

Allegato B 3

Instant Book

Evoluzione delle dipendenze e innovazione del sistema dei Ser.D. e delle comunità terapeutiche

INDICE

Gli elementi chiave	1
1.1 Elementi chiave	3
Gli Esperti	5
2.1 Il Coordinatore	7
2.2 Gli Esperti	8
2.3 I Facilitatori	13
Il Metodo	15
3.1 Il Metodo	17
3.2 Le principali fasi di sviluppo del processo	18
Fase Preparatoria - La raccolta dei contenuti	19
4.1 I contributi preliminari	21
4.2 Le criticità	21
4.3 Le possibili soluzioni	34
Riunione Preliminare - La condivisione dei contenuti e del metodo di lavoro	49
5.1 Il contesto dei lavori	51
5.2 Le criticità rilevate	52
5.3 La lettura delle criticità	55
5.4 Gli approcci alle possibili soluzioni	55
5.5 La lettura degli approcci alle possibili soluzioni	58
5.6 Le proposte operative	59
Tavolo Tecnico	61
6.1 Introduzione ai lavori della prima giornata	63
6.1.1 Introduzione del Coordinatore	63
Tavola Rotonda A - Quadro normativo e governance	67
6.2 Tavola Rotonda A - Quadro normativo e governance	69
6.2.1 Per una "governance diffusa", definita e coordinata, dal livello centrale, al livello regionale, a quello locale	70
6.2.2 Revisione Legge 309/90 - Dipartimento per le Dipendenze - Integrazione socio-sanitaria	72
6.2.3 Nuovo Osservatorio e Tecnologie per le dipendenze	74
6.2.4 Verso una governance innovativa: razionalizzazione dei servizi sulle dipendenze	76
6.2.5 Centralità del territorio nella governance Istituzionale	78

Evoluzione delle dipendenze e innovazione del sistema dei Ser.D. e delle comunità terapeutiche

6.2.6 Verso un cambiamento della legge e della governance per restituire dignità e diritti alle persone che usano droghe	80
6.2.7 Sintesi Tavola Rotonda A - Aspetti normativi e governance	82
Tavola Rotonda B - I servizi	85
6.3 Tavola Rotonda B – I servizi	87
6.3.1 I servizi per le dipendenze: criticità e bisogni	88
6.3.2 La cura delle dipendenze all'epoca delle iperdiversità	90
6.3.3 Il sistema integrato dei servizi	91
6.3.4 I Servizi delle Dipendenze in una nuova sanità territoriale.	93
6.3.5 Il sistema di cura misto	96
6.3.6 Quadro normativo e governance	98
6.3.7 La revisione del DPR 309/90	100
6.3.8 I cambiamenti intervenuti nel fenomeno delle dipendenze richiedono urgenti riforme normative ma necessitano anche di una maggior capacità di applicazione uniforme delle norme vigenti.	101
6.3.9 Organizzazione servizi dipendenze	103
6.3.10 Sintesi Tavola Rotonda B – I servizi	104
Tavola Rotonda C - Il lavoro di cura	107
6.4 Tavola Rotonda C – Il lavoro di cura	109
6.4.1 Presa in carico globale della persona e sviluppo di percorsi multidisciplinari, il modello del Budget di salute nell'area delle dipendenze	110
6.4.2 Spunti per il potenziamento della presa in carico delle persone con disturbi correlati all'assunzione di sostanze psicoattive e la programmazione omogenea delle attività sanitarie a livello nazionale.	112
6.4.3 Dal budget di cura alla riorganizzazione dei servizi	113
6.4.4 Identità, professionalità, organizzazione	115
6.4.5 Presa in carico globale e centralità della persona: un nuovo modello integrato di intervento nella riforma della 309/90	117
6.4.6 Sintesi Tavola Rotonda C – Il lavoro di cura	119
6.5 Introduzione ai lavori della seconda giornata	122
6.5.1 Introduzione del Coordinatore	122
6.5.2 Sessione domande e risposte	124
6.5.3 Domande e osservazioni senza risposta	142
6.5.4 Precisazioni degli Esperti e risposta del Coordinatore	144
Relazione Tecnica del Coordinatore	149
7.1 Evoluzione delle dipendenze e innovazione del sistema dei Ser.D e delle comunità terapeutiche	151
Le statistiche	157
8.1 Gli Esperti	159
8.2 Il pubblico iscritto	160
Appendice	165
9.1. Dr.ssa Roberta Balestra - Presa in carico globale della persona e sviluppo di percorsi multidisciplinari. Il modello del Budget di salute nell'area delle dipendenze	167
9.2 Dr.ssa Angela Bravi - Per un sistema di governo integrato, definito e coordinato, dal livello nazionale a quello regionale e locale	171

Evoluzione delle dipendenze e innovazione del sistema dei Ser.D. e delle comunità terapeutiche

9.3 Dr. Pietro Canuzzi, Dr.ssa Liliana La Sala - Spunti per il potenziamento della presa in carico delle persone con disturbi correlati all'assunzione di sostanze psicoattive e la programmazione omogenea delle attività sanitarie a livello nazionale	175
9.4 Dr. Riccardo Gionfriddo - Revisione Legge 309/90 / Dipartimento per le Dipendenze / Integrazione socio-sanitaria	177
9.5 Dr. Alfio Lucchini - I Servizi delle Dipendenze in una nuova sanità territoriale	180
9.6 Dr. Alessio Saponaro – Nuovo Osservatorio e Tecnologie per le Dipendenze	185
9.7 Dr. Biagio Sciortino - Verso una governance innovativa: razionalizzazione dei servizi sulle dipendenze	189
9.8 Dr. Stefano Vecchio - Verso un cambiamento della legge e della governance per restituire dignità e diritti alle persone che usano droghe	192

Gli elementi chiave



Evoluzione delle dipendenze e innovazione del sistema dei Ser.D e delle comunità terapeutiche

1.1 Elementi chiave

1. L'organizzazione dei Servizi per le Dipendenze in una prospettiva di innovazione
2. Presa in carico globale della persona e sviluppo di percorsi multidisciplinari, il modello del Budget di salute applicato all'area delle dipendenze.
3. Monitoraggio e valutazione degli esiti delle singole progettazioni (outcome)
4. Individuazione dei criteri di appropriatezza clinica dei percorsi terapeutici
5. Partecipazione di utenti e familiari ai percorsi di cura
6. Quali prospettive per un adeguamento dei servizi alla nuova domanda di trattamento (dipendenze comportamentali; accesso under 25)
7. L'utilizzo delle nuove tecnologie nei percorsi di cura
8. Appropriato utilizzo della terapia sostitutiva e affidamento di farmaci sostitutivi
9. Sviluppo di osservatori provinciali e regionali e loro integrazione con l'Osservatorio Nazionale Dipendenze (PCM)
10. Mobilità interregionale e compensazione.



Evoluzione delle dipendenze e innovazione del sistema dei Ser.D e delle comunità terapeutiche

Gli Esperti



Evoluzione delle dipendenze e innovazione del sistema dei Ser.D e delle comunità terapeutiche

2.1 Il Coordinatore

Dr. Fabrizio Starace

Biografia	Direttore del Dipartimento di Salute Mentale e Dipendenze Patologiche dell'AUSL di Modena, professore di Psichiatria Sociale presso UNIMORE, e presidente della Società Italiana di Epidemiologia Psichiatrica, ha contribuito in maniera significativa all'innovazione organizzativa e gestionale nel sistema di cura per la salute mentale.
Esperienze specifiche in relazione al Tavolo Tecnico	Dopo lunga esperienza maturata presso istituti di ricerca nazionali ed internazionali, tra cui l'Organizzazione Mondiale della Sanità, ha partecipato alla introduzione in Italia del Budget di Salute e coordina il programma dell'Emilia Romagna dedicato agli esordi psicotici. Dal 2019 componente del Consiglio Superiore di Sanità, nel 2020 è stato nominato nel Comitato di esperti in materia economica e sociale della Presidenza del Consiglio.

2.2 Gli Esperti

Nome e Cognome	Biografia	Esperienze specifiche
Denise Amerini (CGIL)	CGIL Nazionale area welfare: Responsabile dipendenze e carcere. Precedentemente responsabile dipendenze e salute mentale FP CGIL Nazionale	Esperienze con i Servizi Pubblici e del Privato Sociale per il lavoro sindacale svolto. Partecipazione a numerosi convegni su RdD e LEA, sistema dei servizi, rapporto pubblico/privato. Collaboro da diversi anni alla stesura del Libro Bianco sulle droghe
Roberta Balestra (FeDerSerD)	Specializzata in Psichiatria, rivestito l'incarico di Direttore della SC dipendenza da sostanze illegali e di Direttore del Dipartimento delle dipendenze (DDD) dell'Azienda ASUGI. In precedenza ho avuto incarichi gestionali di Struttura Semplice, sempre nell'ambito del DDD triestino. Sono vicepresidente nazionale di FeDerSerD. Componente di organismi tecnici regionali e nazionali. Responsabile scientifico di progetti innovativi, che hanno ricevuto finanziamenti istituzionali e da altre agenzie	Nei lunghi anni di esperienza ho avuto responsabilità gestionali importanti, che hanno richiesto aggiornamento e rimodulazione continua dell'offerta di servizio, in coerenza con l'evoluzione del fenomeno ed in integrazione col privato sociale. Numerose le relazioni ad eventi formativi di settore
Angela Bravi (Gruppo interregionale Dipendenze)	tecnico sulle Dipendenze Dipendente dell'Azienda USL Umbria 2 con la qualifica di educatrice professionale, dal 2006 lavoro presso la Direzione generale Salute e Welfare della Regione Umbria come referente per l'area delle dipendenze. Dal mese di febbraio 2019 svolgo il ruolo di coordinatrice del Gruppo tecnico interregionale sulle Dipendenze, cioè uno dei gruppi di supporto tecnico della Commissione Salute (Conferenza delle Regioni e P.A.), e partecipo a diversi gruppi di lavoro di livello nazionale	Esperienza derivata dall'impegno presso la Regione Umbria, in particolare nelle attività di programmazione del sistema dei servizi, e dal confronto sia interno al Gruppo interregionale Dipendenze sia con le istituzioni centrali con le quali il Gruppo collabora
Pietro Canuzzi (Ministero della Salute)	Dirigente sanitario presso il Ministero della Salute	Esperienze di natura tecnica nel settore delle dipendenze con profilo sanitario
Riccardo De Facci (CNCA)	Presidente nazionale e responsabile dipendenze del CNCA la più grossa rete Italiana formata da 260 gruppi con circa 200 comunità terapeutiche e 100 servizi di RdD e RdR. Diploma di laurea educatore professionale, Counselor in Analisi Transazionale. Presidente e direttore strategico della Cooperativa Lotta contro l'Emarginazione, responsabile scientifico di progetti e servizi (comunità terapeutiche), componente del coordinamento del terzo settore al ministero del lavoro	Responsabile nazionale delle dipendenze del CNCA da 20 anni, componente della Consulta Nazionale dipendenze, direttore di Comunità terapeutiche e di servizi di prevenzione nazionali, di RdD e RdR e di innovazione e ricerca europee

Evoluzione delle dipendenze e innovazione del sistema dei Ser.D e delle comunità terapeutiche

Nome e Cognome	Biografia	Esperienze specifiche
Angelo Fioritti (AUSL Bologna)	Direttore Dipartimento Salute Mentale e Dipendenze Patologiche della Azienda USL Bologna. Psichiatra, già Direttore Sanitario della stessa Azienda. Oltre all'attività clinica presso servizi di salute mentale ha svolto attività di ricerca e didattica sui temi: legislazione psichiatrica, epidemiologia psichiatrica, politiche di salute mentale, integrazione tra servizi psichiatrici e per le dipendenze patologiche, tutela dei diritti umani in psichiatria, strategie per migliorare l'accesso al lavoro da parte dei cittadini con problemi di salute mentale e dipendenze patologiche	È stato per quattro anni (2006-2010) responsabile del Servizio Salute mentale, Dipendenze patologiche e Salute nelle carceri della Regione Emilia-Romagna. È autore di oltre sessanta pubblicazioni internazionali ed oltre cento su riviste o libri italiani
Riccardo Gionfriddo (SITD)	Direttore Modulo Dipartimentale Salute Mentale Adulti 1 dell'ASP di Siracusa. Direttore Unità Operativa Complessa Servizio Dipartimentale Dipendenze Patologiche ASP di Siracusa. Coordinatore Osservatorio Epidemiologico Provinciale Dipendenze ASP di Siracusa. Tesoriere Società Italiana Tossicodipendenza	Direttore Unità Operativa Complessa Salute Mentale Adulti. Direttore Unità operativa complessa Dipendenze Patologiche ASP di Siracusa Responsabile Ser. T. dall'anno 2000. Coordinatore Osservatorio Epidemiologico Dipendenza Patologiche ASP di Siracusa
Liliana La Sala (Ministero della Salute)	Laureata in Medicina e Chirurgia, specialista in Medicina Interna, dal 1994 presta servizio presso il Ministero della Salute, dove, presso la DG Prevenzione Sanitaria, dal 2008 al 2016 dirige l'ufficio Igiene Ambientale e dal 2016 ad oggi dirige l'ufficio Prevenzione dipendenze, doping e salute mentale	Dal 2016 direzione dell'ufficio competente in materia di dipendenze e doping del Ministero della Salute, segretario della Commissione doping del Ministero della Salute, segretario dell'Osservatorio Nazionale per il contrasto al disturbo da gioco d'azzardo
Claudio Leonardi (SIPAD)	Laureato in Medicina e Chirurgia nel 1987. Tossicologo dal 1991. È Direttore della U.O.C. Patologie da Dipendenza della ASL Roma 2 dal 2000. Dal 2016 Direttore Dipartimento Tutela delle Fragilità ASL Roma 2. Dal 2007 è membro dell'UNODC. Docente in scuole di specializzazione e master di II livello	Autore di oltre 150 pubblicazioni scientifiche sulle dipendenze patologiche sia a livello nazionale che internazionale. Consulente Min. Salute Ufficio Centrale Stupefacenti
Alfio Lucchini (FeDerSerD)	Cavaliere Ordine al Merito della Repubblica Italiana. Psichiatra, specialista in psicologia medica, psicoterapeuta. 1985 Ser.D, dirett. Dip. Dipendenze dal 2000 e del Dip. gest. Salute mentale e Dipendenze ASST Melegnano Martesana, Milano fino a fine 2019 per quiescenza. Ora Ufficio di Presidenza Nazionale di FeDerSerD Presidente 2005-2013. Docente universitario ac 2000-2019. 38 volumi editi, 200 pubblicazioni scientifiche. Resp. Centro studi Consumi e Dipendenze Milano	Da sempre nel settore pubblico Ser.D, istituzionalmente e associativamente si occupa di aspetti organizzativi del sistema di intervento delle dipendenze, modelli organizzativi dipartimentali, livelli di integrazione socio sanitari con studi e documenti a livello scientifico e istituzionale

Evoluzione delle dipendenze e innovazione del sistema dei Ser.D e delle comunità terapeutiche

Nome e Cognome	Biografia	Esperienze specifiche
Icro Maremmani (UNIFI)	Si laurea in Medicina e Chirurgia presso l'Università di Pisa nel 1979 dove si specializza in Psichiatria, con lode, nel 1983. È stato dirigente medico presso l'Ospedale dell'Università di Pisa dal 1989 al 2021. Ha conseguito l'abilitazione a prof. Ordinario di Psichiatria nel 2014. È docente di Medicina delle Dipendenze all'Università di Pisa dal 1994 e Direttore del Master di II livello in Medicina delle Dipendenze presso la UNICAMILLUS di Roma dal 2020	Attività di ricerca nel settore
Rosanna Mariniello (Ministero della Salute)	Laureata in Giurisprudenza, abilitata all'esercizio della professione forense. Ha conseguito il corso di specializzazione per l'idoneità a Segretario generale, il corso di perfezionamento in Organizzazione e finanza degli Enti Locali presso l'Università Federico II di Napoli e il Master in Finanza Pubblica presso la Scuola Superiore dell'Economia e delle finanze. Segretario comunale e direttore generale di Enti Locali, dal 2005 lavora presso il Ministero della Salute.	Dal 2019 ha l'incarico di direzione dell'Ufficio 5 della Direzione della Programmazione sanitaria - Livelli essenziali di assistenza, assistenza territoriale e sociosanitaria. E' componente di diversi Tavoli tecnici, Osservatori, Commissioni e Comitati, quale rappresentante della Direzione Generale della Programmazione Sanitaria, istituiti presso altre direzioni/Enti/Amministrazioni
Roberta Pacifici (ISS)	Ricercatore dal 1987 dell'Istituto Superiore di Sanità ho effettuato studi e ricerche sulle tematiche relative all'uso, abuso e misuso delle sostanze stupefacenti e psicotrope. In qualità di Direttore, dal 2017 ad oggi, del Centro Nazionale Dipendenze e Doping dell'Istituto Superiore di Sanità ho diretto e coordinato, relativamente alle tematiche delle dipendenze e del doping, attività istituzionali, di ricerca, controllo, consulenza, formazione e informazione	In qualità di Dir. del C. N. Dipendenze e Doping dell'ISS sono esperto per il CSS per la Sez. III (Prevenzione delle tossicodipendenze) e Sez. V (Sostanze stupefacenti e psicotrope), membro dell'Osservatorio per il contrasto della diffusione del gioco d'azzardo e il fenomeno della dipendenza grave
Giovanni Rezza (Ministero della Salute)	Laureato in Medicina e Chirurgia presso l'Università di Roma La Sapienza nel 1978, si è specializzato in Igiene e Medicina Preventiva nel 1982, e in Malattie Infettive nel 1986.	Dirigente di Ricerca dal 1991 presso l'Istituto Superiore di Sanità di Roma, presso il quale è stato dal 2009 al 2020 Direttore del Dipartimento di Malattie Infettive, Parassitarie ed Immunomediate, ricopre attualmente il ruolo di Direttore Generale della Prevenzione Sanitaria presso il Ministero della Salute.
Angelo Righetti	Neurologo, psichiatra, farmacologo, epidemiologo già responsabile (86/2008) area collaborativa OMS per il Centro Studi Regione FVG, direttore DSM e sociosanitario PN, Palmanova (UD), PR, Aversa (CE)-Dir.Sociosanitario.	Componente Osservatorio Salute Mentale (84/2000) Ministero Sanità e del piano prevenzione malattie mentali CNR 74/80. Consulente e formatore in molte ASL. Co-Promotore della metodologia Budget di salute.

