

# IL SISTEMA DEI SERVIZI NELLA CITTÀ DI MILANO

"Qualcosa  
mensa fuga,  
non se ne va,  
affia dentro"  
(P. Neruda)

interpretazione  
la qualità e  
proprietà  
ci sfugge:  
cura o puro  
tenimento?

*The dualism Sert.-Comunità Terapeutica, and anche nella versione abbellita dal concetto di integrazione, rappresenta una risposta parzialissima alle sofferenze delle persone. Più che di diversificazione dei servizi, quindi, si dovrebbe parlare di diversificazione di sistemi. E ripartire da una profonda messa in discussione del senso di una cura che, perché sia efficace, deve essere una "buona" cura.*

Una fotografia dell'attuale sistema di intervento ci porta inevitabilmente a confrontarci con due aspetti primari che vanno ben oltre la peculiarità dell'area metropolitana di Milano e, che, al contrario, attraversano l'intero mondo dei servizi che se ne occupano a livello professionale. Da una parte il progressivo affievolirsi di un mandato sociale forte che conteneva anche una delega in bianco nei processi di cura e delegava i servizi in toto e, dall'altra, l'evoluzione di un fenomeno che in maniera superficiale è attribuito al cambiamento delle sostanze ma che in realtà dovrebbe essere ricondotto alle profonde modificazioni socio culturali che ci hanno accompagnato in questi anni. Tale premessa ci pare d'obbligo al fine di dare una lettura più esaustiva in merito agli sforzi che il servizio pubblico, unitamente ai servizi gestiti dal privato sociale, ha portato avanti nel tentativo di dare risposte a bisogni sempre più articolati. E al tempo stesso per introdurre un elemento di riflessione che nelle righe che seguiranno troverà una collocazione nella parte in cui si tratteranno i bisogni emergenti e il coinvolgimento delle reti cittadine e collettive.

Se volessimo iniziare ad enucleare e a individuare in che cosa consiste il sistema pubblico di interventi potremmo ricorrere ad una utile tabellina che l'osservatorio istituito presso l'Asl Città di Milano pubblica annualmente nel proprio sito istituzionale. La tabella ci indica il dato relativo alla popolazione complessiva dei tossicodipendenti milanesi nella loro distribuzione per Sert. come evidenziato nella tabella nelle sue prese in carico progressive (maschi nuovi, femmine nuove ecc) in riferimento all'anno 2005.

Tabella 1 - Distribuzione utenza

	MN	MV	FN	FV	M	F	N	Totale	Totale (VA)
SERT 1	3%	15%	1%	4%	18%	5%	4%	23%	915
SERT 2	3%	6%	1%	1%	9%	2%	3%	11%	423
SERT 3	5%	22%	1%	4%	27%	5%	6%	32%	1260
SERT 4	5%	22%	1%	5%	27%	6%	6%	33%	1298
<b>TOTALE</b>	17%	65%	3%	15%	82%	18%	20%		3896
<b>TOTALE (VA)</b>	661	2527	128	580	3188	708	789		

Unitamente a questa seconda tabella, ci aiuta a comprendere come si modifichino i dati in merito all'uso primario e secondario delle sostanze.

Tabella 2

	Uso primario				Uso secondario				Totale	
	Sert 1	Sert 2	Sert 3	Sert 4	Totale	Sert 1	Sert 2	Sert 3		Sert 4
Allucinogeni	2	0	0	1	3	0	0	1	1	2
Amfetamine	0	0	1	1	2	1	0	8	1	10
Ecstasy	2	1	0	5	8	2	0	1	7	10
Barbiturici	0	1	0	0	1	0	0	0	0	0
Benzodiazepine	1	2	1	2	6	8	6	66	7	87
Cannabinoidi	50	27	26	44	147	33	23	172	82	310
Cocaina	192	160	356	373	1081	265	105	323	226	919
Crack	1	0	0	1	2	0	0	0	2	2
Eroina	649	216	855	865	2585	13	5	15	12	45
Metadone	1	0	0	0	1	2	1	0	2	5
Morfina	1	0	0	0	1	2	0	0	0	2
Altri oppiacei	4	0	1	1	6	0	0	0	0	0
Inalanti	0	0	0	1	1	0	0	0	0	0
Alcool	0	0	0	0	0	42	51	91	63	245
Altro	12	16	20	4	52	0	2	14	1	17
<b>TOTALE</b>	915	423	1260	1298	3896	368	193	691	402	1654

