



Segnalazioni problematiche prioritarie per le Regioni e P.A.

(Riportate testualmente e-mail pervenute al Dipartimento nel mese di febbraio 2009)

Associazione/Ente	Problematiche
FICT - FEDERAZIONE ITALIANA COMUNITÀ TERAPEUTICHE	<ol style="list-style-type: none"><li data-bbox="808 675 2058 762">1. Istituire un tavolo di confronto interregionale permanente, coordinato possibilmente dal Dipartimento Nazionale al fine di poter garantire trattamenti uniformi nei vari territori - il fenomeno droga infatti non è dissimile al nord o al centro o al sud e necessita di servizi professionali di qualità identici ovunque, nonché di stessi parametri di trattamento.<li data-bbox="808 799 2058 855">2. Mettere a regime la procedura degli accreditamenti nelle Regioni in cui attualmente non è ancora in vigore, come Lazio, Sicilia e Campania, o lo è solo in parte.<li data-bbox="808 892 2058 919">3. Attivare in tutte le Regioni i Dipartimenti per le Dipendenze in cui dar spazio ed ascoltare effettivamente il privato sociale.<li data-bbox="808 956 2058 1011">4. Stabilire un minimo standard per le rette da concordare nel tavolo interregionale ed adeguare con regolarità le rette in relazione all'incremento del costo della vita.<li data-bbox="808 1048 2058 1166">5. Concordare l'incremento tariffario in presenza di soggetti in comorbidità psichiatrica; si assiste infatti ad una forte disomogeneità tra una Regione e un'altra (c'è chi ha stabilito una cifra congrua al trattamento clinico farmacologico richiesto dalla patologia e chi remunera la prestazione con la stessa cifra corrisposta per un soggetto tossicodipendente "classico").<li data-bbox="808 1203 2058 1259">6. Garantire i pagamenti in tempi sostenibili, attualmente i ritardi in alcune Regioni superano anche i due anni e questo crea gravissimi problemi per la sopravvivenza stessa delle Comunità.<li data-bbox="808 1295 2058 1383">7. Destinare l'1,5% del budget assegnato dalle Regioni alla Sanità Regionale affinché venga dedicato e vincolato per percorsi di recupero residenziali e non, gestiti dal servizio pubblico o privato, ed anche per poter studiare progetti innovativi e sperimentare nuove strategie di cura.<li data-bbox="808 1420 2058 1437">8. Istituire un Osservatorio Regionale sull'uso delle sostanze stupefacenti e psicotrope legali ed illegali e sugli stili di vita, che



utilizzi uno stesso sistema di raccolta dati e che possa lavorare in stretto collegamento con l'Osservatorio Nazionale ed il Dipartimento Nazionale in modo da poter offrire una lettura effettivamente rispondente alla realtà del fenomeno e possa contribuire all'effettuazione di interventi di prevenzione mirati ed efficaci.

CONOSCI ONLUS

Il nodo centrale della questione droga e sistema penale sono: il DPCM 1/4/08 e le modifiche al testo unico (309/90), in particolare:

1. Le strutture a custodia attenuata per detenuti tossicodipendenti devono essere considerate SANITARIE a tutti gli effetti e gestite come tali (sezioni interne ad istituti penitenziari o istituti interi: ce ne sono circa 25 in Italia con una presenza media complessiva di circa 450 persone detenute).
 2. Le sezioni per la cura della sindrome da astinenza in carcere generalmente annesse a grandi istituti devono anch'esse avere la connotazione ed il riconoscimento di strutture sanitarie individuate specificamente e non solo carcerarie.
 3. Gli psicologi penitenziari in convenzione sono un numero troppo basso per poter pensare un intervento qualitativamente accettabile e devono essere incrementati con la condizione che le relative competenze passino al SSN. Oggi non è così e soprattutto nel settore minorile c'è una carenza gravissima di assistenza psicologica.
-