Evoluzione delle dipendenze e innovazione del sistema dei Ser.D e delle comunità terapeutiche

Nome e Cognome	Biografia	Esperienze specifiche
Alessio Saponaro (Regione Emilia Romagna)	Dirigente dell'Area Salute mentale e dipendenze patologiche della Regione Emilia-Romagna. Cura lo sviluppo organizzativo e professionale dei servizi di salute mentale, dipendenze patologiche, neuropsichiatria dell'infanzia e dell'adolescenza, psicologia clinica e di comunità nella Regione Emilia-Romagna, con riferimento alle attività di prevenzione, di trattamento, di riabilitazione e reinserimento sociale	Si è occupato di innovazione nel campo dei servizi sanitari per le dipendenze, dall'accREDITAMENTO delle strutture pubbliche e private, alla costruzione di sistemi informativi per aumentare la qualità dei Servizi. Ha coordinato un progetto regionale per l'accREDITAMENTO di "percorsi di qualità"
Biagio Sciortino (INTERCEAR)	Psico-pedagogista che lavora nel campo delle dipendenze dal 1985 attualmente Vicedirettore della "Casa dei Giovani", referente e coordinatore delle équipes delle Comunità di Bagheria, Matera e Mazara del Vallo, responsabile di 5 centri di accoglienza ed orientamento. Coordinatore del Progetto "Maddalena" per donne vittime della tratta Vicepresidente del Cears Sicilia. Presidente Nazionale dell'Intercear. Referente Regionale sulle dipendenze presso l'Assessorato Regionale alla Sanità	Responsabile delle strutture terapeutiche "Casa dei Giovani", per oltre 11 anni sono stato membro della Consulta Regionale Sicilia per le dipendenze patologiche, da oltre 6 anni collaboro con l'UniKore di Enna e con la FEDERSER.D, SIPED, SITD etc.
Luciano Squillaci (FICT)	Avvocato, presidente della Federazione Italiana Comunità Terapeutiche ed impegnato in diversi enti del Terzo Settore. Esperto di organizzazione di servizi sanitari e sociali, con particolare riferimento alle dipendenze patologiche, si occupa tra l'altro di ricerca e formazione in campo sociale e di sviluppo di comunità ed è docente di "Metodologia del tirocinio" e di "Diritto Pubblico" presso l'Istituto Universitario "Don Giorgio Pratesi", Università Pontificia Salesiana di Roma	Da sempre impegnato nel campo dell'organizzazione di servizi per le dipendenze, dirigo realtà sanitarie accreditate con il SSN e presiedo la Federazione Italiana Comunità Terapeutiche. Sono stato componente di diversi gruppi di lavoro sull'organizzazione dei servizi a livello nazionale e regionale
Elide Tisi (ANCI)	Coniugata con due figlie. Attualmente sono Vice presidente ANCI Piemonte e opero in una ONLUS. Sono stata Presidente di Ente Ausiliario in ambito dipendenze e impegnata nel Terzo Settore, Vice Presidente FEDERSOLIDARIETÀ NAZIONALE e Presidente Piemontese, nonché Portavoce del Terzo Settore in Piemonte; nell'ambito delle amministrazioni ho ricoperto il ruolo di Vicario Nazionale di ANCI/Federsanità, Vice Sindaco/ Assessore Salute, Politiche Sociali COMUNE TORINO e Consigliere; Presidente del CONSORZIO INTERCOMUNALE SERVIZI ALLA PERSONA CISAP e Vicesindaco Assessore politiche sociali COMUNE GRUGLIASCO.	Ho svolto ruoli istituzionali nell'ambito di politiche socio sanitarie

Evoluzione delle dipendenze e innovazione del sistema dei Ser.D e delle comunità terapeutiche

Nome e Cognome	Biografia	Esperienze specifiche
Stefano Vecchio (Forum Droghe)	Presidente Forum Droghe. Nel '81 inizia a lavorare in un servizio per le dipendenze. Nel 1988 istituisce nella USL 39 di Napoli la prima Struttura Intermedia integrata. Dal 2000 al 2021: Direttore del Dipartimento per le Dipendenze della ASL NA1. Ha partecipato alla stesura dei Libri Bianchi sulle droghe, ha scritto diversi contributi su riviste e libri, ha partecipato a ricerche, iniziative editoriali e azioni della società civile per la modifica del modello penale nelle leggi sulle droghe	Ha organizzato un modello di Dipartimento per le Dipendenze articolato sui diversi modelli di consumo, superando la logica patologica, con quattro tipologie di servizi integrate con il T. Settore: Ser. D, Riduzione del Danno, Limitazione dei Rischi, sei Strutture Intermedie di cui una in carcere
Francesco Giuseppe Vismara (COMUNITALIA)	Dal 1993 è responsabile dei rapporti Istituzionali, occupandosi delle procedure di autorizzazione, accreditamento, convenzioni, progetti e bandi delle attività socio sanitarie. Dal 1981 al 1999 educatore e responsabile di un modulo pedagogico riabilitativo della Comunità. Dal 1993 al 2015 Amministratore delegato delle risorse umane e della Formazione continua. Dal 1996 al 2009 membro della Consulta degli esperti della tossicodipendenza presso la Presidenza del Consiglio dei Ministri	Conoscenza del fenomeno tossicodipendenze per esperienza diretta nel ruolo di educatore dal 1981 Conoscenza diretta del sistema dei servizi per averlo vissuto nelle diverse fasi di realizzazione. Conoscenza diretta di tutte le problematiche organizzative e delle normative che regolamentano il settore
Biagio Zanfardino (Regione Campania)	Laureato in Psicologia (Indirizzo Applicativo). Specializzato in Psicoterapia Sistemico-relazionale e in Mediazione Familiare. Ho ricoperto ruoli di responsabile e coordinatore servizi socioeducativi e ufficio di piano (ex legge 328/2000). Ho fatto parte delle commissioni regionali di valutazione piani di zona sociali e PAT dei distretti sanitari. Attualmente occupo il ruolo a tempo indeterminato di Funzionario esperto tecnico policy in sanità occupandomi, tra l'altro, di dipendenze patologiche	Organizzatore e coordinatore servizi sociosanitari. Esperto evoluzione servizi sociosanitari. Referente regionale programmazione dipendenze e verifica e monitoraggio interventi in materia

2.3 I Facilitatori

Nome e Cognome	Biografia
Luca Caterino (Federsanità)	Ricercatore sociale ed esperto nell'ambito della valutazione di politiche pubbliche, si è spesso occupato di temi legati alla disabilità, alla condizione abitativa, alla violenza di genere e alla programmazione socio-sanitaria. Per Federsanità segue in particolare le attività legate all'Osservatorio Sociale Regionale della Toscana e ai processi partecipativi in ambito socio-sanitario
Paolo Martinez (FUTOUR)	Fondatore della società Futour, laureato in Geografia e Sociologia all'Oxford Polytechnic e facilitatore certificato IAF lavora da oltre 20 anni nella creatività e partecipazione applicate al management dell'innovazione, trasferimento tecnologico e sviluppo territoriale, in Italia e all'estero, per conto di clienti pubblici e privati
Mauro Soli (Federsanità)	È stato docente presso l'Università Politecnica delle Marche e l'Università di Siena in Programmazione e Progettazione sociale; è stato consulente per il PIN dell'Università di Firenze; Project manager e consulente per le Regioni Toscana e Umbria su progetti per l'inclusione sociale, la disabilità e la non autosufficienza; Promotore Sociale e Coordinatore di Zona per le Zone Sociali dell'Umbria; per Anci Toscana è stato responsabile del Progetto Regionale Botteghe della Salute. Attualmente è capoprogetto AT PON Inclusione per PricewaterhouseCoopers e per Federsanità si occupa delle attività legate all'area dell'integrazione sociosanitaria



Evoluzione delle dipendenze e innovazione del sistema dei Ser.D e delle comunità terapeutiche

Il Metodo



Evoluzione delle dipendenze e innovazione del sistema dei Ser.D e delle comunità terapeutiche

3.1 Il Metodo

L'obiettivo primario della VI Conferenza Nazionale sui problemi connessi con la diffusione delle sostanze stupefacenti e psicotrope, come previsto dall'art. 1, comma 15 del Testo Unico sugli Stupefacenti (DPR 309/1990), è quello di "individuare eventuali correzioni alla legislazione antidroga dettate dall'esperienza applicativa". Un secondo obiettivo consiste nel raccogliere *input* utili alla formulazione del nuovo Piano di Azione Nazionale (PAN) sulle Droghe. Per la progettazione e implementazione del processo di preparazione della Conferenza, il Dipartimento per le Politiche Antidroga si è avvalso del supporto tecnico-scientifico dell'Istituto di Fisiologia Clinica del Consiglio Nazionale delle Ricerche.

Al fine di raggiungere lo scopo prefissato è stato ideato un processo partecipativo che, a partire dalla normativa attualmente vigente in materia, attraverso l'individuazione di punti di forza, criticità e la formulazione di possibili soluzioni espresse da tutti gli attori coinvolti, possa fornire ai *policy maker* una base di conoscenza su cui costruire le eventuali proposte di revisione legislativa e di programmazione.

Figura 1. Il processo di costruzione della Conferenza

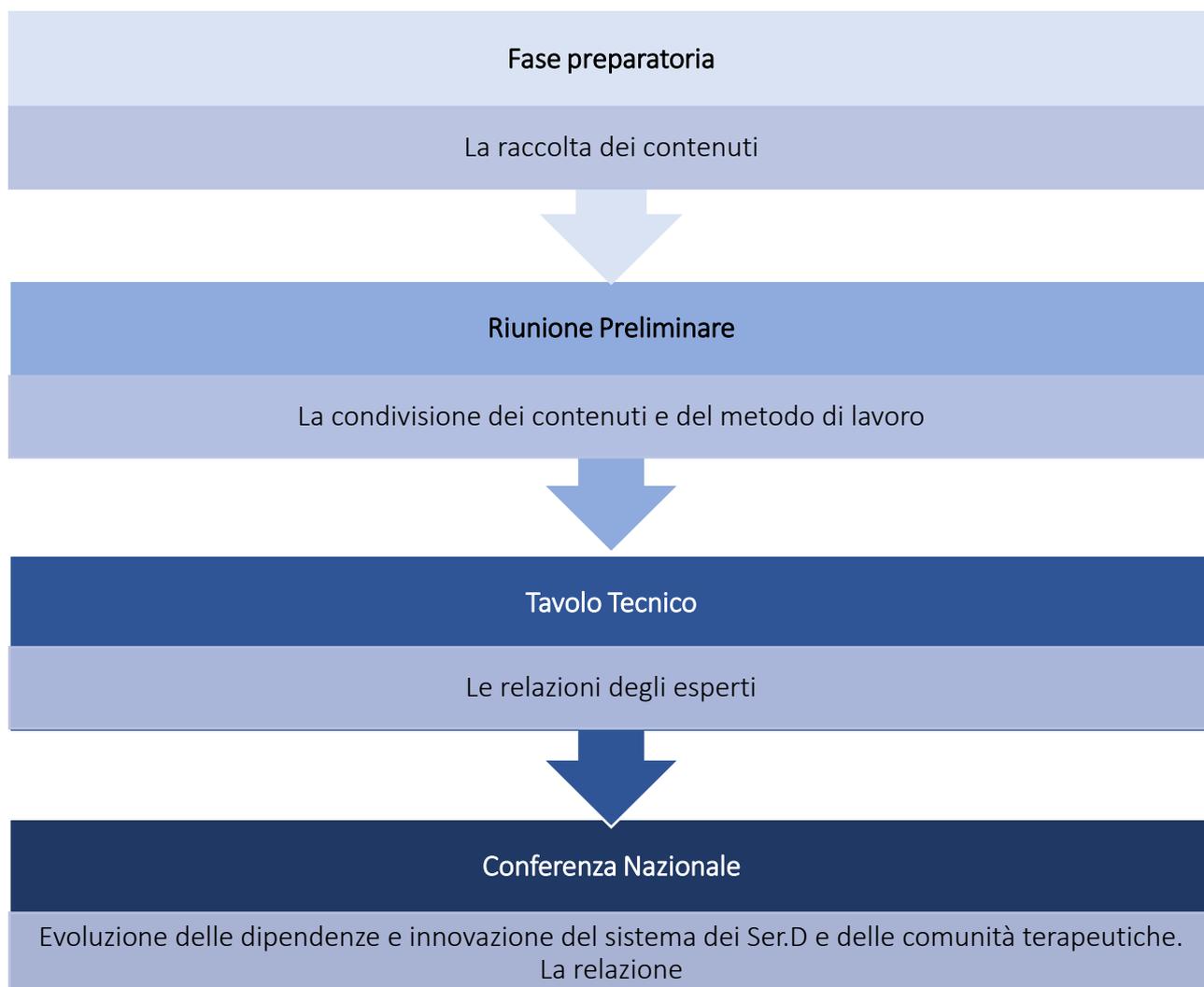


Sia la fase preparatoria sia quella operativa della Conferenza adottano un approccio basato sul metodo apprezzativo (*appreciative inquiry*¹). Ciascun Esperto, in vista dell'avvio della Riunione Preparatoria ha prodotto e condiviso una breve biografia, l'indicazione delle competenze in relazione alla specifica tematica e un documento condiviso su criticità e possibili soluzioni per ciascun elemento chiave. La condivisione dei materiali avviene in modalità *online* tramite la piattaforma Basecamp.

Tutto il percorso si avvale della presenza di esperti facilitatori che aiutano a raggiungere obiettivi condivisi per ogni fase della Conferenza, dando struttura al dialogo tra i partecipanti attraverso metodi, tecniche e strumenti di facilitazione digitale (GroupMap) per agevolare la raccolta di proposte e la definizione di priorità.

¹ https://en.wikipedia.org/wiki/Appreciative_inquiry

3.2 Le principali fasi di sviluppo del processo



Fase Preparatoria - La raccolta dei contenuti



Evoluzione delle dipendenze e innovazione del sistema dei Ser.D e delle comunità terapeutiche

4.1 I contributi preliminari

Nelle fasi preliminari alla Riunione Preparatoria gli Esperti sono stati invitati a esprimere e condividere con gli altri partecipanti criticità e possibili soluzioni in relazione a ciascun elemento chiave trattato dal Tavolo. Questo processo ha garantito un approccio partecipativo e trasparente sulle priorità evidenziabili da tutti gli attori coinvolti e da ciascun punto di vista.

Il materiale raccolto costituisce il punto di partenza dei lavori del Tavolo, dove tutti i commenti e i differenti punti di vista divengono il valore aggiunto del processo collettivo e partecipato di individuazione delle priorità e costruzione delle proposte operative.

Ciascun contributo, messo a disposizione degli altri Esperti, è quindi confluito nel lavoro del Coordinatore che lo ha utilizzato per fare una sintesi inclusiva di tutte le posizioni emerse.

4.2 Le criticità

L'elenco delle criticità raccolte è mostrato di seguito per ciascun elemento chiave.

1) L'organizzazione dei Servizi per le Dipendenze in una prospettiva di innovazione

La ristrettezza dei tempi per affrontare tematiche così complesse.

Il sistema dei servizi è fortemente condizionato dalla logica penale delle leggi vigenti.

Il modello organizzativo dei servizi italiani è fermo agli anni '90, e risulta inadeguato a rispondere alle nuove esigenze espresse dai cambiamenti epocali nei modelli di consumo.

Il concetto di dipendenza basato sul modello patologico e morale tende a etichettare, stigmatizzare e istituzionalizzare le persone che usano droghe.

La prospettiva della Riduzione del Danno/Limitazione dei Rischi in Italia è diffusa a macchia di leopardo e scarsamente presente nel Sud.

I servizi innovativi e di RdD/LdR sono prevalentemente integrati con il Terzo Settore spesso in modo precario e subalterno.

Eccessiva diversità regionale delle unità di offerta sia nell'organizzazione dei servizi ambulatoriali che nelle tipologie delle comunità terapeutiche e dei servizi di RdD e RdR (dalle 2 alle 14 tipologie diverse regionali di comunità) impostazione obsoleta della legge 309

Assenza di linee guida nazionali e monitoraggio della non applicazione dei LEA (servizi, Comunità terapeutiche, RdD e RdR, inclusione socio sanitaria, gioco d'azzardo)

Non uniforme programmazione e condivisione dei piani terapeutici personalizzati tra Pubblico e Privato accreditato, disparità enormi regionali sull'investimento sanitario

Mancato finanziamento del fondo nazionale previsto dalla 309 /90 e dalla 45/97

Evoluzione delle dipendenze e innovazione del sistema dei Ser.D e delle comunità terapeutiche

Organizzazione dei servizi e offerta di cura disomogenea a livello regionale e nazionale;

Potenziamento delle funzioni di sanità territoriale dei SerD (di prossimità, di reinserimento sociolavorativo, di rete, di continuità assistenziale ospedale-territorio, di prevenzione, ecc.), che negli anni sono state sacrificate a causa dei "tagli" alle risorse di personale; tali interventi devono essere garantiti per tutti i tipi di dipendenza;

Necessità di garantire interventi specifici rivolti all'utenza *under 25*;

Criticità permangono nella presa in carico integrata con i Servizi di salute mentale.

