

PROPOSTE
della
FEDERAZIONE ITALIANA DELLE COMUNITA' TERAPEUTICHE
in occasione della
V CONFERENZA NAZIONALE SULLE DROGHE
TRIESTE – 12/14 Marzo 2009

Premessa

La FICT saluta favorevolmente la quinta Conferenza Nazionale sulle droghe e, come nelle precedenti edizioni, vi partecipa con i propri operatori perché ritiene fondamentale il confronto con il Governo e gli altri attori del settore per dibattere sulle principali problematiche incontrate da chi opera quotidianamente nell'affrontare e predisporre la cura di tale patologia ed offrire il proprio contributo sulle nuove risposte per adeguare i servizi alle mutate modalità di consumo e di sostanze; nonché poter incidere sull'assetto organizzativo e le politiche generali.

Evoluzione del fenomeno dipendenze

La diffusione delle sostanze stupefacenti e psicotrope e la conseguente evoluzione dei fenomeni d'abuso di sostanze additive (legali ed illegali), necessita di una rinnovata elaborazione del quadro concettuale del fenomeno "droga" al fine di poter delineare una progettazione ed una programmazione di strategie di prevenzione e di intervento nell'area delle dipendenze più rispondenti all'attualità del problema.

La complessità del fenomeno "dipendenze" richiede un articolato e diversificato sistema dei servizi socio-sanitari in grado di intercettare i "nuovi consumatori", ma, proprio per non parcellizzare le risposte e le risorse e per non dar luogo a servizi tra loro scollegati, è importante che prioritariamente vengano emanate, a livello nazionale, precise linee di riferimento, come negli altri Paesi Europei, in modo da avere una rete di servizi pubblici e privati territorialmente omogenei e coerenti.

Criticità presenti

Attualmente, nonostante l'accordo Stato-Regioni per la "Riorganizzazione del sistema d'assistenza ai tossicodipendenti" approvato il 21 gennaio 1999 (ben 10 anni fa!), in molte Regioni l'atto d'intesa non è stato ancora attuato o lo è solo in parte; inoltre la questione, forse più grave, è che non esiste un coordinamento o un collegamento tra le Regioni e le rappresentanze delle Comunità Terapeutiche, né tantomeno un controllo da parte dello Stato.

Ciò comporta il fatto che nelle diverse Regioni o Province autonome mancano parametri omogenei, si assiste perciò ad un accordo applicato con notevoli differenze negli accreditamenti, sia per quanto concerne gli standard strutturali che quelli del personale di assistenza e, di conseguenza, nei costi dei servizi (come si può osservare nell'allegato A). Lo stesso problema lo si riscontra per quanto concerne gli aspetti organizzativi: i Dipartimenti delle Dipendenze sono stati istituiti quasi ovunque, ma di fatto non attivati o solo parzialmente, con la conseguente mancanza di programmazione puntuale e rispondente alle reali necessità.

Tutto ciò sta inoltre provocando un preoccupante “pendolarismo dei poveri” ed una “migrazione” di utenti inviati in altre regioni dove i servizi sono meno costosi, perché connotati da standard più bassi da quelli richiesti nella Regione di provenienza, ma questo allontanamento dal territorio rende difficile l’accompagnamento dell’utente nella delicata e importante fase del reinserimento sociale.

Ad aggravare la situazione esiste anche la questione delle rette che, oltre a non venir adeguate regolarmente in base ai reali costi della vita, non vengono nemmeno riviste in considerazione del fatto che l’utenza inserita nelle Comunità è sempre più gravosa, necessita di assistenza continua anche notturna, assume per il 70% farmaci, e presenta una sempre più elevata cronicità a cui le Comunità stanno dando risposte con incremento del personale; da ultimo esse vengono erogate in grande ritardo compromettendo la sopravvivenza stessa delle Comunità (vedere allegato B)

Esistono anche disomogeneità in merito alle risorse finanziarie ed agli investimenti messi in campo dalle Regioni per progetti di sperimentazione-innovazione relative ad azioni di prevenzione e trattamento; come pure manca una revisione articolata e approfondita dei Livelli Essenziali di Assistenza da applicare uniformemente in tutte le Regioni