ITACA ITALIA

1. Piano d'azione Nazionale pluriennale.
 2. Revisione dell'atto di Intesa Stato-Regioni del 1999.
 3. Priorità e rilancio degli interventi di formazione e di aggiornamento nel settore.
 4. Interventi relativi ai test per lavoratori con mansioni a rischio.
 5. Programmazione regionale: piani d'azione regionali.
 6. Sistemi di valutazione degli esiti dei trattamenti e delle azioni preventive.
 7. Interventi, trattamenti, prevenzioni rivolti alle "dipendenze senza sostanze".
 8. Interventi in carcere, alla luce delle nuove normative sulle competenze regionali.
-

CASA DEI GIOVANI

1. Perché la Regione Sicilia, regione a statuto speciale si rifiuta di fatto di recepire l'Accordo Stato Regione del '99? Perché rifiuta altresì di recepire la legge 145 (Legge Lumia)?
-



N.B. Il mancato recepimento delle normative di cui ai due punti precedenti impedisce di fatto il riconoscimento giuridico dei Centri di Prima Accoglienza, delle Unità Mobili di Strada etc.

2. Perché la Regione Sicilia non intende recepire la normativa prevista dal D.P.C.M. del 01/04/2008 che trasferisce le funzioni sanitarie in materia di sanità penitenziaria alle Regioni, soprattutto relativamente al trasferimento dei pagamenti delle rette dei soggetti Tossicodipendenti in attesa di giudizio, dal Dap alle Asl.
3. Perché la retta relativa alla degenza dei tossicodipendenti nelle Comunità Terapeutiche siciliane è la più bassa d'Italia? e perché il relativo tasso annuo d'inflazione programmato non viene adeguato da anni?

FONDAZIONE EXODUS

1. Il sistema è sbilanciato sulla visione delle dipendenze come malattia, con una ricaduta sulla prevenzione, a differenza di altri Paesi Europei (Francia, Germania) più in termini curativi che non educativi.
2. I meccanismi burocratici con la loro rigidità non possono offrire risposte efficaci ad un fenomeno le cui caratteristiche, come da evidenze scientifiche, sono estremamente flessibili. Le indicazioni recenti in materia, ad esempio, sono di orientare il sistema ad un aggancio precoce. Questo si scontra con la mancanza di flessibilità operativa e finanziaria.
3. I sistemi accreditati, laddove non vi sia mancanza di applicazione delle Intese Stato-Regioni del 1999, sono fra loro diversi, troppo rigidi e in ritardo sui fenomeni. Non prevedono aperture sperimentali, operative e/o economico-finanziarie. Non sono coerenti fra di loro e, in molti casi, nemmeno con gli atti di indirizzo ministeriale in materia di dipendenze, né con i diritti della persona (ad es. libera scelta del curante e del luogo di cura).
4. Diversi sono pure gli aspetti organizzativi dei vari sistemi regionali: dal Veneto dove sono operativi i Dipartimenti delle Dipendenze a partecipazione pubblico-privato, con funzioni di pianificazione territoriale delle risorse e degli interventi, alla Lombardia dove in alcune ASL i Dipartimenti sono stati avviati con incontri semestrali e con sistemi di partecipazione non assembleare ma di rappresentanza, ed altre (vedi Mantova) in cui i Dipartimenti non sono ancora attivi. Esistono poi situazioni, ad es. la Calabria, dove non esiste neanche un "governo" della materia.
5. Risultano evidenti le sovrapposizioni e anche le divergenze sulle competenze specifiche dei vari organismi pubblici (Aziende Sanitarie Locali e Ente Pubblico). Alcune attività infatti, quali ad esempio la prevenzione primaria e il reinserimento sociale e lavorativo, rientrano nelle competenze degli Enti Locali, ma ad oggi vengono realizzate, nella stragrande maggioranza dei casi, dalle organizzazioni e dai budget afferenti ai Dipartimenti delle Dipendenze delle Asl, con attività estemporanee che non fanno sistema.