Cambiamenti nell'uso di sostanze e negli stili di consumo

Cambiamenti nel ruolo della famiglia

Cambiamenti nella farmacoterapia della dipendenza da eroina

Riduzione del danno nell'ambito del trattamento integrato

Possibilità di trattare i tossicodipendenti nei servizi di psichiatri

Sostenibilità economica dei modelli di cura avanzati

Il disinteresse dei Medici di Medicina Generale

La mancanza della Disciplina di Medicina delle Dipendenze

Il sistema attuale non riesce a stare al passo con l'evoluzione della problematica della dipendenza legata alla continua evoluzione del fenomeno, nonché la mancanza di prospettiva globale di interventi di rete che permettano di intervenire all'insorgere delle dipendenze, legislazione (DPR 309/90 e seguenti) inadeguata.

L'organizzazione dei servizi per le dipendenze in Italia è ingessata all'interno di una normativa ormai ultra trentennale. Di contro l'evoluzione del fenomeno è rapida e continua. Ciò rende molto difficile, per i Servizi del Pubblico e del Privato accreditato, riuscire ad intercettare i nuovi bisogni. La *governance* che tiene distinte le dipendenze da sostanza da quelle comportamentali e da sostanze legali è ormai ampiamente superata considerando che nella prassi sui territori vanno spesso insieme.

Valutati i bisogni storici persistenti nella operatività del sistema dei servizi e le nuove realtà già evidenziabili o in sviluppo secondo dati epidemiologici o previsionali necessita riorganizzare i Servizi nella nuova sanità territoriale prevista dal PNRR.

Agilità di intervento, presa in carico precoce.

Mancano politiche effettive di RdD nella Regioni, nonostante questa sia un LEA dal 2017.

Problemi sussistono ancora nell'integrazione, in un'ottica di servizio pubblico, fra Sistema Pubblico e Privato Sociale. I servizi di prossimità sono spesso affidati al privato sociale, ancora oggi, sulla base di contratti temporanei, causa di precarietà e discontinuità.

I Ser.D risultano impoveriti e indeboliti da anni di tagli ai finanziamenti e di politiche di contenimento degli organici. Preoccupa la medicalizzazione spinta dei servizi.

Evoluzione delle dipendenze e innovazione del sistema dei Ser.D e delle comunità terapeutiche

Scarsa valorizzazione del settore Dipendenze Patologiche per quanto riguarda la carenza di risorse umane ed organizzative che vengono prevalentemente assegnati al settore della Psichiatria.

Ogni Regione attua modelli organizzativi diversi e poco coerenti.

Carente formazione specifica per gli operatori assegnati.

Mancanza di autonomia dei Servizi Pubblici per le dipendenze in materia di organizzazione, gestione e budgettizzazione delle prestazioni perché spesso sono inclusi nei Dipartimenti di salute mentale;

Effettiva impossibilità dell'utenza di esercitare la libera scelta del luogo di cura in quanto le normative vigenti sono spesso inapplicate;

Eccessiva rigidità della procedura di certificazione dello stato di dipendenza in quanto esclude la possibilità delle strutture accoglienti di concorrere alla diagnosi, al progetto riabilitativo e alla sua durata;

Molte norme regionali in materia di accreditamento e vigilanza utilizzano criteri non sempre congruenti con i reali servizi erogati.

Eccessiva difformità delle soluzioni organizzative e dei livelli di qualità garantiti ai cittadini, tra le diverse regioni e anche tra i territori della singola Regione.

Necessità di lavoro fortemente integrato con il territorio, in un approccio di comunità e di prossimità.

Dipartimento delle Dipendenze

Errato inglobamento Ser.D nei DSM

Mancanza di risorse umane e strutturali

Revisione della legge 309/90

Responsabilità istituzionali dei Ser.D

Adeguamento servizi alle nuove tipologie di consumo/abuso

Riforma universitaria con istituzione di una specialità in Medicina delle Dipendenze

2) Presa in carico globale della persona e sviluppo di percorsi multidisciplinari, il modello del Budget di salute applicato all'area delle dipendenze

Le persone che si rivolgono ai servizi con criticità nell'uso di droghe richiedono un accompagnamento sia multidisciplinare che la disponibilità di diversi servizi sia accreditati che offerti da agenzie sociali.

I Budget di salute sono strumenti importanti di socializzazione e reinserimento se non sono considerati in alternativa ai servizi integrati con il Terzo Settore e se seguono una logica di coinvolgimento attivo delle persone che usano droghe

In mancanza di orientamenti chiari rischiano in alcune realtà di trasformarsi in azioni esternalizzate, frammentate e poco efficaci.

Approccio punitivo e penalizzante della legge 309 che condiziona l'accesso ai servizi ed il patto di presa in carico e cura impostato purtroppo su stigma, pene e alternative giudiziarie più che sulla libera scelta

Necessità di passare da un approccio prioritariamente di *Cure* e di rigidità della certificazione sanitaria ad una organizzazione ed integrazione sociosanitaria di *Care* a 360 gradi con *equipe* e *case manager* sociosanitaria organizzata per fasi ed obiettivi di salute e con un reale coinvolgimento delle persone in carico. Il Budget di salute come impostazione dalla RdD alla presa in carico precoce dalla cura al reinserimento.

Nelle dipendenze lo strumento è ancora poco conosciuto ed utilizzato; non ci sono fondi dedicati per la formazione, sperimentazione ed implementazione (esempio fondi FAP per la salute mentale); i servizi sociali sono scarsamente chiamati ad investire in queste azioni innovative.

Negli anni il sistema di intervento si è tarato sempre più su un livello prestazionale per singola fase (prevenzione nelle sue diverse forme, presa in carico iniziale, disintossicazione, cura e riabilitazione, reinserimento sociale e lavorativo) perdendo progressivamente di vista la complessità multidisciplinare dell'intervento.

Eppure le dipendenze rappresentano forse la problematica che maggiormente necessita di un intervento integrato, sociale e sanitario, differenziato in termini di obiettivi ed azioni tra le diverse fasi di un processo, che però va inteso come unico ed indivisibile, oltre che individuale e specifico per ciascuna persona.

Il modello multidisciplinare è vincente e riconosciuto, ma deve essere curato

La carenza di risorse umane lo rende difficile da perseguire

I Budget di salute non sono applicati dovunque e in modo uniforme. Spesso si traducono esclusivamente in esternalizzazioni di servizi

Difficoltà nella integrazione dei percorsi multidisciplinari con il settore della Psichiatria

Il modello del Budget di salute viene applicato prevalentemente o esclusivamente per i pazienti della Psichiatria adulti

Mancanza di una reale integrazione tra tutti i servizi (es: psichiatria, servizi sociali, *housing* sociale, servizi per il lavoro) per poter rispondere efficacemente alle multi problematicità delle nuove utenze;

Evoluzione delle dipendenze e innovazione del sistema dei Ser.D e delle comunità terapeutiche

Nel caso di utenti in doppia diagnosi in carico a strutture private si pongono vincoli di presa in carico territoriale da parte dei servizi psichiatrici per poter soddisfare i bisogni di visite di routine, accertamenti e colloqui;

Difficoltà per la presa in carico di utenti extracomunitari presenti sul territorio italiano seppure irregolari;

I servizi multidisciplinari sono spesso considerato sperimentali e soggetti a incertezza sia finanziare che di continuità

Il Budget di salute è uno strumento ancora pochissimo esplorato riguardo alla utilizzazione nell'area delle dipendenze, occorre verificare se non sia opportuno un approccio che ne consideri le peculiarità e quindi non automaticamente derivato dall'esperienza di altre aree

Definire il funzionamento delle unità di valutazione multidisciplinare;

Prevedere l'esecuzione obbligatoria dei PAI nelle dipendenze;

Garantire un approccio omogeneo sul territorio nazionale per il sistema di finanziamento;

Fare tesoro delle tante sperimentazioni fatte sul territorio di dispositivi simili al Budget di salute

3) Monitoraggio e valutazione degli esiti delle singole progettazioni (outcome)

La valutazione degli esiti è poco diffusa e condizionata dai modelli penale - morale e patologico.

Secondo il modello patologico una persona con "dipendenza" è un malato cronico recidivante e può solo stabilizzare la presunta malattia ma non può "guarire".

Secondo il modello morale, fortemente colpevolizzante, ancora diffuso in molte Comunità terapeutiche, le persone devono operare cambiamenti, in alcuni casi anche forzati, secondo schemi precostituiti escludendo il coinvolgimento attivo e sostenendo i processi di stigmatizzazione.

La valutazione degli esiti dei servizi di RdD e innovativi non viene presa in considerazione.

I diretti interessati non sono coinvolti

Assenza di criteri condivisi di impostazione dei percorsi, degli strumenti utilizzati e della definizione comune degli esiti e assenza di luoghi reali condivisi ed integrati di regia delle azioni

Mancano le risorse di personale per promuovere in modo strutturale la cultura della valutazione nei servizi Ser.D;

Ancora poco definiti gli indicatori di esito nel campo della sanità territoriale, degli interventi sociosanitari e delle dipendenze

L'assenza di una metodologia per l'indagine della psicopatologia specifica della tossicodipendenza che condiziona il decorso della malattia

La presenza di uno spettro post-traumatico della dipendenza che persiste per molti anni come reliquato della dipendenza

Non vi è mai stato un serio investimento in termini di valutazione degli esiti, sia all'interno dei percorsi dei Servizi Pubblici che in quelli Privati. Ciò ha determinato una seria incertezza sull'efficacia dei percorsi riabilitativi.

Per quanto riguarda l'*outcome* delle attività manca una visione realistica e complessiva con valutazioni non omogenee dell'intervento

Alcuni settori sono sottovalutati

Mancano criteri omogenei e condivisi di valutazione

I dati di attività non vengono adeguatamente considerati per nuovi modelli organizzativi.

Scarsa considerazione per la valutazione della qualità dell'assistenza offerta

Mentre il Privato può essere monitorato e valutato dal pubblico, per i Servizi Pubblici manca un monitoraggio e una valutazione eseguita da parti terze;

Assenza di un *follow-up*, riconosciuto, condiviso e uniforme nei Servizi delle dipendenze, Pubblici e Privati

Assenza di un approccio e criteri di valutazione di processo e di esito comuni

4) Individuazione dei criteri di appropriatezza clinica dei percorsi terapeutici

La nozione di terapia nei contesti dei Servizi Pubblici e accreditati è ambigua e influenzata dai modelli penale, morale e patologico.

Nei Ser.D è diffuso il modello organizzativo e professionale ambulatoriale e ospedaliero che limita i percorsi di servizio. In particolare vengono privilegiati i deficit, i punti di debolezza, la presunta malattia e messi da parte i punti forza, le risorse e le competenze delle persone ad autoregolarsi.

Questa prospettiva impedisce agli operatori di individuare e valorizzare i risultati importanti raggiunti insieme alle persone ad esempio con i farmaci agonisti: raggiungimento competenze nella tutela della salute, nelle relazioni familiari e lavorative

Assenza di chiari criteri condivisi, strumenti e approcci di impostazione e di monitoraggio e verifica

Disomogeneità nell'offerta di cura, dovuta a carenza di *standard* organizzativi e funzionali;

Carenza di documenti di programmazione strategica e di linee guida nazionali e regionali;

Carenza di risorse che condiziona la possibilità di garantire LEA e appropriatezza di percorso, sulla base dei bisogni di salute rilevati

Non sempre si riesce in modo univoco all'identificazione di un appropriato percorso terapeutico

Non è ancora consolidato un metodo scientifico in tutto il sistema

L'appropriatezza dei percorsi terapeutici si basa esclusivamente su criteri 'medici' e sul raggiungimento della completa astinenza dall'uso di qualsiasi sostanza

Assenza di linee guida nazionali

5) Partecipazione di utenti e familiari ai percorsi di cura

Le persone che usano droghe e si rivolgono ai servizi, a parte situazioni circoscritte, non vengono considerati "capaci" di poter fare scelte autonome in quanto vengono "visti" attraverso modelli interpretativi culturali e professionali che li considerano dominati dal demone della droga, o affetti da malattie del cervello e quindi non in grado di badare a sé stessi

I familiari sono tendenzialmente o esclusi in quanto "colludono" o sono coinvolti in modo subordinato nei programmi spesso proponendo alleanze regressive basta sul consolidamento degli stigmi dei congiunti con un peggioramento dei conflitti e delle relazioni interni al nucleo familiare

Assoluta assenza nel coinvolgimento dei famigliari ed utenti

Partecipazione attiva ancora carente

I servizi spesso non attenzionano adeguatamente la presa in carico del sistema famiglia nella sua complessità.

Si crea quindi spesso un vuoto incolmabile tra il portatore di sintomo e la famiglia di origine che purtroppo non riesce a supportarlo adeguatamente in quanto priva di strumenti terapeutici e relazionali idonei

Da un lato gli utenti hanno maggiori informazioni e sono legittimamente più esigenti in termini di conoscenza del proprio processo di cura, dall'altro assistiamo con sempre maggiore frequenza all'assenza di famiglie a sostegno o comunque allo scarso interesse ed attenzione per il proprio familiare. Peraltro i problemi sociali connessi alla dipendenza sono sempre più rilevanti ed importanti. Questione rilevante in tal senso è poi la "libera scelta" dell'utente, ancora di fatto negata su molti territori

Grave ritardo in Italia nel settore

Rilevanti le esperienze in alcologia e gap

Ma in generale non toccano il cuore del problema, cioè la vera integrazione nel sistema

Ancora oggi lo stigma, il giudizio morale, il modello penale, impediscono una compiuta partecipazione di persone che usano sostanze e dei loro familiari (oggetto anche essi di stigma e giudizio morale) ai percorsi di cura, ma limitano anche l'accesso ai servizi, spesso gravati dall'invio di persone da parte, appunto, delle prefetture, e che, pertanto, scarsa partecipazione ed interesse manifestano al riguardo

Scarso coinvolgimento di pazienti e familiari nella formulazione dei percorsi di cura, soprattutto nella definizione del Budget di salute da assegnare soprattutto per i casi più gravi

Per quanto riguarda i familiari emerge la mancanza di direttive e fondi per sostenere gli interventi che attualmente vengono svolti dalla maggioranza delle strutture del Privato;

Analogamente emerge la mancanza di direttive e fondi per lo svolgimento di progetti di *parent training* finalizzati al sostegno della genitorialità degli utenti

Vi è una frequente sottovalutazione del ruolo di utenti e familiari, sia all'interno del singolo programma terapeutico sia complessivamente nella partecipazione e valutazione dei servizi e percorsi generali

Scarsa consapevolezza del concetto di malattia da dipendenza

6) Quali prospettive per un adeguamento dei servizi alla nuova domanda di trattamento (dipendenze comportamentali; accesso *under 25*)

Le cosiddette dipendenze comportamentali sono inquadrare attraverso un modello morale-giudicante e patologico che crea gli stessi problemi di stigmatizzazione e etichettamento delle persone che usano droghe

La tendenza a realizzare servizi specialistici per il GAP rischia di creare nuove etichette diagnostiche

Le persone giovani adottano prevalentemente modelli di uso di droghe socialmente integrati e controllati. I rischi sono legati alla illegalità dei mercati e alla tendenza a patologizzare e giudicare i comportamenti che crea nuovi rischi. Il ricorso ai servizi di cura va considerato marginale e non strategico in quanto rischierebbe di creare nuovi pregiudizi e stigmi

Totale assenza di una proposta adeguata

Il sistema dei servizi è tarato ancora su un modello che poteva forse rispondere alle esigenze degli anni 90. Oggi si evidenzia in tutta la sua inadeguatezza ed i numeri delle prese in carico, rispetto alla platea delle persone che ne avrebbero bisogno, oltre al notevole invecchiamento degli utenti dei servizi, fornisce un quadro impietoso di tale inadeguatezza

Necessità di concentrarsi maggiormente sugli *under 25*.

Riguardo alle dipendenze comportamentali sono necessari alcuni aggiustamenti organizzativi

I servizi sono organizzati in un'ottica 'medica' che limita fortemente la risposta alle nuove domande, che sono tutte le nuove dipendenze, senza sostanze

Inesistenza di uno specifico accreditamento delle comunità per minori con problemi di dipendenza;

Si evidenzia la difficoltà di rispondere alle necessità dei minori inseriti nelle strutture residenziali per le dipendenze che hanno maggiori e più impegnativi bisogni (scuola, attività sportive, attività ricreative, etc) che richiedono continui spostamenti verso l'esterno;

La normativa attuale (DPR 309/90) prende in considerazione esclusivamente l'utilizzo delle sostanze stupefacenti e non prevede azioni di contrasto o cura delle dipendenze comportamentali, pertanto progetti di contrasto e cura al GAP, *internet addiction* etc. possono essere attuati solo a livello sperimentale

Scarsa attrattività dei servizi attuali, per caratteristiche logistiche-organizzative e per elementi culturali da cui deriva una immagine stigmatizzante

Assenza di servizi ad hoc con professionisti dei Ser.D

7) L'utilizzo delle nuove tecnologie nei percorsi di cura

Le nuove tecnologie, recentemente introdotte nei percorsi di cura, espongono a nuovi rischi per la salute delle persone che usano droghe e rinforzano l'idea delle incapacità e della incontrollabilità delle droghe ampiamente contraddetta da numerose ricerche qualitative internazionali. L'uso, ad esempio, di stimolazioni al cervello ricordano tristi esperienze della psichiatria inizio '900.