Ma al tempo stesso, di come il sistema pubblico sia ancora oggi principalmente tarato sulla eroina. Non ci deve indurre in errore interpretativo infatti il dato dei progressivi aumenti legati alla sostanza cocaina perché dato troppo povero e disaggregato da una seria e approfondita valutazione delle tipologie di cocainomani che in Italia, troppo spesso, risentono di una approssimazione diagnostica e vengono raggruppati per uso di sostanza e non per modalità di uso. In quella seconda tabella, ad esempio, non si riesce, in merito ai consumatori primari di cocaina, a cogliere quanti,

tra i 1081 consumatori primari sono ex eroinomani, in mantenimento metadonico, che usano cocaina e quanti, in realtà, sono cocainomani puri che nel proprio vissuto non hanno conosciuto alcuna altra sostanza. Rimanda questa indeterminatazza a metodologie di lavoro tarate sempre sull'emergenza che lasciano poco spazio alle, per altro qualificate competenze presenti nei servizi pubblici, in merito alla accuratezza della diagnosi e alla capacità di collocare il consumo in una più corretta analisi socio culturale della modernità. Rimane inoltre indeterminato il tasso di incidenza in merito ai processi istituzionali che portano nuova utenza ai Sert. non rinvenendo nei dati (accurati) offerti dall'Osservatorio la connessione con le agenzie repressive (Prefettura e Tribunale). Più in generale questi dati non riescono a raffigurarci una dimensione di maggior profondità rispetto alla filigrana che compone il dato ultimo numerico. Se raffrontiamo questi dati complessivi con l'esperienza di chi, ad esempio lavora in comunità, non si riesce a cogliere quali e quanti utenti hanno patologie psichiatriche di media e grave entità. Lo stesso osservatorio, d'altronde, ci indica in due diverse tabelle il numero degli utenti inviati in comunità e la relativa percentuale in riferimento al numero complessivo preso in carico dai Sert.

**Tabella 3 - Soggetti in strutture riabilitative**

	maschi	femmine	totale	
SERT 1	76	20	96	21%
SERT 2	18	5	23	5%
SERT 3	127	30	157	34%
SERT 4	153	32	185	40%
<b>TOTALE</b>	<b>374</b>	<b>87</b>	<b>461</b>	

Ma anche in questo caso (la responsabilità va ascritta in buona parte alle strutture private) risalta il mero dato quantitativo che nulla toglie e nulla aggiunge alla comprensione di un fenomeno dinamico anche nei processi di cura se è vero che una struttura nazionale come Saman accoglie ormai l'80% della propria utenza con carichi farmacologici (oltre il metadone) importanti. In questa logica l'offerta dei servizi privati milanesi ha cercato di adeguarsi al mutamento in corso negli ultimi anni presentando, in area milanese, l'intera gamma dei servizi residenziali specialistici e non: tale tentativo, spesso sotto utilizzato o male utilizzato necessita di un ulteriore approfondimento in merito alle dinamiche legate alla scelta dei percorsi residenziali.

