



5 Conferenza Nazionale sulle politiche antidroga  
Consultazioni permanenti  
Roma 5 maggio 2009  
Sala polifunzionale- Presidenza del Consiglio dei Ministri  
Via di S. Maria in Via, 37 - Roma

I sessione ore 9.00

**“I servizi pubblici: vecchi problemi, nuove scenari e l’integrazione possibile”**

Relatori: Alfio Lucchini, Daniele Corbetta, Edoardo Cozzolino , Riccardo De Facci, Walter Sabattoli, Giuseppe Mammana, Germana Cesarano.

Moderatore: Giovanni Serpelloni

**Premesse e principi generali condivisi:**

- A. Tutti concordano che da anni si sta assistendo contemporaneamente ad un aumento del numero di utenti dei SerT, ad una diminuzione importante delle risorse e ad un crescente disagio degli operatori. Le strutture con diverse offerte in un territorio “devono” lavorare coordinate e programmate non in competizione (o addirittura in conflitto) ma in sinergia organizzativa e di intenti. Non sono più accettabili condizioni organizzative che generano problemi che inevitabilmente si ripercuotono sulle persone tossicodipendenti.
- Più bisogno, meno risorse**
- Sinergia o competizione?**
- B. La risposta alle tossicodipendenze deve essere mantenuta all’interno di un sistema che si ponga come “servizio al pubblico”, integrato pubblico–privato accreditato, che sappia intervenire in modo armonico, professionale e appropriato ai bisogni che la persona esprime. Si ribadisce, comunque, che l’assistenza ai tossicodipendenti resti all’interno della sanità pubblica che potrà utilizzare servizi privati regolarmente autorizzati al funzionamento e accreditati.
- Il servizio al pubblico**

Il Dipartimento delle dipendenze deve annoverare al suo interno tutte le Unità Operative che possano svolgere questa funzione, indipendentemente



dalla natura di “servizio pubblico” o “privato sociale accreditato”.

- C. Le Amministrazione centrali, regionali e delle Aziende Sanitarie Locali devono essere rese consapevoli che sottrarre risorse, finanziarie e di personale, a questo settore che vede un costante e pesante aumento degli utenti e sempre più complessi, comporta e comporterà l'appiattimento dei sistemi di cura verso forme erogabili a bassi livelli di risorse quali prestazioni sanitarie non integrate, percorsi comunitari non professionali, terapie farmacologiche a bassa qualità o in alternativa l'inserimento per lunghissimi periodi in strutture residenziali a basso costo e bassa professionalità di intervento ( spesso nemmeno accreditate ) con gravissimi rischi e possibili problemi di cronicizzazione dei pazienti. In altre parole i bassi investimenti sono “generatori di cronicità” perché consentono interventi di minima, generando così un aumento dei costi futuri sia per la necessità di cure più protratte che di perdita della produttività (mancato reddito) di soggetti che potrebbero essere reinseriti nel circuito lavorativo/produttivo.
- Il rischio degli scarsi investimenti**
- I generatori di cronicità**
- D. Si tratta però di sottolineare anche un altro aspetto e cioè che non solo aumentando le risorse si risolverà il problema, perché è da subito necessario riorganizzare l'offerta e programmare in maniera condivisa, integrata e partecipata nel medio lungo termine e poi conseguentemente introdurre sistemi di valutazione dei risultati, delle prestazioni erogate in relazione ai costi ed agli obiettivi raggiunti.
- L'importanza della buona gestione**
- E. E' prioritario introdurre sistemi di valutazione permanenti dell'efficacia in pratica e dei costi al fine di poter correttamente programmare e controllare. La presenza e l'uso di questi sistemi di valutazione nei Dipartimenti dovrebbe costituire “criterio di finanziabilità”.
- La valutazione come criterio di finanziabilità**