La validazione dell'efficacia è prevalentemente legata a modelli pseudoscientifici e fortemente etichettanti. Non considerano le persone in grado di fare scelte autonome. Una interferenza potenzialmente dannosa e negativa per l'autostima, una mortificazione delle competenze professionali

Totalmente assenti solo poche sperimentazioni

Abbiamo enormi carenze tecnologiche, soprattutto nei Servizi Pubblici, ma non solo, sia in termini di attrezzature che di prodotti informatici adeguati. La pandemia ha dimostrato la necessità di muoversi con decisione per colmare il gap

Siamo in fase iniziale di utilizzo specie per emergenza Covid, in realtà il settore potrebbe essere attore privilegiato nell'ambito

I trattamenti, anche strumentali, recentemente riportati alla ribalta, benché figli di un recente passato che li ha visti criticare aspramente anche nella psichiatria, limitano il riconoscimento della persona che usa sostanze come persona in grado di determinarsi, di scegliere, di partecipare attivamente ai percorsi trattamentali. Non tengono conto di quello che ormai da diverse decine di anni è patrimonio degli operatori, e che si riassume nel triangolo '*drug, set, setting*'

Scarso utilizzo della informatizzazione delle attività che ancora vengono riservate a registrazione analogica e non digitale

Indisponibilità di fondi economici sufficienti

8) Appropriato utilizzo della terapia sostitutiva e affidamento di farmaci sostitutivi

Gli orientamenti più diffusi della terapia sostitutiva sono legati al modello della malattia cronica con rischi di nuove istituzionalizzazioni

La "incurabilità" crea una "dipendenza" dai servizi per tutta la vita che ingabbia nell'etichetta della "malattia" la persona per tutta la vita, influenza negativamente lo "sguardo" dei familiari, delle agenzie lavorative e ostacola l'inclusione.

Imbrigliati nel modello patologico gli operatori non riconoscono i progressi realizzati in modo implicito nell'incontro concreto con le persone.

L'affidamento del farmaco è sottoposto a controlli di potere da parte degli operatori che ne riducono il potenziale per l'autonomia delle persone

Assoluta discrepanza nelle gestioni attuali

Disomogeneità nella pratica clinica, spesso determinate da ragioni organizzative e di carenza di personale. Carenza di linee guida aggiornate e tarate sulla realtà del sistema dei servizi italiano

Eccessiva regolamentazione

Assenza di controlli clinici del mantenimento della tolleranza da parte del paziente

Mercato grigio dei farmaci per la cura della dipendenza

Le regole seguite per la terapia sostitutiva e specificamente per l'affidamento terapeutico sono molto differenziate e disomogenee per territorio. I Servizi del Privato accreditato sono spesso in difficoltà con gli utenti in terapia sostitutiva, sia per l'affidamento (che in molti territori è personale e non alla struttura), sia per i cosiddetti "residui" ed il relativo smaltimento.

La consegna dei farmaci è regolata egregiamente dalla legge

I Ser.D devono essere pronti alle nuove sfide in questo settore e alle novità in arrivo

La terapia sostitutiva non può essere intesa soltanto come un farmaco a scalare, e non può essere imposta, ma concordata. Ancora troppo spesso la terapia sostitutiva viene vista come strumento necessario per affrontare l'incurabilità del tossicodipendente: la tossicodipendenza, cioè, vista come malattia cronica e recidivante, sulla quale ben poco si può fare se non sostituire una dipendenza con un'altra. In questo senso il rischio anche di ridurre i servizi a meri dispensatori di farmaci è evidente

Permangono ancora molte limitazioni nella prescrizione e nell'affidamento dei farmaci sostitutivi. Spesso frutto di pregiudizi clinici anche da parte degli operatori dei Ser.D

Mancanza di linee guida nazionali

9) Sviluppo di osservatori provinciali e regionali e loro integrazione con l'Osservatorio Nazionale Dipendenze (PCM)

Attualmente tutti i sistemi di rilevazione e osservazione sono unidirezionali: dalla periferia dei servizi alle centrali nazionali

Totale assenza se non per rare eccezioni

Non esistono in tutte le regioni gli osservatori sul fenomeno delle dipendenze, e laddove sono presenti spesso non hanno una capillarità territoriale tale da fornire uno spaccato reale ed aggiornato sull'evoluzione della problematica, manca una integrazione regionale che possa connettersi adeguatamente con il sistema nazionale.

Non esiste, se non sulla carta, una rete capace di seguire l'evolversi delle problematiche giovanili nei vari ambiti territoriali

Esistono diversi territori assolutamente sprovvisti degli osservatori provinciali e regionali, ed altri nei quali nonostante siano formalmente istituiti non funzionano. Inoltre ogni realtà utilizza linguaggi propri ed i dati non sono interscambiabili e uniformemente leggibili. Rileviamo una forte carenza di partecipazione del mondo del Terzo Settore accreditato alle attività di analisi e lettura degli osservatori

Una dimensione provinciale risulta impraticabile come regola. Tra Regioni e Stato è necessaria maggiore integrazione

Non risultano osservatori diffusi in maniera compiuta in tutti i territori, con regole condivise e concordate

Scarsa integrazione degli osservatori dei vari livelli tra di loro

10) Mobilità interregionale e compensazione

La mobilità è spesso ostacolata dalle ASL

Gli ostacoli sono spesso determinati dalla carenza di personale e dalla lunghezza delle procedure concorsuali da attivare o in atto

Sistematizzare il tema per alcuni settori di intervento, carenti a livello di singole regioni

La mobilità degli utenti (non solo a livello interregionale) è spesso resa difficoltosa dalla disomogenea presenza di servizi nei territori, dalla scarsa integrazione fra servizi, dalla carenza di risorse a disposizione

Impossibilità degli utenti di scegliere liberamente il luogo di cura al di fuori della propria regione

Assenza di banche dati condivise

4.3 Le possibili soluzioni

L'elenco delle possibili soluzioni alle criticità evidenziate è mostrato di seguito per ciascun elemento chiave.

1) L'organizzazione dei Servizi per le Dipendenze in una prospettiva di innovazione

Dilazionare i tempi e sintetizzare operativamente gli esiti del tavolo

Valutare l'efficacia delle leggi sul fenomeno e promuovere un confronto con le proposte di legge centrate sul governo politico e sociale del fenomeno (depenalizzazione e decriminalizzazione e regolazione legale della cannabis);

2.4 Dipartimenti di Tutela della Salute con una pluralità di servizi organizzati sulla base dei modelli di consumo di droghe con una logica di sistema integrato, seguendo la prospettiva trasversale della Riduzione del Danno. Un passo importante: un Atto di Indirizzo per i LEA/RdD;

Il 2.4 promuove un cambiamento culturale e valorizza le esperienze innovative degli operatori;

Ampliare l'Accreditamento con servizi integrati e cogestiti con il Terzo Settore

Costruzione di linee guida e di un piano nazionale condiviso e monitorato con le Regioni;

Condivisione e verifica dell'applicazione dei LEA con attivazione della possibilità di intervento nazionale sulle situazioni inadempienti;

Ripristino di una Consulta nazionale e delle Conferenze triennali sul tema come previsto dalla 309/90 con utilizzo reale della Relazione Annuale del Parlamento e delle linee guida europee, basate sull'approccio dei 4 pilastri;

Revisione profonda della legge 309/90 e completa trasformazione dell'approccio punitivo sui consumatori insito nella legge, cancellazione dei Not in prefettura ed attivazione di *equipe* territoriali di prevenzione e presa in carico precoce

Necessità di linee guida chiare e centralità del dipartimento delle dipendenze;

Investimento di risorse e valorizzazione della disciplina e dei servizi specialistici nell'ambito del servizio sanitario nazionale e regionale;

Risorse di personale e di sedi, obiettivi prioritari da affidare alle aziende da parte delle Regioni, lavoro integrato con il sociale e con il Terzo Settore;

Monitoraggio e valutazione esperienze in corso per individuare soluzioni correttive idonee, valorizzazione specificità disciplinari ed esperienziali e delle aree di integrazione e collaborazione, non accorpamenti organizzativi ma percorsi condivisi di presa in carico, a partire dai bisogni della persona

Possibilità di porre i servizi territoriali in rete;

Coinvolgimento delle organizzazioni umanitarie;

Il modello di cura misto

Evoluzione delle dipendenze e innovazione del sistema dei Ser.D e delle comunità terapeutiche

Urgente revisione della legislazione attuale, adeguandola alla nuova evoluzione del fenomeno prevedendo altresì dei sistemi di monitoraggio e controllo costanti, e sistemi di auto-aggiornamento;

Implementare le risorse finanziarie a disposizione del settore Pubblico e Privato accreditato, attraverso il fondo nazionale di intervento alla lotta alle dipendenze;

Co-costruire tra il Pubblico ed il Privato accreditato dei percorsi di innovazione e formazione costante del sistema, garantendo un monitoraggio e una cabina di regia in capo al DPA

Una riforma organica della 309/90 che definisca:

nuovo modello di *governance* nazionale e regionale politico/tecnico, capace di evitare l'attuale frammentazione;

risorse ed investimenti adeguati anche attraverso il rifinanziamento del fondo di lotta alla droga della L.45/99

Utilizzare le nuove opportunità e investimenti in sanità pubblica previsti dal PNRR;

Vi è un sistema socio sanitario territoriale da rifondare e al suo interno la allocazione dei servizi delle dipendenze è centrale;

Rivalutazione e sviluppo del modello dipartimentale;

Revisione del modello lavorativo e formativo per renderlo più consono alle esigenze prima evidenziate

Maggiore collaborazione fra tutti i soggetti coinvolti, sia in fase decisionale, sia nell'organizzazione dei servizi;

Centralità del ruolo pubblico e del servizio pubblico nella programmazione dei servizi, in un'ottica di co-progettazione con il privato sociale, con il coinvolgimento dei vari *stakeholder*;

Rafforzamento dei Dipartimenti per le Dipendenze, anche dal punto di vista dell'organico, prevedendo tutte le professionalità necessarie;

Necessità di intervenire sul sistema degli accreditamenti;

Necessità di pensare un sistema dipartimentale territoriale

Necessità di una collocazione strutturale ed organizzativa autonoma con impostazione dipartimentale autonoma dalla Psichiatria;

Necessità di fornire alle Regioni delle indicazioni vincolanti per la formulazione delle dotazioni organiche, la destinazione delle risorse ed i modelli organizzativi

L'organizzazione dei Servizi Pubblici per le dipendenze deve essere strutturata in uno specifico Dipartimento;

Garantire la libera scelta dell'utente del luogo di cura su tutto il territorio nazionale;

In una vera ottica di pari dignità la stesura della diagnosi, certificazione e progetto riabilitativo devono essere condivisi tra i Servizi Pubblici e Privati (significativa esperienza degli SMI Lombardi);

Uniformare a livello nazionale le normative regionali, contenendo gli eccessi degli *standard* sanitari rispetto alle specificità dei servizi erogati

Evoluzione delle dipendenze e innovazione del sistema dei Ser.D e delle comunità terapeutiche

Indirizzi nazionali concordati tra Stato e Regioni (intese, accordi) e monitoraggio della loro applicazione, compresa la definizione di *standard* quanti/qualitativi;

Programmazione partecipata, a partire da area sanitaria e area sociale (Comuni), per la costituzione di effettive e concrete "reti di territorio";

Valorizzazione dell'approccio di prossimità, ovvero strategie di contatto con i problemi laddove si manifestano e di attivazione delle risorse presenti

Costituzione Dipartimenti Autonomi per Dipendenze;

Definizione di fondi ad hoc;

Riconoscimento medico-legale delle attività istituzionale dei Ser.D;

Costituzione di ambienti separati per la cura delle patologie da dipendenza adolescenziali

2) Presa in carico globale della persona e sviluppo di percorsi multidisciplinari, il modello del Budget di salute applicato all'area delle dipendenze

L'Accreditamento dei servizi integrati può consentire a rendere i Budget di salute progetti efficaci, interagenti e non sostitutivi;

Prevedere Linee Guida che regolamentino i Budget di salute in modo da renderli uniformi sul territorio nazionale, con indicazioni sulle modalità non esternalizzate ma collaborative col sistema integrato dei servizi, relative ai sistemi di valutazione congiunta, e che assegnino un ruolo di protagonista alle persone destinatarie;

Potrebbe essere utile prevedere un registro degli enti disponibili ai Budget di salute che individuino specifiche caratteristiche;

Utile realizzare una prima ricognizione nazionale per recuperare indicazioni

Dipartimenti integrati territoriali sociosanitari, *equipe* multidisciplinari Pubblico/Privato accreditato; case manager e tavoli di programmazione condivisi;

Formazione specifica integrata e costruzione di strumenti di presa in carico condivisi;

Dipartimento ispirato alle linee guida europee dei 4 pilastri integrati tra loro (prevenzione, RdD e RdR, cura, limitazione dell'offerta);

innovazione basata su servizi e progetti ad alta integrazione Pubblico - Privato

Finanziamenti ad hoc;

obiettivi prioritari da assegnare da parte delle Regioni alle aziende e ai Comuni;

formazione specifica

Proporre normativamente un modello di intervento fondato sul processo integrato di presa in carico globale della persona utilizzando strumenti quanto più possibile innovativi (es. Budget di salute) con approccio di "processo" che tenga conto della necessità di prevedere percorsi integrati (e non alternativi) capaci di una visione realmente globale della presa in carico. Rilevante, oltre che ormai irrinunciabile, è la previsione di una normativa che tenga conto dell'intero mondo delle dipendenze e non solo di quelle da sostanze. Ecco perché proponiamo l'inserimento anche delle dipendenze cosiddette comportamentali, quali *target* del sistema integrato dei servizi

Maggiore formazione, obbligatorietà della supervisione clinica ed organizzativa dei servizi;

Migliore definizione dei compiti del *case manager*, pure obbligatorio per ogni paziente

Intervenire sui sistemi di accreditamento: avere linee guida omogenee per l'accREDITAMENTO dei servizi e per l'applicazione dei Budget di salute

Evoluzione delle dipendenze e innovazione del sistema dei Ser.D e delle comunità terapeutiche

Assegnazione di una quota specifica del Budget di salute per i pazienti con dipendenza trattati in dipartimenti autonomi dalla Psichiatria

Migliorare gli strumenti di governo come per esempio i piani di zona che uniscono in un unico tavolo i diversi servizi e strutturare periodiche conferenze dei servizi;

Superamento delle normative che regolamentano il vincolo territoriale;

Coinvolgimento delle Prefetture e degli uffici immigrazioni delle Questure;

Le sperimentazioni devono avere un termine e diventare strutturali una volta superata la fase di valutazione (SMI lombardi, GAP, Servizi per minori)

In linea con l'approccio prevalente nella costruzione di programmi terapeutici individuali fortemente integrati, adottare un modello che attribuisca al Servizio Pubblico un ruolo di regia, assuma come centrale il protagonismo della persona utente in termini di scelte consapevoli e di valorizzazione delle sue risorse e renda possibile l'attivazione di tutte le risorse disponibili nel territorio

3) Monitoraggio e valutazione degli esiti delle singole progettazioni (*outcome*)

La valutazione degli esiti è un processo che deve essere concordato con le persone interessate;

Gli schemi precostituiti non seguono le esigenze della persona e rischiano di promuovere processi poco efficaci e di sostenere gli stigmi;

È utile un orientamento generale aperto concordato con le rappresentanze delle persone che usano droghe che indichi le modalità di valutazione degli esiti e i criteri di partecipazione degli interessati;

L'orientamento per la valutazione degli esiti spetta alla persona, il sistema integrato e ai diversi soggetti hanno il compito di facilitare, accompagnare, fornire informazioni e risorse per costruire una valutazione congiunta e partecipata

Ridefinizione nazionale di impostazione (linee guida e piano nazionale), regionali di applicazione (comitato regionali di indirizzo) e territoriali di implementazione nell'organizzazione del sistema di intervento, dai dipartimenti, dei servizi accreditati e dei modelli di integrazione pubblico privato, sociosanitario, strutturali e sperimentali

Maggiori investimenti;

Ricerca e sperimentazione di indicatori ad hoc

Dotare i servizi di metodiche per questa indagine

Mettere a sistema le buone prassi sperimentate in questi anni, anche dal DPA e da alcuni Istituti universitari e di ricerca, sia in Italia che in Europa, e renderle parte obbligatoria delle progettazioni riabilitative

Visione unitaria di tutta l'attività dei servizi, da quella clinica per sostanze legali e illegali e senza sostanze, a quella di sanità pubblica

Linee guida condivise per la progettazione e la co-progettazione dei servizi integrati, che ne permettano anche la valutazione dei risultati

Necessità di precisi percorsi di valutazione continua della qualità degli interventi su cui modulare le eventuali modifiche dei percorsi assistenziali;

In atto tutti i tentativi si disperdono all'interno dei DSM;

Necessità di Dipartimenti delle Dipendenza autonomi rispetto ai DSM

Costituire agenzie indipendenti per la valutazione dei Servizi Pubblici e Privati in rispetto delle norme di trasparenza e concorrenza;