**Tabella 4 - Soggetti in strutture riabilitative rapportati al totale utenza Sert.**

	TOTALE UTENZA SERT	SOGGETTI IN STRUTTURE RIABILITATIVE	
SERT 1	915	96	10%
SERT 2	423	23	5%
SERT 3	1260	157	12%
SERT 4	1298	185	14%
<b>TOTALE</b>	<b>3896</b>	<b>461</b>	<b>12%</b>

Il fatto che una area metropolitana come Milano si sia assestata, nel ricorso alla comunità terapeutica quale cura, su una media del 10% della propria utenza sta a significare come all'interno del sistema pubblico ormai le comunità rappresentino, assoluta rivoluzione rispetto al passato, lo spazio e il luogo dove collocare chi è incompatibile con le cure della quotidianità (farmaci, metadone, buprenorfina) avendo superato nell'operatività l'aspetto legato alla psicoterapia. Su questo ultimo ma nota il dato numerico non finisce di stupirci e di inquietarci: i numeri di soggetti in psicoterapia al servizio pubblico sono realmente esigui (giugno 2005 circa una ottantina e anche il sostegno psicologico non sventa) e ciò che non riusciamo a comprendere e coniugare investe tale esiguità a fronte del dichiarato aumento dei cocainomani primari che a questo punto non faticiamo ad immaginare come possano essere curati.

E proprio questo rappresenta il punto dirimente di una qualsiasi strategia di sistema: i dati numerici sono chiari, c'è un aumento progressivo di prese in carico, una graduale differenziazione di sostanze consumate ma l'interpretazione legata alla qualità e alla appropriatezza della cura ci sfugge e continua a sfuggirci. Diremmo di più: si tratta di cura o puro contenimento? Controllo sociale o incapacità di risolvere i problemi?

Tale provocazione va messa in correlazione a due aspetti: sul primo, il farmaco che sempre più diventa fine ultimo e non strumento non vogliamo dilungarci perché meriterebbe una approfondita dissertazione mentre ci sentiamo di dovere spendere alcune parole sul secondo punto che introduce gli aspetti legati alla governance di un fenomeno come le dipendenze a livello locale. Dicevamo, in apertura di un affievolimento del mandato sociale che la società nei suoi organismi (primi tra tutti quelli deputati alla politica) ha interamente delegato ai servizi. Il paradigma che su una delega forte ha connotato i primi venti anni di storia dei servizi pubblici e privati (anche con una serie infinita di eccessi) è venuto meno a partire dalla metà degli anni '90. In parte per un disinvestimento progressivo di risorse umane e economiche (cosa comune ad altri settori che si occupano di salute) e in parte perché l'allarme sociale si è a sua volta affievolito confermando lo stolido ma solido detto popolare che vuole che a un occhio che non vede corrisponda un cuore che non duole. La figura del tossicomane, quella figura che risultava incomprensibile alla società c.d. sana si è resa meno visibile e il fenomeno ha abbandonato una sua dimensione di processo sociale per essere ricompreso e subire un percorso di criminalizzazione o di medicalizzazione. Categorie tutte che possono convivere con una dimensione individuale legata alla storia del singolo e che permettono di non doversi interrogare troppo nella comprensione delle dinamiche sociali e culturali che sottintendono tale storia. Il sistema, oggi, si trova in difficoltà anche per l'assoluta non chiarezza di ciò che gli viene richiesto. Curare, contenere, ridurre, prevenire, accogliere, ascoltare, includere, tutti verbi che se declinati necessiterebbero di strategie ad hoc, probabilmente una diversa dall'altra, da comunicare alla città con modalità oculate e mirate, da affrontare in termini anche di serio chiarimento in merito al ruolo sociale dell'operatore che dovrebbe attuarle. Sia il pubblico che il privato a Milano hanno affrontato questa crisi con i mezzi e i modi che meglio conoscevano. Il tentativo, chiamato diversificazione degli interventi, è avvenuto sempre all'interno di un paradigma che poteva funzionare in presenza di un mandato sociale forte (una politica forte) e con una figura di consumatore standard ma che mostra tutti i suoi limiti nel momento in cui il mandato nelle sue articolazioni politiche locali e