### **Sintesi della i sessione per punti salienti, sulla base degli interventi**

1. E' necessario acquisire un nuovo rapporto tra Stato e Regioni, nel rispetto e dei vari livelli di competenza definiti nel titolo 5° della Costituzione che riesca a superare l'attuale situazione di stallo che ha portato a non poter intervenire/interagire con le regioni non adempienti agli atti di intesa del '99 e con la creazione di situazioni eccessivamente differenti sia nei modelli che nei sistemi creati o inesistenti nelle varie parti d'Italia.
- Superare lo stallo Stato-Regioni**



Regioni in cui è stato applicato l'accordo di cui al provvedimento 21 gennaio 1999 (pubbl. sulla GU n.61 del 15 marzo 1999): Accordo Stato Regioni per la "riorganizzazione del sistema di assistenza di assistenza ai tossicodipendenti (repertorio atti n. 593)

No	Si	Totale
8	13	21

Regioni in cui sono stati istituiti i dipartimenti per le dipendenze

No	Si	Totale
11	10	21

Aree in cui sono inseriti i Ser.T. all'interno dell'organizzazione aziendale

Dip. Salute Mentale	Dip. Servizi Ass. di base	Diverse aree dell'ASI	Dip. Dipend.	Distretti	Direz. centrale	Dip. SM e Dip.	Totale
2	3	4	4	5	1	2	21

Regioni in cui è stato applicato l'accordo di cui al provvedimento 5 agosto 1999 (pubbl. sulla GU n. 231 del 1 ottobre 1999. Schema di atto d'intesa Stato-regioni, su proposta dei Ministri della Sanità e per la Solidarietà Sociale, recante: "Determinazione dei requisiti minimi standard per l'autorizzazione al funzionamento e per l'accreditamento dei servizi privati di assistenza alle persone dipendenti da sostanze di abuso-Repertorio atti n.740

No	Si	Parzialmente	Totale
6	14	1	21

Viene richiesto un tavolo permanente di sintesi delle varie funzioni del sistema di intervento veramente operativo dove, nella definizione di alcune linee di indirizzo generali, monitorare e interagire con le varie Regioni, per la garanzia di una reale definizione e applicazione generalizzata dei livelli essenziali di esistenza, di un congruo investimento delle risorse e nella effettiva "riorganizzare del sistema dei servizi" per arrivare poi a condividere anche la "dislocazione delle risorse".

**Un nuovo tavolo operativo**



Viene evocato un “ruolo di coordinamento, monitoraggio e controllo” che il Dipartimento Politiche Antidroga dovrebbe svolgere nei confronti dell’applicazione degli atti di intesa e della funzionalità dei sistemi in generale (analisi dei problemi, proposta di soluzioni costruite in condivisione, coordinamento, monitoraggio e stimolo in collaborazione con le regioni per l’applicazione delle soluzioni migliori e degli Accordi Stato/Regioni).

**Un nuovo ruolo per il DPA**

2. Viene richiesto il ripristino del Fondo nazionale per la lotta alla droga (la quota a titolarità nazionale definita per legge nel 25%), attualmente in gestione alle Regioni, presso il Dipartimento Nazionale con attuazione di bandi per progetti selezionati di valenza nazionale e secondo, peraltro, quanto già previsto dal DPR 309/90.

**Il ripristino del Fondo Nazionale Antidroga**

3. Si richiede di bloccare/vincolare per legge un’aliquota fissa, pari 1,5% ( nella media europea degli investimenti ) del Fondo sanitario nazionale trasferito alle Regioni ( come già alcune regioni hanno già fatto nei loro atti di indirizzo), al finanziamento delle attività sulle tossicodipendenze. e di sbloccare il turn over degli operatori dei SerT.

**La quota fissa**

4. Considerato il policonsumo (e le codipendenze presenti), l’integrazione dovrebbe regolare, oltre agli aspetti organizzativi, gli aspetti relativi ai trattamenti che dovrebbero prendere contemporaneamente in considerazione l’uso di droghe-alcool-farmaci-tabacco.