Previsione di un budget a livello regionale per l'affidamento a enti terzi di ricerche di *follow-up* da eseguire nell'ambito dei Servizi Pubblici e Privati

4) Individuazione dei criteri di appropriatezza clinica dei percorsi terapeutici

È necessario facilitare cambiamento culturale sia con una modifica della normativa centrata sul sistema penale sia modificando il contesto organizzativo degli operatori pubblici e del Terzo Settore;

Istituire un sistema dipartimentale "territoriale" integrato, allargato anche alle Comunità di Accoglienza, sia per i liberi che per i detenuti, che inserisca la prospettiva della Riduzione del Danno (non solo i servizi) per delineare un contesto che attiva un cambio di orizzonte culturale e professionale e fa emergere le competenze e le esperienze innovative "implicite" degli operatori imbrigliate nei modelli di servizio ospedaliero-ambulatoriale e nella logica patologica-morale

Riorganizzazione dipartimentale di strumenti ed approcci condivisa ed integrata

Individuazione di *standard* nazionali e regionali;

Piani nazionali e regionali, linee guida basate sulle evidenze scientifiche ed esperienziali, formazione continua interdisciplinare e multiprofessionale;

Risorse adeguate, di personale e strumentali/logistiche

Implementare il lavoro di rete tra gli enti del Privato accreditato con i locali Ser.D creando delle griglie terapeutiche definite che possano portare velocemente alla diagnosi globale personale dell'utente e di conseguenza stabilire il percorso terapeutico più adeguato

Linee guida da definire, cultura dell'utilizzo delle conclusioni basate sulle evidenze scientifiche;

Maggiore attenzione anche alla valorizzazione della ricerca applicata propria del sistema di intervento

Necessario un profondo cambiamento culturale che tenga conto delle evidenze scientifiche e del fallimento delle politiche basate sulla repressione, che hanno fatto sì che si pensasse appropriato il trattamento solo quando ottiene la completa astinenza. Necessario, per questo, pensare i servizi in termini multidisciplinari, di politiche integrate di salute

Costituzione di linee guida nazionali

5) Partecipazione di utenti e familiari ai percorsi di cura

La partecipazione attiva delle persone che usano droghe rappresenta una risorsa strategica sia per la elaborazione di un programma di intervento che per valutare il funzionamento dei Servizi Pubblici e accreditati;

La partecipazione delle persone garantisce maggiore efficacia e permette di individuare le criticità del sistema per riadeguarle ai bisogni dei destinatari;

Le famiglie dovrebbero essere considerate risorse per facilitare i processi di autonomizzazione dei propri congiunti;

I criteri dell'*empowerment*, della valorizzazione delle risorse e delle competenze, del sostegno a autoregolarsi dovrebbero rappresentare l'asse culturale delle culture professionali e dei servizi

Completa riorganizzazione con nuove proposte, strutture ed organizzazioni

Coinvolgimento dell'utenza e dei familiari nelle molteplici attività del percorso di cura, nelle decisioni organizzative e di innovazione che possono beneficiare del loro parere "esperto"; particolarmente importante il coinvolgimento dei giovani nella progettazione/organizzazione/gestione dei servizi a loro dedicati

Il Modello di Cura Misto

Prevedere necessariamente oltre la presa in carico del soggetto dipendente, anche i loro familiari con dei percorsi di sostegno psicologico mirati a supportare il nucleo nella sua interezza;

Per realizzare ciò occorre creare dei progetti specifici che vanno ad integrarsi con la presa in carico dell'utente dipendente, tutto ciò necessita di risorse finanziarie ad hoc, ed una programmazione

Si deve ripensare il ruolo dell'utente all'interno dei percorsi terapeutici, utilizzando anche un approccio di sistema capace di integrare, nella progettazione, tutta la rete territoriale di sostegno, non solo la famiglia in senso stretto. Anche in questo il modello del Budget di salute può essere molto interessante purché non venga considerato (come in alcuni casi erroneamente avviene) alternativo ai processi riabilitativi nei servizi residenziali. Inoltre diventa decisivo garantire, attraverso strumenti adeguati ed omogenei sul territorio nazionale, in concreto il diritto di scelta degli utenti

Favorire lo sviluppo associativo superando lo stigma del settore;

Inserire utenti e familiari associati nelle strutture dipartimentali;

Studiare progettualità finalizzate e formazione specifica

Necessario un profondo cambiamento culturale, e, al contempo, la revisione della normativa, con la depenalizzazione dell'uso di sostanze;

Necessario prevedere esplicitamente percorsi partecipativi di utenti e familiari nell'organizzazione dei servizi

Promuovere la costituzione di associazioni di familiari e di utenti al fine di collaborare attivamente con i Ser.D

Evoluzione delle dipendenze e innovazione del sistema dei Ser.D e delle comunità terapeutiche

Formulare linee guida di intervento e destinare fondi commisurati all'entità delle azioni;

Predisporre linee guida nazionali e destinare fondi sufficienti alle esigenze

Definire formalmente percorsi e modalità strutturate e trasparenti di coinvolgimento

6) Quali prospettive per un adeguamento dei servizi alla nuova domanda di trattamento (dipendenze comportamentali; accesso *under 25*)

Un modello di intervento "rispettoso" richiede che le persone che giocano d'azzardo, siano incontrate superando lo schema inadeguato della "dipendenza";

L'obiettivo generale è il potenziamento delle competenze della persona a autoregolare la propria vita, rivalutando e ridefinendo la relazione e con il GAP all'interno di questa strategia;

Non si ritiene utile creare servizi specialistici ma percorsi specifici nel sistema dei servizi;

L'intervento rivolto ai giovani richiede l'organizzazione di interventi di Limitazione dei Rischi orientati a sostenere le competenze a gestire i rischi, e a mettere in sicurezza i contesti dell'uso (feste, rave, movida) anche con il *drug checking*

Costruzione innovativa di un sistema dei servizi ad alta integrazione tra prevenzione, presa in carico precoce, RdR trattamento nelle varie forme territoriali, pedagogiche, residenziali, integrate ed innovative

Occorre ripensare l'intero sistema di presa in carico che dovrà tenere conto dell'effettiva centralità della persona con una attenta lettura dei bisogni che sono individuali e come tali vanno "realmente" trattati. Occorre inoltre superare la logica della risposta su problema per lavorare sulla presa in carico globale della persona, senza differenziare in ragione del "tipo" di dipendenza

Percorsi dei Ser.D dedicati e in alcuni casi sedi dedicate;

Modelli di comunicazione e di azione più agili da consentire agli operatori;

Integrazione socio sanitaria e sociale necessaria, e anche culturale;

Per le dipendenze comportamentali prevedere in ogni Ser.D una linea di intervento specialistica

Necessario implementare le dotazioni organiche dei servizi, prevedendo tutte le professionalità e le competenze necessarie a rispondere ai bisogni emergenti, in termini non solo trattamentali

Le normative regionali in materia di accreditamento devono essere estese anche al trattamento delle dipendenze per i minori;

Deve essere prevista una specifica conferenza dei servizi che organizzi e faciliti il lavoro di rete necessario per le strutture operanti, predisponendo anche i necessari fondi;

Modificare gli articoli del DPR 309/90 volti ad allargare il quadro operativo dalle sole sostanze stupefacenti alle dipendenze comportamentali

Dare attenzione a elementi oggettivi, quali la scelta delle sedi dei servizi e l'utilizzo di approcci differenziati per *target*. Attivare in parallelo una vasta operazione culturale di normalizzazione delle dipendenze, come uno dei tanti problemi di salute che possono riguardare ogni individuo

Costituzione

7) L'utilizzo delle nuove tecnologie nei percorsi di cura

Sul piano etico sono contrario a ogni tecnologia invasiva;

In ogni caso le informazioni relative all'uso di tecnologie invasive e validabili in modo poco chiaro dovrebbero essere concordate da diversi esperti compresi operatori e organizzazioni delle persone che usano droghe e gestite in modo trasparente attraverso il sistema pubblico;

La tecnologia andrebbe utilizzata in tutt'altra direzione nel campo della formazione e del reinserimento offrendo nuove opportunità, ad esempio legate all'ambiente e in generale alla transizione ecologica etc.

Totalmente da ripensare nella prevenzione, negli strumenti e nel ruolo dei ragazzi (*peer* e *media*), *dark web*, messaggi preventivi nei media e con nuovi processi;

RdD e nuovi media NPS acquisto web e nuovi messaggi preventivi;

Cura strumenti e terapie anche a distanza;

Nuovo pensiero di lavoro

Occorre un serio investimento in tecnologia per rendere tutti i servizi adeguatamente dotati in tal senso;

Esistono piattaforme sperimentate sia in tema di monitoraggio che di supporto ai processi di cura e riabilitazione. Occorre renderle patrimonio comune e definire modelli esportabili;

Sperimentare, anche sulla scorta dell'esperienza di altri paesi europei e non solo, nuovi percorsi per l'utilizzo di tecnologia nelle cure

Studiare e adattare le tecniche in uso in altri paesi, sia in ambito psicologico psicoterapico sia in ambito clinico medico

Utilizzo risorse PNRR

Porre al centro la persona, la partecipazione attiva, organizzare i servizi in una compiuta ottica di RdD, limitazione dei rischi, in una ottica sociosanitaria e non solo sanitaria;

Intervenire sulla formazione degli operatori valorizzando professionalità e competenze, spesso maturate proprio tramite il lavoro quotidiano sul territorio con le persone

Vincolo di informatizzazione dei servizi e delle attività;

Diffondere un corretto utilizzo dei social, sia per informare l'utenza e la comunità, sia per migliorare il contatto con gli utenti più giovani

8) Appropriato utilizzo della terapia sostitutiva e affidamento di farmaci sostitutivi

La maggior parte delle persone in trattamento e affidamento dei farmaci sostitutivi ha raggiunto obiettivi importanti, concordati con gli operatori, come il controllo dei comportamenti a rischio per la salute e sociali, la riduzione dell'uso di droghe, il recupero delle relazioni sociali e dei propri interessi, cioè un'autoregolazione del rapporto con le droghe all'interno della propria vita;

L'affidamento del farmaco assume una funzione centrale se diventa uno strumento che la persona usa per la propria autonomia;

È necessario un cambiamento organizzativo e culturale che metta al centro l'*empowerment*, l'autoregolazione e la partecipazione attiva per garantire questi diritti

Tema da inserire strutturalmente nella revisione dei servizi

Risorse di personale assegnate in base a *standard* quali-quantitativi e ad obiettivi/LEA da assicurare, in modo da poter personalizzare la scelta e monitorare l'andamento del percorso. Servizi aperti in un orario più ampio, per modulare l'apertura su diverse fasce, servizi aperti 7 su 7 almeno nelle aree più grandi, coinvolgimento dei MMG

Migliore preparazione clinica del personale sanitario;

Utilizzo di farmaci depot in pazienti stabilizzati

Occorre definire regole e procedure certe ed omogenee su tutto il territorio nazionale

Arrivare alla NORMALITÀ senza interferenze di ogni genere in questo ambito;

Migliorare le indicazioni solo nell'ottica della possibilità di meglio operare da parte del medico e della semplificazione del lavoro, che deve rispondere ad una visione di personalizzazione dell'intervento

Necessario, anche dal punto di vista 'culturale', valorizzare l'importanza delle terapie sostitutive come uno degli strumenti a disposizione delle persone in un percorso verso l'autonomia, il benessere psicofisico e sociale, e la riduzione dell'uso di droghe. Necessaria anche per questo una riorganizzazione dei servizi, che dia centralità alle persone, alle loro storie, in grado di promuovere consapevolezza ed *empowerment*. In questo senso anche l'affidamento del farmaco assume un significato importante, in un percorso appunto che mette al centro la persona e le sue capacità/potenzialità, in un percorso concordato

Rivedere i criteri di prescrizione e di affidamento delle terapie sostitutive, considerando sempre più i pazienti in carico uguali a qualsiasi altro paziente in carico al Servizio Sanitario Nazionale

Costituzione di linee guida nazionali

9) Sviluppo di osservatori provinciali e regionali e loro integrazione con l'Osservatorio Nazionale Dipendenze (PCM)

Sarebbe utile organizzare osservatori cittadini, provinciali e regionali integrati tra loro e con l'Osservatorio Nazionale; Ma è necessario che le regole di osservazione" e di integrazione siano discusse e concordate dai diversi soggetti in campo sia del Pubblico che del Terzo Settore e coinvolgendo le organizzazioni delle Persone che usano droghe.

Importante concordare gli obiettivi, le finalità, i sistemi di verifica comuni e la diffusione collettiva non solo limitata al sistema sanitario

Da rivedere totalmente

Ripristinare e/o rendere funzionati e funzionali i tavoli tecnici di esperti pubblico-privato coinvolgendo tutte gli *stakeholder* territoriali, in modo da calibrare interventi su più livelli più efficaci possibili

Occorre facilitare l'istituzione degli osservatori su tutti i territori;

Definire linguaggi comuni e piattaforme tra loro comunicanti;

Garantire l'apporto del privato accreditato oltre che in fase di rilevazione, anche di analisi e lettura

Considerate le difficoltà evidenti è necessario uno sforzo di omogeneità a favore dell'utilizzo dei dati oltre che di allargamento a tutto lo spettro delle dipendenze e dei consumi;

Non escluderei un atto integrativo legislativo

Necessarie linee guida omogenee per l'attivazione ed il funzionamento in ogni territorio

Stabilire precise procedure per la trasmissione dei dati che possano condurre anche ad avere dei *report* significativi rispetto ai dati forniti

10) Mobilità interregionale e compensazione

Sarebbe opportuno rendere più flessibile le regole della mobilità;

È necessario rendere più agili le procedure dei concorsi considerando che attualmente uno dei problemi dei servizi e dell'innovazione è legata all' invecchiamento, alla riduzione del numero, alla scarsa presenza di figure professionali psicologiche, sociali e educative

Si cita la doppia diagnosi o servizi per minori e i relativi servizi specialistici, di ordine residenziale;

Definizione di nuove regole per servizi di interesse carenti in alcune regioni

Oltre al tema della disponibilità di risorse, necessaria una maggiore integrazione fra i servizi, una compiuta conoscenza da parte degli utenti delle possibilità a disposizione, la valorizzazione delle loro scelte e della loro partecipazione, in un'ottica di centralità della persona e appropriatezza delle risposte

Anche per le dipendenze si devono applicare le medesime modalità di compensazione previste per tutte le altre patologie sanitarie riconosciute nei LEA, provvedendo anche ad uniformare il valore delle rette a livello nazionale.



Evoluzione delle dipendenze e innovazione del sistema dei Ser.D e delle comunità terapeutiche

Riunione Preliminare - La condivisione dei contenuti e del metodo di lavoro



Evoluzione delle dipendenze e innovazione del sistema dei Ser.D e delle comunità terapeutiche

5.1 Il contesto dei lavori

Date la complessità e l'ampiezza della tematica, è importante considerare una vasta gamma di criticità in relazione a questo Tavolo Tecnico. Tra tutte, di particolare rilievo è il tema delle differenze regionali cui risulta necessario affiancare la tematica del rapporto tra Stato e Regioni. Ricordando che attualmente l'organizzazione dei Ser.D è di competenza esclusivamente regionale, è importante concentrare l'attenzione su quali sono gli ambiti su cui è possibile intervenire a livello nazionale. Potrebbe inoltre essere utile prendere spunto dalla diversificazione esistente nel nostro Paese per riflettere su quali siano gli aspetti positivi delle differenti modalità finora implementate.

Altre tematiche comuni, emerse durante i lavori preparatori, sono quelle del progressivo depauperamento delle risorse economiche, umane e di elaborazione culturale. Le proposte dovranno quindi tenere conto della difficoltà di implementare nuovi strumenti in assenza di adeguate risorse.

Altri due punti di riferimento risultano centrali per il dibattito:

- da una parte le norme nazionali, che presentano difficoltà ad adeguarsi agli attuali cambiamenti e il cui miglioramento, nonché l'attualizzazione e modifica, sono tra gli obiettivi della Conferenza stessa;
- dall'altro lato i Livelli Essenziali di Assistenza (LEA) approvati nel 2017.

Infine occorre porre l'attenzione anche su alcune contingenze, come il prossimo avvio dell'utilizzo dei fondi del PNRR. Attualmente non vi è alcuna previsione specifica sull'utilizzo di tali fondi nell'ambito delle dipendenze. Tuttavia, osservando l'impegno delle Case della Comunità, della domiciliarità e degli Ospedali di Comunità, è possibile trovare spunti su cui riflettere anche in termini di visione futura.

5.2 Le criticità rilevate

Il *brainstorming* ha permesso di identificare alcune criticità ritenute prioritarie sul tema “Efficacia dell’azione di prevenzione e presa in carico precoce delle dipendenze patologiche”. Il risultato del primo giro di *brainstorming* è rappresentato nella Tabella 1.