*Rimane indeterminato il tasso di incidenza in merito ai processi istituzionali che portano nuova utenza al Sert.*

regionali è venuto meno abdicando al naturale ruolo di governo attraverso la promozione di strategie che migliorino i servizi. Lo stesso consumatore che, nel corso degli anni ha assunto un polimorfismo nei cui confronti la grammatica educativa e la sintassi legata all'etica comportamentale risultano, spesso, del tutto inadeguate, necessita di un ventaglio di risposte che solo parzialmente il sistema di intervento, nei suoi pilastri immutabili (comunità e Ser.t.) può assicurare. A Milano sono presenti alcune realtà storiche del privato sociale che unitamente ai Ser.t. esistenti hanno cercato di dare vita a un Dipartimento delle Dipendenze che vedesse coinvolto anche il Comune e altre forze (volontariato) che a diverso titolo se ne occupano. Gli obiettivi che il Dipartimento si era dato andavano nella direzione di razionalizzare, ottimizzare e ampliare le offerte di cura, chiedendo alle singole organizzazioni lo sforzo di rinunciare a parte delle loro identità collocandosi all'interno di una rete sociale stabile e professionale che potesse funzionare da effettivo terminale rispetto alle mille situazioni che una metropoli presenta. In altri termini si voleva dare lo strumento gestionale e operativo per concretizzare quel concetto di integrazione tra servizi che nella sua accezione più nobile dovrebbe permettere alla persona la risposta più appropriata. Elencare gli ostacoli che ancora oggi rendono il tentativo importante ma ben lontano da una sua realizzazione rappresenta un compito arduo: vorremmo solamente evidenziare alcune problematiche con cui il Dipartimento si è dovuto confrontare: 1) assenza in termini di assunzione di responsabilità politica e operativa da parte dell'ente locale 2) mancanza di strategie chiare e attuabili da parte della Regione 3) mantenimento di logiche di potere, auto referenziali e tese a cambiare il meno possibile all'interno dei propri sistemi da parte delle organizzazioni pubbliche e private.

Con queste premesse il Dipartimento da organo e luogo delle decisioni diventa l'organo delle discussioni infinite su ciò che si potrebbe fare ma che non si potrà mai fare. L'integrazione diventa sempre più un concetto astratto e forse anche da mettere in discussione posto che le organizzazioni prima ancora che da protocolli e intese e modelli sono composte da uomini e donne con capacità diverse e i cui intenti e obiettivi non sempre coincidono. Ma soprattutto all'interno di questo luogo non si è mai voluto affrontare compiutamente una seria riflessione sul proprio ruolo sociale, sulla relazione con il potere, visibilità e immagine professionale, e sulla figura e la collocazione del consumatore in relazione ai servizi offerti. Solo ultimamente la discussione ha affrontato il tema dell'allargamento ad altre figure (medici di base, farmacisti) ma sempre all'interno di piani programmatici che pochi, in realtà sembrano volere realmente. In realtà si fa sempre finta di non sapere che qualsiasi azione e decisione professionale sconfinata con la politica, sia essa aziendale o cittadina, sanitaria o assistenziale, organizzativa o sindacale. La decisione operativa si fa politica e può portare a responsabilità positive o negative. Una riflessione del genere dovrebbe, d'altra parte, portare a cercare l'integrazione con le organizzazioni a partire da un sentire comune rispetto a ciò che un sistema vuole e può offrire al proprio utente, una modalità di lettura condivisa dei bisogni che possa aggregare le organizzazioni su una base solida, di chiarezza epistemologica e interpretativa. Sia esplicitato se si vuole curare o contenere e su queste esplicitazioni (indipendentemente dalla scelta di base) *All'interno del sistema pubblico le comunità ci si abbandonano e ci si riferisce alle evidenze scientifiche.*

*rappresentano lo spazio e E se all'interno di un sistema che si frequenta e che è cementato dalla frequentazione degli stessi deboli "interlocutori (pazienti-clienti) " il ruolo di un Dipartimento è lento e faticoso si può, con relativa facilità, ipotizzare cosa avviene quando il confronto vede due Dipartimenti della quotidianità*