-
6. Altro capitolo riguarda lo studio di fattibilità e l'impatto in termini di costi generali e di organizzazione dei servizi nei sistemi da accreditare. In Regione Veneto, nel primo anno di gestione del sistema di accreditamento, si è evidenziato uno sfioramento prevedibile del 40%, del budget assegnato.
 7. Le rette regionali per la residenzialità terapeutica o pedagogica che variano da dai 146 euro del Trentino ai 38 del Lazio e ai 37 della Campania, sono pagate in alcuni casi anche 4 anni dopo.
 8. Emerge chiaramente una complessità che, secondo noi, richiede una ri-organizzazione del sistema a più livelli:

Livello centrale nazionale

- a. coordinamento stabile nazionale, che possa individuare elementi di flessibilità, sperimentazioni operative, meccanismi economico-finanziari elastici, e verificare la coerenza tra i sistemi (regionali e nazionale) e tra i sistemi e il diritto alla cura delle persone;
- b. istituzione di un Tavolo Interministeriale con il coinvolgimento di Ministero Sanità e Lavoro o Welfare, Istruzione, Giovani, Interni, Giustizia, con un focus preciso e specifico sul tema delle dipendenze, senza sottovalutare l'importanza del coinvolgimento degli organi competenti per la Informazione, comunicazione ed editoria.

Livello regionale

- a. prevedere un sistema unico di governo delle politiche regionali in tema di dipendenze, con una specifica attenzione al sistema educativo/preventivo, in accordo con le ASL e gli Enti locali;
- b. dare indicazioni vincolanti sulla istituzione e sulla modalità organizzativa del Dipartimento delle Dipendenze nelle singole ASL, intendendo lo stesso come luogo di incontro e di integrazione delle azioni di Enti locali, servizi accreditati, volontariato, ecc..

COMUNITÀ INCONTRO ONLUS

1. Mancanza di un Comitato Paritetico a livello regionale composto con membri delle Comunità presenti sul territorio regionale.
 2. Difficoltà da parte dei SERT a rilasciare attestazione di idoneità al programma terapeutico con conseguente assunzione dell'onere della retta.
 3. Consenso da parte di alcune regioni (Marche – Toscana) all'ingresso in Comunità solo in centri presenti sul territorio regionale.
 4. Mancanza di norme unitarie tra Regione e Regione nel trattamento della tossicodipendenza.
 5. Scarsa e carente attività di prevenzione sul fenomeno droga e sue conseguenze sul territorio regionale.
-



**CNCA – Coordinamento Nazionale Comunità
Accoglienza**

-
6. Mancanza di collegamento e comunicazione tra Regione e Comunità terapeutiche presenti sul territorio regionale.
-
1. Esiste la necessità di ridefinire dopo la revisione del Titolo Quinto della Costituzione il rapporto e le funzioni tra Governo, singoli Ministeri e Regioni sul tema droga. Nella definizione di linee guida, con accordi Stato-Regioni? Come intervenire in situazioni estremamente difformi? Come coordinarsi o interscambiare eccellenze tra esperienze e modelli regionali estremamente diversificati? Quale il luogo della sintesi?
2. La situazione reale nei territori è contraddistinta da una difformità tale da avere situazioni quasi discriminanti del diritto di cittadinanza in alcune situazioni rispetto alla:
- a. Non applicazione degli accordi Stato-Regioni del 99 sul sistema di intervento del privato sociale (1/3 delle Regioni che non ha applicato per nulla l'atto ed è ferma agli accordi del 1993, 1/3 delle Regioni ha applicato parzialmente gli accordi e solo un terzo lo ha applicato in maniera significativa) sull'impegno all'organizzazione dei dipartimenti delle dipendenze.
 - b. Non applicazione davvero significativa degli accordi sui dipartimenti delle dipendenze con estrema difficoltà a mantenere criteri minimamente simili.....
3. Quali possono essere criteri minimi comuni di indirizzo nelle possibili tipologie del privato sociale tra le varie esperienze realizzate di accreditamento tra:
- a. Servizi residenziali di primo filtro e diagnosi
 - b. Strutture di prima accoglienza sia residenziali che semiresidenziali
 - c. Comunità pedagogiche residenziali e diurne
 - d. Comunità psicoterapeutiche residenziali e diurne
 - e. Strutture specialistiche per coppie
 - f. Strutture specialistiche per donne con figli
 - g. Strutture specialistiche per utenti con doppia diagnosi
 - h. Strutture specialistiche per policonsumatori
 - i. Servizi multidisciplinari integrati (Ser.T. Privati)
4. Nessuna Regione ha applicato le possibilità di accreditamento della sesta area e quindi le varie esperienze nei servizi sulla rdd e dei servizi di prossimità che sono ancora su progetti e sperimentazioni.....come mai ?
5. Come rimediare ad una situazione eccessivamente difforme sulle rette con ritardi di pagamenti che arrivano anche a 4/5 anni e sulle modalità di organizzazione delle rette con situazioni di rette al doppio o al triplo per servizi simili tra diverse
-