**L’integrazione nei trattamenti**

5. Si ritiene necessario attivare i Dipartimenti delle Dipendenze in tutte le Regioni e le Province Autonome, si riconosce, infatti, la validità dell’organizzazione dipartimentale nell’area delle dipendenze, al fine di garantire una risposta territoriale organizzata e coordinata al problema delle dipendenze su tutti i territori nazionali. Si ritiene indispensabile l’attivazione dei dipartimenti in forma strutturale, dotati di autonomia tecnico-funzionale e di budget.

**Attivazione dei Dipartimenti delle Dipendenze**

Si segnala come problematico e totalmente da evitare l’inserimento dei Sert all’interno dei Dipartimenti di Psichiatria. Non si ritiene una scelta efficace e corretta che i Ser.T. e/o i Dipartimenti delle Dipendenze, per le specificità della materia, vengano inglobati nei Dipartimenti di Salute Mentale. Questa operazione viene ritenuta strategicamente e tecnicamente inappropriata, pertanto è necessario provvedere ad una distinzione dei settori e, contemporaneamente, ad accordi di collaborazione per la gestione della

**No alle proposte di legge su SerT in psichiatria**



*Presidenza del Consiglio dei Ministri*

**DIPARTIMENTO POLITICHE ANTIDROGA**



comorbilità psichiatrica. Viene richiesto di convocare la Consulta al fine di ottenere anche il parere di questo organismo su detta inopportunità che peraltro si sta profilando anche con provvedimenti di Legge.

I Dipartimenti delle Dipendenze devono essere i veri strumenti dell'integrazione pubblico-privato sociale, dove si realizza la pari dignità attraverso una programmazione comune e condivisa degli interventi sul territorio ma, soprattutto, degli standard e dei criteri operativi. Strumento programmatico e decisionale dell'integrazione è il Comitato di Dipartimento di cui devono far parte anche i rappresentanti del privato sociale. Si ritiene fondamentale sostenere concretamente la formazione permanente degli operatori assicurando loro la possibilità di partecipazione ad incontri accreditati. E' indispensabile operare in modo che si possano realizzare anche percorsi specialistici post-universitari nella "disciplina delle dipendenze", interessando le strutture competenti ministeriali per la creazione delle specifiche condizioni legislative. L'attuale carenza di personale dovrà essere colmata ripristinando per lo meno gli standard previsti dai sistemi di accreditamento. È necessario che le Regioni e le Aziende Sanitarie siano consapevoli che la carenza di organico comporta la compromissione delle buone prassi cliniche che non possono essere regolarmente adottate e perseguite in mancanza di un livello minimo di personale.

**Pari dignità tra pubblico e privato sociale**

**Formazione permanente**

In considerazione dell'evoluzione del fenomeno e dei nuovi trend di consumo precoce, si ritiene indispensabile sviluppare ed attivare nuove unità operative dipartimentali, specializzate negli interventi di prevenzione indicata/selettiva. Tali unità dovranno essere dislocate in aree diverse dai Ser.T. ed accoglienti soprattutto le persone minorenni e le loro famiglie. In queste unità operative andranno promosse attività di diagnosi precoce (early detection), anche tramite drug-testing professionale e supporto psico-educativo alle famiglie.

**Unità operative per gli interventi di prevenzione indicata/selettiva**

Considerata la forte potenzialità di sviluppare ricerche cliniche e nel campo delle neuroscienze, si ritiene fondamentale per il futuro promuovere ricerche nei dipartimenti delle dipendenze finalizzate soprattutto a migliorare le conoscenze sui meccanismi neuropsicologici (anche attraverso il ricorso al neuro-imaging) che sostengono il craving, i danni cognitivi delle funzioni superiori e i possibili nuovi trattamenti più efficaci. E' necessario attivare attività di ricerca e sperimentazione di tipo applicativo, clinica e supportativa il

**La ricerca**



processo di miglioramento che riguarda soprattutto due aspetti principali: efficacia delle cure, valutazione dei percorsi e dei processi di cura.