(Psichiatria e Dipendenze), due poteri diversi ma soprattutto due visioni della cura e dell'assistenza completamente diverse, talvolta agli antipodi. L'una, sicura delle proprie certezze scientifiche e della propria storia, l'altra alla ricerca di una identità e dignità professionale a partire dalla formazione e dall'epistemologia. È sentire comune definire i protocolli tra Dipartimenti comune carta straccia, difficilissimi da applicare anche perché la logica che oggi vede orientare gran parte delle scelte di cura e di progetti individuali è rappresentata dalla disponibilità di fondi e le risorse umane, sia nel pubblico che nel privato, sono insufficienti per applicare protocolli detagliati e professionali. Si aggiunge che la cultura organizzativa dei servizi delle dipendenze non rappresenta, il più delle volte, un modello da citare ad esempio. Ma Milano da questo punto di vista soffre la collocazione geografica all'interno di una regione che nella netta divisione tra sanità e politiche sociali ha forse trovato l'ina vitale per le logiche politiche ma non certo per la salute dei propri pazienti.

Analogo ragionamento si può agevolmente portare avanti in merito alle aree della prevenzione e della riduzione del danno i cui naturali interlocutori dovrebbero, nello specifico, essere rappresentati dai servizi pubblici, privati e dall'ente locale. Abbiamo sottolineato l'assenza del Comune tra gli attori protagonisti di politiche sociali. Sia in merito alla prevenzione ma soprattutto in merito alla riduzione del danno il Comune, nel corso degli ultimi 10 anni è brillato per assoluto disinteresse e indifferenza, rimarcando così una scelta di deresponsabilizzazione anche in merito alle politiche, quali quelle sulla sicurezza, che dovrebbero rappresentare un fiore all'occhiello dei governi di centro destra. Lo sforzo di leggere la riduzione del danno in questa dimensione (politiche dell'inclusione e della normalizzazione) non è stato nemmeno preso in considerazione limitando a gestire le varie emergenze legate alla sicurezza urbana solamente in termini di telecamere e controllo ossessivo del cittadino. Anche la prevenzione non ha trovato nell'ente locale un partner su cui fare affidamento stabile. Le politiche del Comune di Milano si sono contraddistinte non in strategie durevoli ma piuttosto in grandi eventi a spot legati alla visibilità del Assessore di turno. Ma termini quale prevenzione e riduzione del danno debbono apparire molto strani alle stanze del potere politico milanese. E così, quel poco che esiste è dovuto all'impegno di organizzazioni private coordinate dal servizio pubblico. In Dipartimento, lo si scrive a titolo di aneddota, il Comune è assente da almeno due anni.

In poche pagine di rivista non si può esaurire un discorso complesso quale quello delle strategie di intervento in una grande città. Vorremmo, però, potere riassumere in pochi punti qualificanti ciò che avvertiamo sta accadendo o, se preferite, non accadendo a Milano. E lo vorremmo fare suddividendo tale ultimo sforzo di riflessione in due parti: la prima legata alla cultura delle organizzazioni e degli operatori e la seconda legata a possibili vere evoluzioni di un sistema che fatica sempre più ad andare avanti.

Abbiamo già provocato a sufficienza ponendo il dilemma tra la cura e il contenimento ma vorremmo, seguendo questa provocazione, seguire un filo logico. Ci sembra di assistere ad un progressivo appiattimento sulla ineluttabilità di scelte che vengono, sempre, attribuite a persone, istituzioni, organismi esterni al sistema composto dai servizi. Questo appiattimento, in parte dettato anche dalla modesta composizione culturale del mondo degli operatori (sia chiaro, anche nella loro massima espressione primari di Ser.t. e presidenti di associazioni, assessori e dirigenti comunali), è massimamente dovuto alla assenza di un pensiero vero, strategico *Il sistema, oggi, è difficoltoso anche non chiarezza viene richiesta*