Regioni. Quale minimo criterio condiviso? Anche l'organizzazione di pagamento delle rette e profondamente diverso tra le varie regioni (a budget annuale fissato , a budget annuale per prestazioni concordate quindi con vuoto per pieno, a presenze rendicontate, con quote miste sociali e sanitarie diverse, con integrazione della psichiatria in caso di comorbilità ecc) quali i possibili standard minimi condivisi ?

6. Quale la fine del fondo per la lotta alla droga nelle varie Regioni (in circa 1/3 delle regioni abbiamo avuto una completa sparizione, 1/3 è finito tutto sul fondo sociale in mano ed a disposizione degli enti locali con una grave penalizzazione delle progettazioni socio sanitarie ed innovative del trattamento, 1/3 ha garantito delle quote specifiche destinate).
7. Ci sembra siano eccessivamente diverse anche le sperimentazioni nei servizi più strutturati con difformità notevoli (progetti prefetture, Ser.T. in Pretura, Mdma, Agenzie comunali delle dipendenze, sperimentazioni cocaina ecc) quale il luogo di un confronto e verifica o di una implementazione più diffusa ?
8. La situazione Carcere con un passaggio del carcere alla medicina territoriale (ASL) e l'assoluta assenza di criteri minimi sulla sua applicazione (Quali criteri negli invii, nella costruzione degli albi regionali, quali rette applicare ? ecc)

SAMADEN FEDERICO

1. Necessità di uniformare gli approcci e gli strumenti amministrativi e attuativi tra le varie regioni pur nel rispetto delle singole autonomie.
2. Costruzione di percorsi formativi continui per chi lavora all'interno delle strutture, ufficializzando anche il valore dell'esperienza sul campo da parte di ex tossicodipendenti.
3. Reale parità tra pubblico e privato. In questo senso mi pare buono il modello della Lombardia.
4. Destinare una quota percentuale del bilancio sanitario alle problematiche legate alle dipendenze, uguale per tutte le Regioni.
5. Rivalutazione del ruolo delle Comunità quale luogo educante e drug-free, intendendo con questo anche l'eliminazione del metadone o altri sostitutivi dai programmi riabilitativi in Comunità.
6. Rafforzamento delle misure (anche amministrative) restrittive per chi fa uso di sostanze. Giro di vite contro gli stili di vita pericolosi per se e per gli altri (buono il modello Veneto del sabato sera)