Tabella 1. Lista delle criticità emerse
Mancata concretizzazione dell’integrazione sociosanitaria e, in maniera più ampia, di processi effettivi di apertura e coinvolgimento del territorio
Adeguamento della normativa ai cambiamenti avvenuti
I processi di programmazione e di <i>governance</i> territoriali
Necessità di una revisione 309/90
Per i Servizi del Privato accreditato (residenziali, semi residenziali, ambulatoriali e di prossimità) criticità nell’effettiva integrazione con i Servizi Pubblici ed in generale con i servizi territoriali e sociali e nella struttura dipartimentale
Il DM 444/90 sull’organico dei Ser.T non vale più?
Difficoltà dell’accesso al Ser.D per una ampia fascia di popolazione
Necessita di una forte apertura verso il territorio
Effettività impossibilità dell’utenza di esercitare la libera scelta del luogo di cura per effetto di sostanziali differenze fra regioni e non applicazione della normativa nazionale DPR 309/90
Il sistema dei servizi è inadeguato in quanto fermo alla normativa degli anni ’90
Lettura dei cambiamenti in atto
Carenza personale
Mancanza di una <i>governance</i> nazionale
Non applicazione dei LEA
Gestione intossicazioni acute in PS e in ospedale
Effettività ed omogeneità delle politiche RdD in tutte le regioni (linee guida, finanziamenti, accreditamenti, personale).
Cambiamenti nella farmacoterapia della dipendenza da eroina

Evoluzione delle dipendenze e innovazione del sistema dei Ser.D e delle comunità terapeutiche

Tabella 1. Lista delle criticità emerse
Sistema ingessato (legge 309/90) che ha portato ad interventi non individualizzati ma “prestazionali” suddivise a compartimenti stagni (diagnosi, disintossicazione, cura, riabilitazione, inserimento, ecc.)
Depauperamento complessivo (risorse, cultura, visibilità...)
Eccessiva differenziazione fra Regioni e Province Autonome
Eccessiva disomogeneità del sistema dei servizi, non applicazione dei LEA/atti di intesa, legge 45, non garanzia dei livelli minimi
Rivalutazione dell’organizzazione dipartimentale
Organizzazioni molto diverse fra una regione e l'altra

È stato valutato il grado di concordanza/discordanza su ciascuna delle criticità identificando il gradiente di polarizzazione che va dalle criticità sulle quali c’è maggiore accordo verso quelle su cui l’accordo è minore (0 mancanza di accordo, 3 totale accordo).

Tabella 2. Gradiente di accordo/disaccordo sulle criticità emerse	
Criticità emerse	Livello di accordo (0-3)
Necessità di una revisione 309/90	2.6
Mancanza di una <i>governance</i> nazionale	2.6
Adeguamento della normativa ai cambiamenti avvenuti	2.4
Carenza personale	2.4
Sistema ingessato (legge 309/90) che ha portato ad interventi non individualizzati ma “prestazionali” suddivise a compartimenti stagni (diagnosi, disintossicazione, cura, riabilitazione, inserimento, ecc.)	2.4
I processi di programmazione e di <i>governance</i> territoriali	2.3
Per i Servizi del Privato accreditato (residenziali, semi residenziali, ambulatoriali e di prossimità) criticità nell’effettiva integrazione con i Servizi Pubblici ed in generale con i servizi territoriali e sociali e nella struttura dipartimentale	2.3
Depauperamento complessivo (risorse, cultura, visibilità...)	2.3

Evoluzione delle dipendenze e innovazione del sistema dei Ser.D e delle comunità terapeutiche

Tabella 2. Gradiente di accordo/disaccordo sulle criticità emerse	
Criticità emerse	Livello di accordo (0-3)
Mancata concretizzazione dell'integrazione sociosanitaria e, in maniera più ampia, di processi effettivi di apertura e coinvolgimento del territorio	2.2
Necessita di una forte apertura verso il territorio	2.2
Non applicazione dei LEA	2.2
Organizzazioni molto diverse fra una regione e l'altra	2.2
Il sistema dei servizi è inadeguato in quanto fermo alla normativa degli anni '90	2.1
Rivalutazione dell'organizzazione dipartimentale	2.1
Effettività ed omogeneità delle politiche RdD in tutte le regioni (linee guida, finanziamenti, accreditamenti, personale)	2.0
Eccessiva disomogeneità del sistema dei servizi, non applicazione dei LEA/atti di intesa, legge 45, non garanzia dei livelli minimi	2.0
Difficoltà dell'accesso al Ser.D per una ampia fascia di popolazione	1.9
Lettura dei cambiamenti in atto	1.9
Effettività impossibilità dell'utenza di esercitare la libera scelta del luogo di cura per effetto di sostanziali differenze fra regioni e non applicazione della normativa nazionale DPR 309/90	1.7
Eccessiva differenziazione fra Regioni e Province Autonome	1.6
Il DM 444/90 sull'organico dei Ser.T non vale più?	1.2
Gestione intossicazioni acute in PS e in ospedale	1.2
Cambiamenti nella farmacoterapia della dipendenza da eroina	1.1

5.3 La lettura delle criticità

Risulta prioritaria la necessità di rivedere gli attuali strumenti normativi che governano il settore. Assieme a questi troviamo le difficoltà nel sistema di *governance*, ossia il sistema che si occupa dell'applicazione di tali strumenti normativi e della concretizzazione dei diritti sanciti attraverso i LEA.

Tra le questioni che emergono come maggiormente significative è possibile trovare l'integrazione del Privato con i Servizi Pubblici e l'integrazione socio-sanitaria, ottenuta attraverso un'azione di concerto con le Politiche Sociali.

Sono avvertiti come elementi meno prioritari, ma comunque degni di nota, la questione dell'esercizio della libera scelta, il depauperamento delle risorse e altri aspetti specifici che hanno a che fare con le cosiddette "buone pratiche".

Le buone pratiche, così come l'impianto normativo, dovrebbero essere oggetto di una maggiore specificazione in modo da poter essere messe in atto omogeneamente su tutto il territorio nazionale.

5.4 Gli approcci alle possibili soluzioni

Il secondo giro di *brainstorming* guidato, focalizzato sulla ricerca collaborativa e partecipata degli approcci alle possibili soluzioni alle criticità precedentemente individuate, è esitato nelle proposte riportate nella Tabella 3.

Tabella 3. Lista degli approcci alle possibili soluzioni relative alle criticità emerse
Messa a disposizione di fondi certi e duraturi nel tempo e non estemporanei per favorire l'implementazione del personale e delle strutture e la riorganizzazione dei servizi
Collocazione del sistema in una nuova sanità territoriale con garanzia di prossimità e integrazione (modello dipartimentale)
Presa in carico globale "territoriale" della persona, dall'aggancio iniziale al reinserimento socio-lavorativo utilizzando strumenti quali il Budget di salute e garantendo una <i>governance</i> condivisa (struttura dipartimentale e integrazione socio-sanitaria)
Piano strategico nazionale con visione sviluppo sistema servizi territoriali e risorse dedicate
Apertura dei Ser.D alla collaborazione/condivisione con altri Servizio sanitari e socio-sanitari
Analisi comparativa della normativa LEA-Piani di rientro-accordi Sato Regioni

Evoluzione delle dipendenze e innovazione del sistema dei Ser.D e delle comunità terapeutiche

Tabella 3. Lista degli approcci alle possibili soluzioni relative alle criticità emerse
Revisione della legge 309 che preveda la costruzione di organi misti integrati di indirizzo e monitoraggio nazionali regionale dipartimentali con LEA e linee di sviluppo secondo i 4 pilastri europei e strumento del Budget di salute come applicativo territoriale
Linee di indirizzo ministeriali fabbisogno personale connesso al DPCM LEA
Integrazione sociosanitaria compiuta per l'organizzazione dei servizi
Fondo Nazionale per l'innovazione del sistema di cura delle dipendenze
Per superare l'eccessiva differenziazione tra le regioni: individuati temi rilevanti, definire indirizzi nazionali attraverso percorsi partecipati, da approvare con Intese tra Stato e Regioni, quindi sottoporre l'applicazione a percorsi formali di monitoraggio
Linee guida nazionali vincolanti per le Regioni
Il modello di cura misto
Modificare la legge penale e proporre sistemi dipartimentali per la tutela della salute delle persone che usano droghe organizzato con una pluralità di servizi rivolti ai diversi modelli di consumo e integrato con il Terzo Settore con un accreditamento specifico
Co-costruire dei percorsi di informazione e formazione attraverso un costante confronto tra Governo, Pubblico, Privato Accreditato e Società Scientifiche. Creare una vera Cabina di Regia Nazionale sul mondo delle dipendenze, capace di seguire le evoluzioni del fenomeno
Numerosità degli operatori stimata sulla base della popolazione e qualificazione del personale
Maggior condivisione tra strutture pubbliche e privati delle procedure di diagnosi per il rilascio della certificazione e predisposizione del programma riabilitativo e della sua durata
Centralità e protagonismo delle persone che consumano droghe
Processi trasversali nei territori per lavoro integrato
Percorsi e protocolli per la continuità assistenziale (Ospedale Territorio)
Rafforzamento degli strumenti di programmazione interistituzionale
Per affrontare la difformità tra le Regioni e Province Autonome: individuare temi prioritari, condivisi

Il personale grado di concordanza/discordanza dei partecipanti su ciascuno degli approcci individuati rispecchia il gradiente di polarizzazione mostrato in Tabella 4, che va dagli approcci sui quali c'è maggiore accordo verso quelli su cui l'accordo è minore (0 mancanza di accordo, 3 totale accordo).

Evoluzione delle dipendenze e innovazione del sistema dei Ser.D e delle comunità terapeutiche

Tabella 4. Gradiente di accordo/disaccordo sugli approcci alle possibili soluzioni	
Approcci alle possibili soluzioni rispetto alle criticità emerse	Livello di accordo (0-3)
Messa a disposizione di fondi certi e duraturi nel tempo e non estemporanei per favorire l'implementazione del personale e delle strutture e la riorganizzazione dei servizi	2.5
Rafforzamento degli strumenti di programmazione interistituzionale	2.4
Collocazione del sistema in una nuova sanità territoriale con garanzia di prossimità e integrazione (modello dipartimentale)	2.4
Presenza in carico globale "territoriale" della persona, dall'aggancio iniziale al reinserimento socio-lavorativo utilizzando strumenti quali il Budget di salute e garantendo una <i>governance</i> condivisa (struttura dipartimentale e integrazione socio-sanitaria)	2.4
Piano strategico nazionale con visione sviluppo sistema servizi territoriali e risorse dedicate	2.2
Apertura dei Ser.D alla collaborazione/condivisione con altri servizi sanitari e socio-sanitari	2.2
Analisi comparativa della normativa LEA-Piani di rientro-accordi Stato Regioni	2.2
Revisione della legge 309 che preveda la costruzione di organi misti integrati di indirizzo e monitoraggio nazionali regionale dipartimentali con LEA e linee di sviluppo secondo i 4 pilastri europei e strumento del Budget di salute come applicativo territoriale	2.1
Linee di indirizzo ministeriali fabbisogno personale connesso al DPCM LEA	2.1
Integrazione sociosanitaria compiuta per l'organizzazione dei servizi	2.0
Fondo Nazionale per l'innovazione del sistema di cura delle dipendenze	2.0
Per superare l'eccessiva differenziazione tra le regioni: individuati temi rilevanti, definire indirizzi nazionali attraverso percorsi partecipati, da approvare con Intese tra Stato e Regioni, quindi sottoporre l'applicazione a percorsi formali di monitoraggio	2.0
Linee guida nazionali vincolanti per le Regioni	1.9
Il modello di cura misto	1.9
Modificare la legge penale e proporre sistemi dipartimentali per la tutela della salute delle persone che usano droghe organizzato con una pluralità di servizi rivolti ai diversi modelli di consumo e integrato con il Terzo Settore con un accreditamento specifico	1.9
Percorsi e protocolli per la continuità assistenziale (Ospedale Territorio)	1.8
Co-costruire dei percorsi di informazione e formazione attraverso un costante confronto tra Governo, Pubblico, Privato Accreditato e Società Scientifiche. Creare una vera Cabina di Regia Nazionale sul mondo delle dipendenze, capace di seguire le evoluzioni del fenomeno	1.8

Tabella 4. Gradiente di accordo/disaccordo sugli approcci alle possibili soluzioni	
Approcci alle possibili soluzioni rispetto alle criticità emerse	Livello di accordo (0-3)
Numerosità degli operatori stimata sulla base della popolazione e qualificazione del personale	1.8
Maggior condivisione tra strutture pubbliche e privati delle procedure di diagnosi per il rilascio della certificazione e predisposizione del programma riabilitativo e della sua durata	1.8
Centralità e protagonismo delle persone che consumano droghe	1.8
Processi trasversali nei territori per lavoro integrato	1.7
Per affrontare la difformità tra le Regioni e Province Autonome: individuare temi prioritari, condivisi	1.4

5.5 La lettura degli approcci alle possibili soluzioni

Le proposte di soluzione che hanno ottenuto un maggior livello di accordo sono quelle legate alle tematiche relative alle risorse, alla programmazione inter-istituzionale e alla medicina del territorio (integrazione territoriale).

La componente relativa all'integrazione è quella che viene indicata come prioritaria e ribadita anche in altri punti.

Minore il grado di accordo sulle tematiche legate al ruolo dell'utenza le quali, benché sia riconosciuto il ruolo strategico dell'attribuzione di una centralità all'utente in particolare considerando i giovani, risultano già ricomprese all'interno di altri punti.

In generale le soluzioni con un maggior grado di accordo sono quelle che cercano di dare risposta alle criticità precedentemente evidenziate, ovvero alle questioni legate alla normativa e all'integrazione.

5.6 Le proposte operative

Sulla base degli argomenti chiave trattati su questo Tavolo, sono state programmate tre Tavole Rotonde che rappresenteranno i *focus* specifici di contenuto da articolare in occasione del Tavolo Tecnico di ottobre (Figura 2).

Le Tavole sono state allestite in modo da rispecchiare l'articolazione proposta in apertura dei lavori dal Coordinatore: Quadro normativo e *Governance*, Servizi, Lavoro di cura.

Figura 2. Tavole Rotonde e relativi argomenti chiave

Tavola rotonda A :	Tavola rotonda B :	Tavola rotonda C :
+	+	+
▮ QUADRO NORMATIVO E GOVERNANCE	▮ SERVIZI	▮ LAVORO DI CURA
9. Sviluppo di osservatori provinciali e regionali e loro integrazione con l'Osservatorio Nazionale Dipendenze (PCM)	1. L'organizzazione dei Servizi per le Dipendenze in una prospettiva di innovazione	2. Presa in carico globale della persona e sviluppo di percorsi multidisciplinari, il modello del Budget di salute applicato all'area delle dipendenze.
10. Mobilità interregionale e compensazione	5. Partecipazione di utenti e familiari ai percorsi di cura	3. Monitoraggio e valutazione degli esiti delle singole progettazioni (outcome)
7. L'utilizzo delle nuove tecnologie nei percorsi di cura	6. Quali prospettive per un adeguamento dei servizi alla nuova domanda di trattamento (dipendenze comportamentali; accesso under 25)	4. Individuazione dei criteri di appropriatezza clinica dei percorsi terapeutici
Dott. Alessio Saponaro, Regione Emilia Romagna	Dott. Claudio Leonardi, SIPAD	8. Appropriato utilizzo della terapia sostitutiva e affidamento di farmaci sostitutivi
Dott. Giovanni Rezza, Ministero Salute	Dott. Alfio Lucchini, FEDERSERD	Dott.ssa Roberta Balestra, FEDERSERD
Dott. Riccardo Gionfriddo, SITD	Dott. Icro Maremmani UNIFI	Dott. Luciano Squillaci, FICT
Dott. Biagio Sciortino, INTERCEAR	Dott. Angelo Fioritti AUSL Bologna	Dott. Riccardo De Facci, CNCA
Dott. Stefano Vecchio, Forum Droghe	Dott.ssa Rosanna Mariniello, Ministero Salute	Dott. Angelo Righetti ASL RM 6
Dott.ssa Elide Tisi	Dott.ssa Denise Amerini, CGIL	Dott. Pietro Canuzzi, Ministero Salute
Dott.ssa Angela Bravi, Coordinatrice Gruppo tecnico interregionale Dipendenze	Dott. Francesco Giuseppe Vismara, COMUNITALIA	Dott.ssa Liliana La Sala, Ministero Salute
	Dott. Biagio Zanfardino, Regione Campania	
	Dott.ssa Roberta Pacifici, ISS	

I tre macro-temi individuati nel corso dei lavori sono la cornice entro la quale far ricadere gli interventi degli Esperti e consentiranno di toccare le specificità evidenziate nel corso dei lavori, sempre tenendo in considerazione il tema del Tavolo e gli elementi chiave individuati per ciascuna Tavola Rotonda.

Evoluzione delle dipendenze e innovazione del sistema dei Ser.D e delle comunità terapeutiche

Tavola Rotonda A – Quadro normativo e *governance*

Sviluppo di osservatori provinciali e regionali e loro integrazione con l'Osservatorio Nazionale Dipendenze (PCM).

Mobilità interregionale e compensazione

L'utilizzo delle nuove tecnologie nei percorsi di cura

Dr. Saponaro, Dr. Rezza, Dr. Gionfriddo, Dr. Sciortino, Dr. Vecchio, Dr.ssa Tisi, Dr.ssa Bravi

Tavola Rotonda B - Servizi

L'organizzazione dei Servizi per le Dipendenze in una prospettiva di innovazione

Partecipazione di utenti e familiari ai percorsi di cura.

Dr. Leonardi, Dr. Lucchini, Dr. Maremmani, Dr. Fioritti, Dr.ssa Mariniello, Dr.ssa Amerini, Dr. Vismara, Dr. Zanfardino, Dr.ssa Pacifici

Tavola Rotonda C - Lavoro di cura

Presenza in carico globale della persona e sviluppo di percorsi multidisciplinari, il modello del Budget di salute applicato all'area delle dipendenze.

Monitoraggio e valutazione degli esiti delle singole progettazioni (*outcome*).

Individuazione dei criteri di appropriatezza clinica dei percorsi terapeutici.