# NAPOLI: LA POLIS-TOSSICA

## Come in-tossicare la città sociale per le relazioni sociali...

e chiaro che verta su una effettiva rispondenza tra bisogni che emergono dalla tumultuosa e sotterranea conflittualità socio economica di cui i consumi rappresentano uno dei tanti sintomi, e servizi nati in risposta alla problematicità dei consumi e diventati, nel tempo semplice ammortizzatore di questa conflittualità. La difesa aprioristica dell'insieme dei servizi (ct e Sert.) non sulla base del buon funzionamento ma esclusivamente sulla base della loro esistenza mina alla base ogni possibile evoluzione di un sistema che soffre, più di altri, di un ritardo culturale abnorme in termini di comunicazione, assunzione di responsabilità, capacità di trasformazione.

Riteniamo che non di diversificazione dei servizi si debba continuare a parlare ma piuttosto di diversificazione di sistemi. Perché è chiaro che il dualismo Sert.-ct anche nella versione abbellita dal concetto di integrazione rappresenti una risposta parzialissima alle sofferenze delle persone. E se riteniamo che debbano essere superate le organizzazioni del privato sociale che sull'assistenzialismo fondano l'unico motivo del proprio esistere non avendo ormai nulla più da aggiungere in termini terapeutici e di sforzo progettuale al sistema, siamo altresì convinti che la migliore difesa della regia pubblica come garante di professionalità della cura e degli interventi non possa che ripartire da una profonda messa in discussione del senso di una cura che, perché sia efficace, deve essere una "buona" cura.

*Il contesto socio-economico-culturale napoletano è fortemente escludente, sia per le caratteristiche di disgregazione sociale, sia per la forte diffusione di pregiudizi sulla equivalenza consumo-tossicodipendenza-pericolosità. Dalla città extra-tossica che ha paura ed emargina i consumatori si deve andare verso una città che si in-tossica, cioè che accoglie dentro di sé le persone "tossiche"*

*The Neapolitan socio-cultural context is due to social breakdown ingrained prejudices drug users as being and therefore danger which marginalises such prejudices towards attitudes and reception citizens and as par-*

L'esercizio di descrivere le politiche rivolte ai consumi oscilla, inevitabilmente, tra il racconto e la denuncia di fantasie che spesso non riescono a ritrovare la loro condizione nei confronti dell'innovazione.

La città di Napoli ha almeno tre aspetti che presentano un da considerare per la comprensione del contesto istituzionale all'interno del quale si collocano le politiche sulle droghe:

- l'intero territorio cittadino è servito da una sola Asl: la Asl 1
- l'ambito di zona per la programmazione del Piano di sviluppo corrisponde ad un unico comune: il Comune di Napoli.
- il mercato delle droghe è gestito prevalentemente da organizzazioni (criminali) che si autodefinisce "il sistema" nel territorio definito e "specializzato" del quartiere.

Queste tre realtà interagiscono variamente tra di loro. Colpiscono direttamente per i loro compiti istituzionali, ma "il sistema" interviene attraverso le sue strategie di mercato in quanto organizza e le modalità di consumo delle droghe, per lo stretto controllo della "logica di comunità" che adotta nel coinvolgere persone del mercato, per la differenziazione delle sostanze che immagina e la efficiente quanto spietata organizzazione di marketing che organizza. Una quarta specificità, che ha relazioni più deboli con le precedenti, è le caratteristiche dei cosiddetti nuovi stili del consumo: a differenza di città, i consumi di tipo ricreativo e comunque i consumi logici diverse da quelle classiche della dipendenza da eroina (almeno attualmente nel territorio napoletano) in contesti di festival, rave, discoteche... ma nei circuiti dispersi e più qu-

*È necessario che venga  
esplicitato se si vuole curare  
o contenere e, su queste  
esplicitazioni, ci si abbandoni  
e ci si riferisca alle evidenze*