-
1. Adeguamento delle rette della Regione Lazio al costo della vita.
-



Ce.IS ROMA

2. Definire meglio il confine tra servizi in convenzione e servizi a progetto.
3. Garantire continuità ai servizi che rispondono da anni al territorio.
4. Opportunità di sperimentazione attraverso fondi di progettazione mirati.
5. Facilitare l'elaborazione culturale del fenomeno con seminari a tema anche a carattere internazionale.
6. Promuovere la pubblicazione di letteratura specialistica, nazionale ed internazionale per sviluppare azioni di sistema che permettano una maggiore integrazione tra i servizi. Evitando che il peso gravi sull'iniziativa dei singoli.
7. Approfondire il tema del disagio delle forze armate impiegate in zone ad alta produzione di sostanza psicotrope. (veterans act usa)

ERIT ITALIA

1. Ciò che ritengo urgente e doveroso fare sul **piano dell'organizzazione dei Servizi è creare modalità d'accesso e trattamenti clinici differenziati per tipologia di utenti**. Esistono sperimentazioni e linee guida, propongo che si assumano a modello alcuni Servizi virtuosi e che le Aziende Sanitarie in accordo con le Regioni provvedano a uniformare le modalità di intervento nei diversi territori. (Questo al di là della partita "Accreditamento": assai lenta e complessa e, per quanto necessaria ancora poco produttiva e/o troppo onerosa).
2. Sul **piano delle nuove emergenze** propongo di **intensificare i percorsi formativi necessari a prevenire e "curare" le situazioni di violenza familiare, specie se su minori, da parte di persone patologicamente dipendenti da sostanze psicoattive legali e illegali**.
3. Sul **piano delle sinergie operative strategiche** serve che le Regioni approntino **progetti di collaborazione fra i Professionisti dei Servizi, delle Forze dell'Ordine e della Magistratura**, utili ad:
 - a. assistere più prontamente le persone coinvolte in reati connessi all'uso di sostanze stupefacenti (dall'intervento nei contesti familiari, alla gestione di aree pubbliche a rischio, all'assistenza delle persone fermate od arrestate);
 - b. evitare il più possibile il percorso Carcere a favore di un inserimento più rapido e più proficuo in percorsi di cura (per es. ricoveri immediati in strutture residenziali o semiresidenziali, obbligo di sottoporsi a cure ambulatoriali o di dedicarsi ad attività educative e socialmente utili, ecc);
 - c. tutelare i professionisti di entrambe le aree dai rischi derivanti dall'operare in contesti esposti a dinamiche estremamente forti e violente per presenza di grandi "sofferenze" e grandi interessi economici (per es. azioni



della Criminalità organizzata orientata a corrompere apparati pubblici, tutela di professionisti maggiormente esposti ad occasioni di sperimentazione ed uso di sostanze e soprattutto esposti a forti stress, ecc).

4. Per ultimo, nel momento in cui si stanno compiendo i giusti sforzi per garantire un buon livello di sicurezza stradale nel nostro Paese, segnalo la **necessità di alleggerire i costi** derivati dal doversi sottoporre alle visite mediche, analisi liquidi organici ecc, **per riottenere l'idoneità della patente** (ora ci sono famiglie e lavoratori sottoposti a grossi sforzi economici per rinnovare il permesso di guida ogni 6 mesi o ogni anno, a volte per tempi lunghi ed indefiniti).