Quali prospettive per un adeguamento dei servizi alla nuova domanda di trattamento (dipendenze comportamentali; accesso *under 25*).

Appropriato utilizzo della terapia sostitutiva e affidamento di farmaci sostitutivi

Dr.ssa Balestra, Dr. Squillaci, Dr. De Facci, Dr. Righetti, Dr. Canuzzi, Dr.ssa La Sala

Tavolo Tecnico



Evoluzione delle dipendenze e innovazione del sistema dei Ser.D e delle comunità terapeutiche

6.1 Introduzione ai lavori della prima giornata

I lavori del Tavolo Tecnico “Evoluzione delle dipendenze e innovazione del sistema dei Ser.D” si sono svolti *online* e hanno visto la partecipazione di 20 Esperti oltre al Coordinatore del Tavolo, il Dr. Fabrizio Starace e al moderatore, Dr. Mauro Soli.

A seguire i lavori pubblici sono stati 268 spettatori iscritti al *webinar* con la possibilità di inviare domande o commenti e altri uditori che hanno potuto seguire l’evento tramite la diretta *streaming*.

A seguito dei saluti istituzionali, il Dr. Fabrizio Starace ha introdotto le tematiche sviluppate nell’ambito del Tavolo Tecnico.

6.1.1 Introduzione del Coordinatore

Ci sono complessivamente, in vista della Conferenza Nazionale sulle Dipendenze, alcuni obiettivi generali: l'aggiornamento del quadro normativo e dei livelli di governance, la definizione di un Piano d'Azione Nazionale sulle Dipendenze attraverso la revisione e verifica di impatto degli attuali assetti sulla base dei documenti di indirizzo internazionale, come il Piano d'Azione Europeo, delle evidenze disponibili e del parere degli Esperti.

I compiti affidati a questo Tavolo sono estremamente articolati: dall'organizzazione dei servizi alla presa in carico globale, secondo percorsi multidisciplinari, dal modello del Budget di salute alla valutazione degli esiti, dai criteri di appropriatezza dei percorsi terapeutici al tema, assai attuale, della partecipazione di utenti e familiari ai percorsi di cura, ma più in generale alle attività di programmazione, implementazione e valutazione degli stessi, alle prospettive che necessariamente dovranno essere affrontate per incontrare la nuova domanda di trattamento (domanda di trattamento da parte delle fasce d'età giovanili e da parte del mondo assai variegato delle dipendenze comportamentali).

Sarà necessario approfondire anche il tema delle nuove tecnologie nei percorsi di cura. Qui il focus sarà soprattutto sull'apporto che le tecnologie informatiche, le piattaforme in rete, possono consentire nell'integrare l'attività dei servizi.

Alcuni temi specifici poi riguardano le terapie sostitutive e il tema dell'affidamento dei farmaci sostitutivi, lo sviluppo degli osservatori provinciali e regionali e, infine, la questione della mobilità interregionale e dei meccanismi di compensazione.

Per organizzare questi temi, dopo una riflessione condivisa, sono state individuate tre grosse macro aree: quella attinente al quadro normativo e ai meccanismi di governance, quella relativa, più propriamente, ai servizi, alla loro organizzazione, al loro funzionamento e quella relativa al lavoro di cura.

In particolare, nel primo ambito, saranno di seguito sintetizzati alcuni aspetti ma il tema centrale è quello relativo all'attualità e alla necessità di attualizzare i documenti normativi e di indirizzo esistenti e di individuare le modalità per trasformarli in atti di intesa, tenendo conto del rapporto tra Stato e Regioni.

Un elemento di particolare importanza è stato segnalato in relazione alla revisione dei criteri di accreditamento, sia sul piano ministeriale che sul piano regionale. Sono state riportate delle variabilità all'interno delle singole regioni che effettivamente non giovano alla coerenza dell'azione del sistema delle

Evoluzione delle dipendenze e innovazione del sistema dei Ser.D e delle comunità terapeutiche

dipendenze.

Un tema più volte ribadito è quello della necessità di una programmazione interistituzionale a livello regionale che possa giovare dell'azione di monitoraggio e di valutazione degli osservatori provinciali da far confluire nell'Osservatorio regionale.

Sempre sul tema delle istituzioni, alcune questioni di carattere centrale riguardano il fondo specifico. Come sappiamo questo fondo non esiste più essendo confluito in un fondo generale. Il fondo specifico, del quale si individuava una soglia di almeno al 1,5% del fondo sanitario, oggi è stimato intorno allo 0.6-0.7%. Si segnala che, nella sua attività, la commissione istituita presso la Presidenza del Consiglio dei Ministri all'indomani della prima ondata pandemica, produceva, nel cosiddetto piano Colao (dal nome del coordinatore di questa commissione) una serie di schede che riguardavano la ripresa economica e sociale: una scheda riguardava il rafforzamento dei servizi territoriali, sia della salute mentale che delle dipendenze, prevedendo come misura necessaria l'incremento di almeno il 35% del fondo ad essi dedicato per consentire non solo un allineamento agli standard prefissati, ma anche di affrontare le evidenti conseguenze della pandemia, che allora si andavano configurando e che oggi sono materialmente verificabili, sulle condizioni di benessere o malessere psicologico della popolazione e sul ricorso più intenso all'uso problematico e anche all'abuso di sostanze. C'è un altro tema specifico che ha a che fare con la macroarea governance e istituzioni. Naturalmente questa è un'estrema sintesi, che sarà poi molto più articolata negli interventi dei singoli Esperti, ma il tema della valorizzazione degli interventi complessi ha a che fare con uno dei punti che ci sono stati affidati, cioè come regolare meglio la questione della mobilità interregionale. È del tutto evidente che senza una valorizzazione specifica degli interventi complessi non sarà possibile dare luogo a una modalità di compensazione interregionale che tenga conto dell'effettivo impegno di risorse.

Venendo alla questione dei servizi uno dei primi e più rilevanti temi, che hanno a che fare con la storia, con l'identità e con l'articolazione organizzativa del sistema delle dipendenze, è quello che attiene all'organizzazione dipartimentale. Qui, come è possibile immaginare, vi sono visioni molto ampie ed articolate. Una delle ipotesi sulle quali abbiamo riflettuto assieme è che proprio la diversificazione dei sistemi in ambito regionale ci può offrire una straordinaria opportunità per verificare nei fatti, così come da mandato affidatoci, quali organizzazioni, quali modelli organizzativi conseguano risultati che sono più vicini a quelli individuati nella programmazione. C'è un progetto molto utile a tale proposito, il "Progetto STATUS QUO per la ricognizione dei bisogni e degli assetti regionali nell'area delle dipendenze patologiche" i cui risultati possono essere scaricati dal sito del Dipartimento delle Politiche Antidroga, che è stato messo a punto dai colleghi del CNR. Un'opera di revisione, verifica e monitoraggio, che ci segnala che, in sostanza, un'organizzazione dipartimentale assume caratteristiche autonome per le dipendenze in circa un terzo delle regioni, assume caratteristiche di confluenza assieme alla salute mentale e alla neuropsichiatria in un altro terzo di regioni, mentre per il restante terzo vi sono indicazioni meno cogenti che consentono, addirittura, diversificazioni intraregionali.

Sempre per la questione relativa ai servizi, è naturale chiedersi se l'attuale assetto consenta anche di incontrare il tema sempre più rilevante delle dipendenze comportamentali. Qui la questione ha a che fare con i luoghi, con i contesti, con la formazione, ma questi aspetti saranno affrontati in seguito.

Un altro punto fondamentale è quello dell'integrazione tra Servizi ed enti Privati accreditati, in cui sia chiaro un rapporto di pari dignità, naturalmente senza che il Servizio Pubblico abdichi a quella richiesta di accountability che viene ad esso attribuito, cioè del dare conto di quello che poi, effettivamente, viene realizzato nella rete più estesa. L'integrazione con i servizi intrasancitari, diciamo così, è ritenuta da tutti assolutamente fondamentale, quella con i medici di medicina generale, con il pronto soccorso, le malattie infettive e, naturalmente, laddove non appartengano a una medesima macrostruttura, con la salute mentale

Evoluzione delle dipendenze e innovazione del sistema dei Ser.D e delle comunità terapeutiche

e la neuropsichiatria infantile. Poi c'è un'integrazione extra sanitaria, che ha a che fare con una componente fondamentale dell'intervento: parliamo del rapporto con i servizi sociali, che risulta ancora carente in molte aree del Paese.

Da più parti è stata segnalata la necessità di definire percorsi di cura per soglie di intensità della condizione di uso o abuso, piuttosto che per patologie specifiche, piuttosto che per sostanze specifiche. Da tutti è stata confermata l'importanza di disporre dei flussi informativi regolari che consentano di approfondire, tra l'altro, anche un altro dei temi che a noi è stato affidato, cioè quello delle valutazioni di esito.

Tema centrale per una visione di prospettiva del sistema nelle dipendenze è quello della partecipazione di utenti e familiari. Partecipazione degli utenti e familiari che, vedremo, è richiamata nell'organizzazione dei servizi, cioè nella presenza di utenti e familiari negli ambiti programmatori, di monitoraggio e di verifica dei percorsi di cura. Ovviamente questa presenza sarà ancor più necessaria nella definizione dei singoli percorsi terapeutico-riabilitativi.

L'adozione dello strumento del Budget di salute viene ritenuta una opzione strategica che, in attesa di una più compiuta integrazione a livello di sistema, può consentire la ricomposizione delle componenti sanitarie e sociali sui territori, attraverso la programmazione di zona e attraverso la programmazione socio-sanitaria integrata.

Un'altra questione fondamentale è quella relativa alla definizione di standard di personale che rispettino il criterio della multi professionalità. Questa definizione, come sappiamo bene, c'è già stata, è stata normata ma viene ampiamente disattesa. È opinione diffusa che questa definizione vada ribadita specie in considerazione dell'impegno che, almeno sul versante sanitario, il Ministero dovrà assolvere nel momento in cui sarà chiamato, con proprio decreto, all'individuazione di standard di personale per la medicina territoriale. I Ser.D, quindi, rientrano a pieno titolo in questa definizione necessaria.

Infine vi è il tema della formazione permanente e della formazione e supervisione, a loro volta integrati, cioè non limitate alla componente, quella sanitaria, dei servizi ma estesa a tutte le figure professionali, estesa a tutti gli enti che partecipano (sia gli enti accreditati sia quelli delle politiche sociali) alla definizione, attivazione e realizzazione degli interventi.

La terza macroarea che è stata individuata nei lavori preparatori è quella che riguarda il lavoro di cura.

Qui è assolutamente necessaria la definizione e adozione di precise linee guida, del loro aggiornamento, laddove esistenti, e della loro traduzione in percorsi di cura applicando uno dei principi cardine, ribadito sia dalle indicazioni internazionali che da quelle nazionali, cioè la riduzione del danno.

Un lavoro di cura integrato, secondo altre definizioni un lavoro di cura misto, ma il concetto è del tutto sovrapponibile, attraverso il superamento di una logica prestazionale che è anche (lo abbiamo visto rapidissimamente) uno dei maggiori ostacoli alla realizzazione di una compiuta mobilità interregionale e alla sua possibilità di compensazione interregionale.

Vi è una necessità, alla quale le ultime attività compiute a livello nazionale stanno dando un grosso impulso: la definizione delle caratteristiche fondamentali di un progetto terapeutico riabilitativo individuale. Si segnala questa attività che viene svolta a livello nazionale dall'Istituto Superiore di Sanità e dal Ministero della Salute, perché proprio nelle scorse settimane è stato presentato un documento che raccoglie il lavoro congiunto svolto da tutte le Regioni per individuare delle indicazioni generali, complessive in relazione all'applicazione del Budget di salute. È auspicabile che questo documento possa essere approvato in Conferenza Stato Regioni e che le indicazioni generali siano naturalmente applicabili all'area delle dipendenze

Evoluzione delle dipendenze e innovazione del sistema dei Ser.D e delle comunità terapeutiche

Ritorna, nel lavoro di cura, il tema della soggettivazione degli utenti, intesi non più come passivi recettori di interventi, ma come soggetti negoziali di un rapporto terapeutico.

Ritorna anche il tema del lavoro di comunità, cioè del lavoro nella comunità e per la comunità che, con uno dei cardini su cui si fonda la missione 6 del PNRR, cioè la costituzione delle Case della Comunità, ha un immediato punto di caduta: la presenza dei servizi per le dipendenze nelle Case della Comunità è un altro tema di grande rilievo.

Infine ritorna, ma è già stato citato nel corso di questa breve sintesi, l'importanza degli interventi sociosanitari integrati, rivolti ai determinanti di salute, come l'abitazione, come la possibilità di avere un lavoro retribuito e, più in generale, l'importanza dell'inclusione sociale come elemento fondamentale per determinare esiti positivi.

Questa è necessariamente una sintesi alla quale vanno agganciati i numerosi elementi di approfondimento che ciascun Esperto presenterà.

Tavola Rotonda A - Quadro normativo e *governance*



Evoluzione delle dipendenze e innovazione del sistema dei Ser.D e delle comunità terapeutiche

6.2 Tavola Rotonda A - Quadro normativo e governance

Nel suo intervento il moderatore, Dr. Mauro Soli, descrive l'articolazione delle due giornate e introduce la prima Tavola Rotonda dal titolo **“Quadro normativo e governance”** che raccoglie i seguenti interventi, riportati integralmente a seguire:

“Per una ‘governance diffusa’, definita e coordinata, dal livello centrale, al livello regionale, a quello locale”, Dr.ssa Angela Bravi, Coordinatrice Gruppo Tecnico Interregionale Dipendenze

“Revisione Legge 309/90 - Dipartimento per le Dipendenze - Integrazione socio-sanitaria”, Dr. Riccardo Gionfriddo, Società Italiana Tossicodipendenze

“Nuovo Osservatorio e Tecnologie per le Dipendenze”, Dr. Alessio Saponaro, Regione Emilia Romagna

“Verso una governance innovativa: razionalizzazione dei servizi sulle dipendenze”, Dr. Biagio Sciortino, INTERCEAR

“Centralità del territorio nella governance istituzionale”, Dr.ssa Elide Tisi, ANCI

“Verso un cambiamento della legge e della governance per restituire dignità e diritti alle persone che usano droghe”, Dr. Stefano Vecchio, Forum Droghe

6.2.1 Per una “*governance* diffusa”, definita e coordinata, dal livello centrale, al livello regionale, a quello locale

Angela Bravi

Nel delineare le modalità di governo del sistema definito, per convenzione ma non correttamente, “delle dipendenze”, occorre in primo luogo precisarne la collocazione: siamo a mio avviso entro il campo della “salute pubblica” secondo l’accezione più aggiornata del termine, poiché ritengo che, pur se il tema coinvolge anche le politiche rivolte all’offerta, l’interesse pubblico prevalente sia quello della salute individuale e collettiva e, come in altri ambiti di salute pubblica, l’integrazione delle politiche vada fatta entro questa prospettiva.

Il sistema di governo deve essere coerente con le seguenti caratteristiche peculiari dell’area: un approccio non limitato all’ambito clinico o rivolto al singolo, ma indirizzato alla collettività; il rivolgersi ad un ventaglio di fenomeni che vanno dal “consumo di sostanze/comportamenti a rischio”, al “disturbo da uso di... o da comportamento” con diversi gradienti di gravità, che richiedono competenze specifiche/specialistiche; essere imperniata sui quattro pilastri indicati dall’Europa, che si agganciano ad un ventaglio di politiche incidenti in maniera significativa, seppure indirettamente.

Il governo del sistema è afflitto da pesanti criticità risalenti: alla frammentazione e scollamento tra le diverse competenze istituzionali di livello centrale; dall’assenza di disposizioni aggiornate di livello nazionale; dall’eccessiva differenziazione tra le Regioni; dalla diffusa disomogeneità anche tra singoli territori; dalla insufficiente attuazione di politiche interistituzionali a partire dall’integrazione sociosanitaria.

Per costruire un vero e proprio “sistema di intervento” è necessario pertanto un sistema di “*governance* diffusa”, chiaramente definito e coordinato sia in senso verticale che orizzontale.

Occorre inoltre sia salvaguardata l’identità specifica del “sistema dipendenze”, superando la tendenza emergente a diluirlo e incorporarlo entro aree più vaste, a rischio di disperderne e impoverirne l’incisività; le spinte all’innovazione e le concrete strategie di prossimità messe in atto in questo sistema possono al contrario essere di stimolo per aree contigue della Salute pubblica.

Alla luce di questa analisi, il sistema di governo dell’“area dipendenze” potrebbe essere basato su:

- A livello centrale. Un organo di coordinamento nazionale entro cui siano efficacemente rappresentate le istituzioni centrali (Ministero della Salute, DPA, altri ministeri, ISS, ...), Regioni, Enti locali, con un rapporto costante e strutturato con i rappresentanti del Terzo Settore, delle società scientifiche, della società civile, delle associazioni comprese quelle dei portatori di interesse; un gruppo snello ed autorevole, chiaramente definito nella composizione e supportato da una solida struttura tecnica, con il compito della definizione coordinata delle programmazioni strategiche. Va in questa direzione il Tavolo nazionale sulle dipendenze costituito dal Ministero della Salute in applicazione del Piano nazionale di prevenzione 2020-2025, che tuttavia richiederebbe maggiore solidità di mandato e completezza della composizione.