6. “Pari dignità” ma anche “pari responsabilità” con compartecipazione attiva del privato sociale accreditato sia alla programmazione dipartimentale sia per assicurare la continuità assistenziale tra servizi di bassa soglia, Sert e Comunità e progetti/servizi del reinserimento socio lavorativo, sia nella normale programmazione ma soprattutto in caso di interruzione del trattamento, dalla Comunità al Sert.

**Le “pari responsabilità”**

7. Nell’ottica dell’integrazione e delle pari opportunità le realtà del privato sociale accreditato potrebbero essere viste come “incaricati di pubblico servizio”, in un Dipartimento che si propone come “contenitore e garante” organizzativo comune tra Sert e servizi del privato sociale. In altre parole integrazione vuol dire “non fare le stesse cose” all’interno del sistema (con pericolo di duplicazione, competizione, conflitti e sprechi). Per questi si pone l’importanza di differenziare i servizi e di prevedere in capo al Dipartimento territoriale ogni tematica che possa richiamare una logica di controllore – controllato.

8. Si ritiene interessante e da valutare nel tempo ed insieme ed in parallelo ad altri percorsi regionali, tra gli altri, l’esperienza della Regione Lombardia di affidamento del budget alle Comunità. Vi sono però pro e contro, con aspetti positivi ed altri apparentemente problematici nel modello lombardo presentato, che ad esempio, come esplicitato da alcuni partecipanti alla sessione, con la previsione di SerT privati, apparentemente potrebbe configgersi con la logica di integrazione prima ribadita. Tuttavia ben vengano le sperimentazioni in questo ambito e la possibilità di avere dati in merito

**Budget delle Comunità:  
l’esperienza della  
Lombardia**

9. E’ necessario definire a livello nazionale, anche nell’ottica dell’integrazione, tariffe e rette unitarie a fronte di uguali criteri e caratteristiche delle prestazioni erogate. Si ritiene, inoltre, che le tariffe nazionali vengano comunque associate alla presenza di assicurazione di adozione di protocolli assistenziali e riabilitativi di qualità.

**L’omologazione delle  
tariffe**

10. Alcune organizzazioni hanno fatto rilevare che:

**Alcune osservazioni**

- la libera offerta di servizi da parte del pubblico e del privato resa impossibile dalla disomogenea applicazione dell’Accordo Stato-



Regioni del 1999 e dalla incompleta attuazione dello stesso Dpr 309/90;

- per alcune associazioni resta problematica la reale impraticabilità della libera scelta del luogo di cura. A tal proposito viene ribadita la centralità dell'estensione della esperienza lombarda dei Sert privati a livello nazionale e l'approfondimento della ipotesi di costruzione di Sert ed altri servizi di cura con numero programmato di utenti e lista d'attesa anche se, per alcuni, questa ultima proposta solleva problemi di legittimità, considerati i gravi rischi sanitari a cui verrebbero esposte le persone tossicodipendenti in attesa di cure primarie;

- una terza problematica sollevata poi il tema della reale terzietà dei Dipartimenti rispetto a servizi di natura diversa come Sert, Comunità terapeutiche e servizi privati: anch'essa attualmente non sarebbe garantita né si è studiato a fondo quali possano essere le formule organizzative che possano garantire concretamente la realizzazione di tale principio.

11. Altri punti da segnalare, tenere in considerazione e approfondire nei futuri lavori sono:

**Altri punti**

- a. Necessità di modificare i percorsi prefettizi (art.75), come previsto nelle conclusioni della Conferenza di Trieste, valorizzando anche importanti esperienze di integrazione territoriale presenti nel Paese,
- b. Sanità penitenziaria: monitoraggio del passaggio delle competenze alle Regioni.
- c. Istituzione della disciplina di medicina delle farmaco-dipendenze e della relativa specializzazione, costituendo un gruppo di lavoro al DPA che si colleghi ai Ministeri interessati e alla UE.