CENTRO DI SOLIDARIETA IL DELFINO – COSENZA

1. Nuovo Atto d'Intesa Stato-Regioni per la riforma del sistema dei servizi per le dipendenze: approvazione di un nuovo provvedimento che tenga conto dell'evoluzione del mercato delle sostanze d'abuso, dei consumi e dei consumatori, dello stato di declino del sistema attuale dei servizi concepito negli anni novanta per consumatori di eroina, di un quadro di riferimento unitario da applicare in tutte le Regioni a partire dalle condizioni minime di organizzazione dei servizi accreditati del pubblico e del privato; tariffe minime da applicare in tutte le regioni.
2. Abolizione o sostanziale riduzione dell'IRAP per le Comunità Terapeutiche diverse dalle Associazioni, come ad esempio le Cooperative Sociali, che la versano per intero come qualsiasi altra società di capitali.
3. Impegno nel pagare con puntualità, trimestrale o al massimo quadrimestrale, le rette spettanti alle comunità terapeutiche: esercitare un controllo sulle ASL per far rispettare gli impegni contrattuali.
4. Impegno delle Regioni a non ridurre il fondo regionale per la lotta alla droga attraverso la definizione di una quota percentuale del fondo indistinto per le politiche sociali, in grado di finanziare i progetti di prevenzione, innovazione dei servizi, reinserimento sociale e lavorativo per come previsto dalla Legge n. 45/99.
5. Impegno nel realizzare osservatori regionali – laddove non esistono - sul fenomeno droghe in grado di monitorare l'evoluzione dei consumi, il lavoro dei servizi nei trattamenti riabilitativi, gli interventi di prevenzione primaria, l'aggiornamento continuo del personale delle strutture accreditate pubbliche e private.
6. Favorire la piena integrazione pubblico-privato accreditato attraverso il modello dipartimentale con pari dignità e risorse economiche adeguate alla crescente complessità delle dipendenze da sostanze d'abuso lecite ed illecite: un modello dipartimentale con unità operative differenziate, specializzate, pienamente integrate, con pari dignità, risorse economiche certe, con ingressi diretti nelle diverse unità operative accreditate.
7. Realizzazione di programmi di prevenzione primaria pluriennali con sistemi di monitoraggio e valutazione, con



l'individuazione di indicatori di risultato, da finanziare uno ogni dipartimento con fondi regionali, dei comuni, delle scuole.

GRUPPO VALDINIEVOLE

1. Produrre un quadro normativo nuovo ed un organo attuatore della pari dignità tra pubblico e privato sociale accreditato, oggi del tutto impari e sbilanciata verso una marcata titolarità del servizio pubblico.
 2. Aumentare di almeno il 30% le tariffe attualmente in essere, in Toscana, per i servizi che rientrano nelle aree di intervento previste per le dipendenze patologiche da sostanze d'abuso.
 3. Predisporre una sanatoria, per quelle figure che da almeno dieci anni operano come volontari nelle comunità di recupero con importanti compiti di responsabilità, attribuendo loro la qualifica di operatori di comunità.
-

SIA - SOCIETA ITALIANA ALCOLOGIA

I quesiti proposti alle Regioni dalla SIA si auspicano di contribuire all'individuazione di *gaps* esistenti che sollecitano l'assunzione di iniziative concrete ispirate alle strategie in atto come quelle del PNAS approvato e condiviso dalla Conferenza Stato-Regioni e miranti a conferire autonomia, visibilità, competenze e soprattutto inderogabili e urgenti risorse agli interventi di accoglienza, diagnosi, cura e riabilitazione dell'alcolista ed alle azioni di promozione di stili di vita e di consumo sani. Ciò nella convinzione che non si possa contrastare efficacemente l'alcoldipendenza qualora non si adotti una strategia integrata di prevenzione, promozione della salute e di tutela comprensiva degli aspetti di salvaguardia dei target più vulnerabili di popolazione come quelle dei minori e degli anziani e tutelanti il diritto, sancito dalla Legge 125/2001, ad una protezione dalle pressioni familiari, sociali, mediatiche al bere; pressioni, contesti e condizioni che, anche sulla base delle evidenze recenti fornite dall'Osservatorio Nazionale Alcol – CNESPS dell'Istituto Superiore di Sanità riportate nell'ultima Relazione del Ministro del Lavoro, della Salute e delle Politiche Sociali al Parlamento, contribuiscono a caratterizzare sempre più un modello di comportamento che è indispensabile affrontare in un senso ampio agendo sulle cause e evitando di concentrare gli sforzi e le risorse unicamente sull'effetto ultimo rappresentato dalla dipendenza. Consumo rischioso e consumo dannoso incorporano in sé la stragrande maggioranza dei problemi e delle patologie alcol correlati; patologie e problemi sicuramente evitabile a fronte della creazione di una rete sanitaria e sociale, formale ed informale, efficace ed efficiente e che sappia intercettare precocemente il consumatore problematico.

