sulla droga che riparta dalla legislazione del 1999 e la aggiorni, considerando l'obiettivo di dedicare al settore almeno l'1,5% del fondo sanitario nazionale, in media con gli indirizzi europei.

Da quasi trent'anni è in corso in Italia l'attuazione, faticosa ma importante e riconosciuta in tutta Europa, di un modello con i Servizi Pubblici, i SerT (550 nel Paese) che svolgono le funzioni di accoglienza, osservazione diagnosi e terapia, e le Comunità Terapeutiche ed i Servizi Intermedi Territoriali (oltre 1.500 sedi) che intervengono nelle fasi riabilitativo trattamentali.

Importante è il ruolo delle strutture del sistema di intervento in ambito preventivo e di riduzione dei rischi.

200.000 persone si rivolgono a queste strutture ogni anno.

Una realtà che permea le metodologie operative e i riferimenti evolutivi di chi vuole occuparsi di persone con problematiche di abuso e dipendenza da sostanze o con comportamenti additivi.

A questo modello di integrazione che è nato dalla pratica e dalla riflessione di molti professionisti dei servizi e delle comunità, facciamo riferimento quando parliamo di "alta integrazione pubblico – privato" che privilegia i bisogni di cura e di assistenza delle persone e poi definisce i modelli organizzativi utili.

Non si vuole qui soffermarsi sulle caratteristiche dei nostri utenti e sui cambiamenti dei fenomeni di consumo, abuso e dipendenza: chi opera tutti i giorni con le persone e le loro storie, incontra queste differenze, le ascolta e le accompagna , e preferisce urgentemente ragionare sul come intervenire.

Le organizzazioni rappresentate nel Tavolo di Alta Integrazione accanto ai compiti dello sviluppo della professionalità e dell'intervento diffuso di settore, si pongono necessariamente anche obiettivi di integrazione territoriale, di volontà di incidere sulla cultura, sugli stigmi ed i vissuti generali verso la tossicodipendenza, i consumatori, ma anche come costruire risposte alle nuove domande.

Affermano la necessità di sviluppare percorsi nuovi e condivisi nella comprensione dei fenomeni di consumo problematico e nell'intervento per gli stati di dipendenza, rivendicando una concreta partecipazione del sistema di intervento ai livelli centrali e decentrati nella ridefinizione del sistema delle regole e dei processi organizzativi.

Ribadiscono che il modello di Alta Integrazione per un intervento qualificato e flessibile sul territorio, a cui hanno aderito oltre il 90% delle realtà pubbliche e private accreditate ad intervenire nel settore in Italia, è l'unico che possa offrire risposte credibili ai cittadini e lo riaffermeranno anche nei percorsi riattivati verso la nuova Conferenza nazionale sulle droghe.

Partendo dal documento del giugno 2003 relativo al Dipartimento delle Dipendenze CNCA , FICT e FeDerSerD svilupperanno anche un percorso di verifica della attuazione dei contenuti di quell'atto e di approfondimento dello stato del sistema dei servizi, negli aspetti organizzativi e finanziari, dei SerT e delle Comunità Terapeutiche.

Le conclusioni di queste riflessioni saranno presentate e discusse a Roma il 26 giugno in una iniziativa del Tavolo di Alta Integrazione nella Giornata Mondiale sul fenomeno Droga a cui da subito invitiamo i politici, le istituzioni, gli operatori e le realtà interessate.

Vicenza , 24 marzo 2007

Gli Uffici di Presidenza Nazionali di CNCA - FeDerSerD - FICT

Lucio Babolin - presidente CNCA – cell. 3483004604
Alfio Lucchini - presidente FeDerSerD – cell. 3356612717
Mimmo Battaglia - presidente FICT – cell. 3486009935