Proposte

Per i motivi sopra esposti è necessario, in primo luogo, **definire alcuni parametri univoci di riferimento da attuare in tutto il territorio nazionale**, in modo che ogni persona possa ricevere lo stesso trattamento riabilitativo in qualsiasi paese esso abiti; **di conseguenza occorre un lavoro sinergico tra Stato e Regioni per garantire effettivi interventi omogenei.**

Si potrebbe pensare ad un organismo di coordinamento e controllo cui affidare anche la funzione di valutazione degli esiti conseguiti, così da ottenere un quadro uniforme a tutti i livelli: centrale, regionale e dipartimentale, facente capo all’attuale Dipartimento Nazionale.

Pertanto sarebbe utile:

- istituire un tavolo di confronto interregionale permanente, con il coordinamento del Dipartimento Nazionale
- verificare l’attuazione della riorganizzazione del sistema dei servizi
- far applicare compiutamente l’accordo Stato Regioni e l’Atto d’Intesa
- fare in modo che l’1,5% del budget assegnato dalle Regioni alla Sanità Regionale venga dedicato e vincolato per i percorsi di recupero residenziali e non, gestiti dal servizio pubblico o privato
- rifinanziare e rilanciare il Fondo di Lotta alla Droga o almeno parte di esso
- stabilire un minimo standard per le rette a livello centrale da concordare nel tavolo interregionale
- integrare in modo congruo le rette (Cfr. allegato A)
- garantire i pagamenti in tempi sostenibili (attualmente i ritardi in alcune Regioni superano anche i due anni) (Cfr. allegato B)
- istituire un “fondo di solidarietà” per le Comunità accreditate in caso di ritardi protratti da parte delle ASL di pertinenza
- sbloccare l’utilizzo precoce del 5/1000 agendo sui Ministeri di competenza
- remunerare anche le prestazioni offerte attraverso il counselling non-residenziale, le terapie strutturate non-residenziali, le cure intensive diurne e la residenza lungo-assistenziale in quanto rientranti nella gamma di servizi innovativi rispondenti ai nuovi bisogni trattamentali
- occorre garantire, a seguito del passaggio dalla Medicina Penitenziaria al Servizio Sanitario Nazionale, per i detenuti in custodia cautelare, in regime di arresti domiciliari da effettuare presso le Comunità, sia l’applicazione della norma che l’omogeneità nell’applicazione in tutte le Regioni, nonché l’equiparazione delle rette alle tariffe vigenti per il trattamento terapeutico riabilitativo residenziale ed infine offrire la possibilità di inserimento anche in quelle Comunità non precedentemente convenzionate con il Ministero di Giustizia

- superare il problema della presa in carico binaria per i soggetti in comorbidità psichiatrica (attualmente esiste una doppia presa in carico da parte dei Ser.T. e da parte dei Dipartimenti di Salute Mentale) occorrerebbe invece partire dall'effettivo bisogno della persona che si differenzia in base alla gravità del disturbo ed alla sua autodistruttività e non certo dalla definizione di due diagnosi causate da mere questioni di attribuzione a due diversi dipartimenti (integrazione dei Dipartimenti)
- offrire a livello regionale momenti formativi di approfondimento e confronto tra i diversi operatori pubblico - privato sotto forma di aggiornamento continuo sulla evoluzione della tipologia delle dipendenze

In sintesi serve, pur nel rispetto delle singole peculiarità territoriali, un **coordinamento forte tra il Governo Centrale e quello locale delle Regioni**, l'attuale Dipartimento potrebbe svolgere l'importante ruolo di cabina di regia; in mancanza di ciò si correrebbe un grave rischio, mancherebbe infatti un organismo super partes per vigilare sui diritti e sulle prestazioni da garantire in tutto il territorio nazionale, a maggior ragione ora che sono stati stabiliti i LEA.

*Sac. Mimmo Battaglia
Presidente FICT*