GRUPPO ABELE

1. Applicazione Atto di Intesa Stato Regioni del '99:
 - a. Sistema dei servizi non ancora sufficientemente integrato;
 - b. Scarsa innovatività nel creare interventi differenziati sia residenziali sia semiresidenziali ed intermedi tra Ser.T. e Comunità;
 - c. Scarsa presenza nel territorio di spazi di aggregazione, in particolare per l'alta emarginazione;
-



-
- d. Discontinuità terapeutiche tra istituti penitenziari, tra interno ed esterno, Ser.T. di riferimento territoriale e Ser.T. dell'Istituto Penitenziario, Pubblico, Magistratura E Comunità;
 - e. Incertezza dei tempi di recupero crediti; appesantimento del sistema degli interessi con conseguente precarietà economica complessiva;
2. Progressiva diminuzione dei finanziamenti specifici non compensati da integrazioni aspecifiche.
-

**FEDERSERD – FEDERAZIONE ITALIANA DEGLI
OPERATORI DEI DIPARTIMENTI E DEI SERVIZI PER LE
DIPENDENZE**

- 1. Metà delle Regioni italiane non hanno ancora recepito le Intese Stato – Regioni del 1999 sulla organizzazione e sull'accreditamento del sistema di intervento.
 - 2. Incrementare sostanzialmente, con un piano specifico, il numero di operatori dei Dipartimenti per le Dipendenze, studiando forme di supporto ed accompagnamento delle ASL per questa azione.
 - 3. Il blocco totale delle assunzioni e il decremento degli operatori a fronte del raddoppio dell'utenza in dieci anni è la rappresentazione della realtà dei servizi.
 - 4. Potenziare la rete territoriale dei servizi del pubblico e del privato sociale, definendo un governo regionale del sistema.
 - 5. I SerT e le Comunità Terapeutiche hanno compiti distinti e complementari nell'ottica dei percorsi di cura dei cittadini.
 - 6. I Dipartimenti delle Dipendenze sono i luoghi del coordinamento e della governance del sistema.
 - 7. Il sistema deve essere progettato secondo logiche di integrazione e sussidiarietà e non di competizione, al fine di usare al meglio le risorse, differenziare le competenze e specializzare gli interventi offerti alla popolazione. La budgettizzazione del sistema è conseguenza logica e necessaria.
 - 8. Le Regioni devono valorizzare percorsi quali quello del Tavolo di Alta Integrazione dei SERT e delle COMUNITA', che opera da anni tra i rappresentanti più significativi del sistema degli accreditati del sistema italiano.
 - 9. Le Regioni devono impegnarsi ad elaborare progetti obiettivi, priorità strategiche per le ASL, da inserire nei documenti di programmazione annuale e triennale, troppo spesso carenti di indicazioni cogenti e responsabilizzanti.
 - 10. Le Regioni devono impegnarsi a finanziare progetti volti alla sperimentazione di attività e di approcci innovativi ai nuovi bisogni della popolazione, anche di tipo preventivo.
-



-
11. Riconoscere e valorizzare le competenze culturali, professionali, esperienziali ed organizzative degli operatori del sistema pubblico.
 12. Il generale, protratto e complessivo dis-investimento ha infatti fortemente compromesso presso la popolazione l'immagine di qualità e la credibilità dei servizi, contribuendo a rafforzare lo stigma, il pregiudizio, la sfiducia sulle opportunità di cura e di guarigione a disposizione.
 13. Troppo spesso, inoltre, i servizi sono ubicati in luoghi indecorosi, che offendono la dignità delle persone in trattamento e dei loro familiari, nonché degli stessi professionisti che vi operano.
-