Evoluzione delle dipendenze e innovazione del sistema dei Ser.D e delle comunità terapeutiche

- A livello della relazione tra il livello centrale e le Regioni: Elaborazione, da parte dell'organismo descritto, di atti di intesa formali da approvare in Conferenza Unificata (Stato-Regioni-Enti locali): questo strumento normativo risponde contemporaneamente all'esigenza di indirizzi nazionali uniformi e all'autonomia attribuita dal Titolo V alle Regioni; l'emanazione di tali atti va seguita da percorsi applicativi sostenuti da forme di coordinamento tra le Regioni e da concreto e costante monitoraggio. Un esempio in questo senso è il Piano di prevenzione 2020-2025, che, partendo da una elaborazione partecipata, ha definito linee dettagliate di programmazione di riferimento per tutte le Regioni e ha stabilito modalità di monitoraggio della sua applicazione in quanto LEA.

- A livello delle Regioni: Va salvaguardata la presenza, nell'ambito della struttura regionale, di un ufficio specificamente dedicato; occorre prevedere un Tavolo permanente di consultazione, a composizione integrata, per una lettura approfondita del quadro regionale e per la programmazione partecipata degli atti strategici ed il loro monitoraggio; va costruita una rete interistituzionale formale e sostanziale.

- A livello locale: In ambito ASL sono necessarie forme organizzative che, pur nel rispetto dell'autonomia delle Regioni, salvaguardino l'identità specifica dell'area ed attribuiscono risorse economiche e professionali adeguate sia sul piano quantitativo che qualitativo. Occorre identificare livelli di governo locali che, traducendo gli indirizzi di ambito nazionale/regionale, diano concreta applicazione alla programmazione integrata tra area sanitaria delle ASL e area sociale dei Comuni (Tavoli integrati?) e costituiscano il perno di reti locali comprendenti il Terzo Settore, le istituzioni locali, le associazioni.

6.2.2 Revisione Legge 309/90 - Dipartimento per le Dipendenze - Integrazione socio-sanitaria

Riccardo Gionfriddo

A fronte del cambiamento del fenomeno delle dipendenze, si rende necessario procedere:

- ad una revisione della Legge 309/90
- alla Istituzione dei Dipartimenti per le Dipendenze
- a migliorare l'Integrazione socio-sanitaria

Revisione della legge 309/90

I servizi per le Dipendenze vanno organizzati in forma Dipartimentale, con autonomia Dirigenziale, Organizzativa e Funzionale disciplinata attraverso un Decreto del Ministero della Salute, attraverso cui si definiscono livelli organizzativi e funzionali dell'Alta Integrazione tra i Ser.D. ed i Servizi del Privato Accreditato.

Per gli *standard* del personale si faccia riferimento al D.M. n. 444/1990.

Rifinanziare il fondo specifico che faccia riferimento alla 309/90 distinguendolo dai canali finanziari della 328/2000 o di altri fondi nazionali ed europei.

Nello specifico sarà inoltrata una versione di revisione della 309/90 tenendo conto dei cambiamenti ed innovazioni intervenuti nell'ultimo ventennio.

Istituzione dei Dipartimenti per le Dipendenze

Il Ministero per la Sanità dia indicazioni vincolanti, anche attraverso il coinvolgimento della Conferenza Stato-Regioni, per la istituzione dei Dipartimenti per le Dipendenze, per evitare che siano istituiti modelli organizzativi e gestionali diversi tra le varie Regioni.

L'assistenza ai soggetti con problemi di dipendenza non può essere assimilata alla psichiatria, evitando un ritorno indietro nei sistemi di cura.

Le Dipendenze patologiche sono malattie complesse, multifattoriali e dinamiche, con risvolti di natura chimica e comportamentale, che non possono ricevere risposte valide da parte dei servizi di psichiatria, pur tenendo conto dell'incidenza crescente del fenomeno della doppia diagnosi. A tal fine possono essere ipotizzate delle Unità Operative di "confine" per gestire i casi complessi di dipendenza patologica con comorbilità psichiatrica, tenendo in debita considerazione che se da un lato la collaborazione tra Dipendenze e Psichiatria è essenziale, dall'altro non esaurisce in sé la Medicina delle Dipendenze, disciplina che da anni si attende venga istituzionalizzata, così come la relativa scuola di specializzazione universitaria.

E' essenziale ipotizzare una *Governance* istituzionale unitaria per tutte le Dipendenze, da sostanze, legali, illegali e comportamentali, integrata tra Servizi Pubblici e del Privato autorizzato.

Evoluzione delle dipendenze e innovazione del sistema dei Ser.D e delle comunità terapeutiche

Integrazione socio-sanitaria

Le dipendenze patologiche determinano una frequente marginalizzazione dei soggetti affetti e di fatto una disabilità sociale che interessa diversi parametri della qualità di vita, anche raccomandate dall'OMS: casa, istruzione, cibo, reddito, lavoro e progettualità individuale, giustizia ed equità sociale, superamento dei conflitti per migliorare le relazioni.

Per fronteggiare queste criticità si rende necessario il concorso di tutti i soggetti interessati e concorrenti alla migliore definizione di un progetto di vita: sanità pubblica, enti locali, realtà del privato sociale ed imprenditoriale, associazionismo, cooperazione sociale, etc.

E' necessario implementare azioni e strumenti non solo inerenti alla malattia e alle tecniche di cura specifiche, ma fondati su interventi ricostruttivi e di valorizzazione dei contesti ambientali, sociali e relazionali.

L'area delle Dipendenze Patologiche è ormai considerata ad alta integrazione socio-sanitaria. Un intervento esclusivamente tecnico-sanitario non è in grado di garantire prognosi positive e addirittura può rivelarsi un fattore di cronicizzazione e disabilità per la persona e per la comunità.

La modifica dei contesti disabilitanti non può essere attuata esclusivamente dal sistema sanitario, ma deve incontrare la volontà e le risorse locali, familiari e sociali.

Le persone affette da Dipendenza Patologica devono avere accesso alle risorse umane, professionali ed economiche necessarie a sostenere e/o ripristinare le stesse opportunità delle altre persone, pur in condizioni di impedimento dovute a disabilità sociali conseguenti o concomitanti a condizioni patologiche o a vulnerabilità biopsicosociali.

In tale contesto assume evidenza lo strumento del Budget di Salute, che rappresenta la modalità centrale dell'integrazione socio-sanitaria per la formulazione di progetti individuali cui partecipano tutti i soggetti interessati dal deficit determinato dalla dipendenza patologica cronica e disabilitante (paziente, famiglia, comunità).

Lo scenario nel quale si colloca il modello di intervento sostenuto dal Budget di Salute è quello del passaggio da un sistema di protezione sociale ad una realtà nella quale produrre benessere diventa un compito della società civile nella sua interezza.

Gli interventi socio-sanitari integrati dovranno tradursi in specifiche scelte operative (interventi), tese ad incidere e a modificare la qualità della vita di individui e di tutta la collettività, incrementandone il benessere e riducendo i fattori di rischio di patologia e disabilità individuale e sociale.

6.2.3 Nuovo Osservatorio e Tecnologie per le dipendenze

Alessio Saponaro

Funzioni Osservatorio

Il DPR 309/90 disciplina l'istituzione di un Osservatorio permanente che verifica l'andamento del fenomeno delle "tossico"-dipendenze. Ha rilevanti funzioni di analisi delle attività dagli assistiti in carico ai Ser.D, mercato delle sostanze, organizzazione servizi sul territorio, sequestri di sostanze. Queste funzioni non possono essere replicate in tutte le regioni o province: i costi, l'impegno e le risorse economiche necessarie sarebbero insostenibili anche per le grandi regioni. Laddove è stato formalmente istituito un osservatorio locale ha funzioni molto contingentate e parziali. E' necessario un ripensamento di un Osservatorio nazionale che sia un punto centrale e sistematico dell'attività di rilevazione delle informazioni, che si avvalga di un sistema di rete organizzato in cui vi siano singoli "focal point" che forniscano informazioni specifiche, tempestive, utili alla programmazione e alle politiche.

Occorre superare i diversi ambiti che raccolgono in modo separato le informazioni, per farle confluire in un unico Osservatorio nazionale che sia la centrale di coordinamento informativo e che superi la differenziazione per patologia, tossicodipendenze, alcoldipendenze e gioco d'azzardo, poiché attività poco funzionale dal punto di vista dell'analisi del fenomeno delle dipendenze patologiche.

La comunicazione diviene uno dei principali strumenti con cui deve funzionare l'osservatorio (attivazione di *alert* sistematici sulle sostanze, nuove sostanze in circolazione, ...) ma attraverso l'uso di diversi media di comunicazione: sito internet dedicato per popolazione generale e per *stakeholder*, comunicazione su *alert* tramite email/messaggistica istantanea, sistema di *alerting*.

Nuove tecnologie

L'utilizzo di nuove tecnologie nelle dipendenze può essere un elemento di svolta per migliorare la qualità della cura erogata. I Ser.D si stanno confrontando con nuovi scenari epidemiologici/organizzativi: la carenza dei medici, la carenza di personale con specifiche competenze (es. DBT), l'aumento delle cronicità dei pazienti, gli assistiti che abitano in zone montane.

La Telemedicina in parte può colmare queste problematiche. La pandemia da Covid-19 ha messo in evidenza quanto anche nei Servizi per le dipendenze la telemedicina fosse uno strumento efficace. L'esperienza della Regione Emilia-Romagna – che attivo un servizio di telemedicina per i Servizi della Salute mentale e Dipendenze patologiche - ha mostrato che vi sono più versanti nei quali risulta efficace, erogando alcuni tipi di prestazioni in remoto in grado di sostituire completamente le prestazioni sanitarie tradizionali, rappresentando nuovi metodi e tecniche diagnostiche e terapeutiche e nuove prassi assistenziali con i pazienti.

In particolare in questo periodo nei Ser.D sono stati sperimentati alcuni modelli: Televisita (medici) e Teleassistenza (professioni sanitarie) che hanno permesso l'interazione a distanza con gli assistiti; il Teleconsulto, che ha permesso la comunicazione tra professionisti, come ad esempio l'interazione sanitari del Ser.D e delle Comunità residenziali, evitando gli spostamenti che spesso rappresentano una quota elevata di uso di tempo.

A questo si aggiunga l'importanza di poter erogare, sempre tramite la Telemedicina, una serie di consulenze/visite diagnostiche per gli utenti Ser.D (Telerradiologia, Telecardiologia, Teledermatologia, ..) con l'obiettivo di ridurre i tempi di formulazione delle diagnosi, evitare che gli assistiti si curino di meno.

Evoluzione delle dipendenze e innovazione del sistema dei Ser.D e delle comunità terapeutiche

Tecnologia

Sempre l'esperienza Covid-19 ha mostrato come siano necessari interventi di comunità e di prossimità, erogati a domicilio del paziente, supportati da strumenti di gestione della documentazione elettronica. In Emilia-Romagna la cartella elettronica CURE permette l'uso di tablet per diverse funzioni, come ad esempio: monitoraggio dei parametri vitali, registrazione delle prestazioni erogate, somministrazione dei test di *assessment* e di *outcome*.

Mobilità interregionale e compensazione

La mobilità interregionale interessa particolarmente alcune regioni italiane, a causa di trasferimenti temporanee delle terapie farmacologiche con sostitutivi per studio o lavoro. La compensazione di queste situazioni è praticamente irrisoria, in quanto si prevede un rimborso per la sola prestazione farmacologica (metadone ha un costo basso) e non copre tutta l'attività connessa con le prestazioni amministrative, rendicontazione, stesura delle relazioni, servizi di erogazione farmaci.

I Servizi territoriali non hanno una "tariffazione a prestazione", facendo divenire i trasferimenti terapeutici un costo esclusivo della regione ricevente. Ad es. ogni anno in Regione Emilia-Romagna si conteggiano circa 5-6.000 assistiti che si trasferiscono in luoghi turistici o di lavoro per periodo che variano tra i 15 e i 180 giorni.

Sarebbe necessario rivalutare le modalità di conteggio della mobilità per i servizi territoriali.

6.2.4 Verso una *governance* innovativa: razionalizzazione dei servizi sulle dipendenze

Biagio Sciortino

In Italia, oggi, si evidenzia una situazione eccessivamente variegata e disarticolata rispetto agli Osservatori territoriali ed alla loro integrazione con il sistema Nazionale.

Si nota subito che molte Regioni, pur essendo dotate di questo strumento, non riescono ad incidere in maniera capillare su tutto il territorio che rappresentano, rimanendo spesso dei contenitori vuoti o, peggio ancora, distorsivi di una realtà che non sempre corrisponde a quella oggettiva.

Questa frammentarietà diventa palese quando leggiamo attentamente il dato della organizzazione degli Osservatori stessi; infatti in un terzo delle Regioni sono presenti Osservatori specifici, in altre invece sono inclusi o addirittura inglobati negli Osservatori Epidemiologici.

Addirittura in alcune Regioni gli Osservatori non sono stati ancora istituiti, in altre sono in fase di riattivazione (per motivi politici) e in altre ancora stentano a connettersi con l'Osservatorio Nazionale.

Questa difficoltà è legata essenzialmente alla mancanza di una vera Cabina di regia e di una *Governance* Politica.

Inoltre gli Osservatori Regionali, laddove sono presenti nelle varie forme sopra esposte, hanno "*mission*" diverse tra di loro svolgendo spesso compiti non incisivi sul variegato mondo delle dipendenze.

Questo quadro complesso e disarticolato diventa ancora più disastroso e confuso quando ci proiettiamo a livello di competenza della Province.

Occorre sottolineare che le dipendenze non possono essere più trattate "singolarmente", e soprattutto con approcci differenti da Regione a Regione, ma occorre che vengano incluse in una condivisa strategia di azione su tutto il territorio nazionale.

Nasce quindi l'esigenza di rivedere l'organizzazione di tutto il sistema delle dipendenze, proiettandosi alla poli-dipendenza da sostanze e comportamentale, abbracciando l'individuo nella sua interezza relazionale ed inserito nel proprio habitat sociale. Quindi una presa in carico globale!

Partendo dal quadro su esposto, data l'importanza che questo strumento potrebbe avere all'interno delle Regioni, occorrerebbe potenziare ed attivare su tutto il territorio italiano i vari Osservatori, partendo dalle Città, passando dalle Province per poi riconnettersi con i livelli Regionali.

Questa modalità potrebbe permettere agli Organi politici competenti una visione complessiva più chiara e, di conseguenza, poter calibrare costantemente al meglio gli interventi terapeutici e le relative risorse da impiegare per attuarli.

Per realizzare un percorso completo ed innovativo non si possono non tenere in considerazione i dati dei Servizi specifici del Privato sociale che si occupano di dipendenze, sia quelli periferici che quelli residenziali ed ambulatoriali; servizi che, insieme a tutte le altre risorse presenti nel territorio, possano svolgere un lavoro di "rete" con i Servizi Pubblici competenti.

Sarebbe auspicabile un dispositivo normativo nazionale stringente e ben definito che disponga l'attivazione, a livello capillare, degli Osservatori con dei compiti minimi prestabiliti che poi possano essere implementati dalle Regioni di competenza.

Evoluzione delle dipendenze e innovazione del sistema dei Ser.D e delle comunità terapeutiche

Per quanto concerne la problematica della mobilità interregionale, attualmente, le persone in condizioni di dipendenza che vogliono usufruire di un servizio di cura il più adatto possibile alle proprie esigenze, incontrano grandi difficoltà nella libera scelta dei Servizi a cui rivolgersi.

Infatti, la mobilità, è materia organizzativa quasi esclusiva delle Regioni, che tendono a negare ogni spostamento fuori dalla Regione di residenza.

Occorrerebbe snellire i meccanismi di “compensazione” nel campo delle dipendenze, così come avviene negli altri comparti della Sanità, applicando possibilmente una tariffa omogenea per le diverse prestazioni offerte su tutto il territorio nazionale.

Lo Stato deve sempre garantire la libertà ed il diritto di cura al paziente.

E' fondamentale, per applicare nuove tecniche e percorsi di cura nel variegato mondo delle dipendenze, poter contare su risorse certe, che nel passato venivano garantite dal Fondo Nazionale per la Lotta alla Droga, anticipando così la presa in carico dei soggetti con problematicità.

Ridurre i tempi degli interventi terapeutici è la scommessa del futuro dei Servizi stessi.

6.2.5 Centralità del territorio nella *governance* Istituzionale

Elide Tisi

Le Dipendenze hanno visto in questi ultimi decenni una profonda trasformazione. Dalla legge 309/90 e la successiva legge 45 del 1999 la società è profondamente cambiata e con essa sono cambiate ed ampliate le manifestazioni con cui le varie forme di disagio si evidenziano come pure i *target* di persone.

E' evidente dunque che parlare oggi di dipendenze significa aprire una finestra sulla società tutta e affrontare questo tema dal punto di vista dei servizi risulta essere quanto mai sfidante e complesso.

Se è oggi così ampio il ventaglio di bisogni, diventa imprescindibile modulare percorsi che vedano i Ser.D quali ultimo anello di processi di costruzione di modelli articolati, complessi e multidisciplinari che partano da una programmazione e *governance* allargata e siano dunque in grado di sostanziare progetti individuali dotati di percorsi e strumenti diversificati e flessibili. Nel 2017 la legge di ridefinizione dei LEA ha previsto all'articolo 28 “

“Nell'ambito dell'assistenza territoriale, domiciliare e territoriale ad accesso diretto, il Servizio sanitario nazionale garantisce alle persone con dipendenze patologiche, (...) la presa in carico multidisciplinare e lo svolgimento di un programma terapeutico individualizzato che include le prestazioni mediche specialistiche, diagnostiche e terapeutiche, psicologiche e psicoterapeutiche, e riabilitative mediante l'impiego di metodi e strumenti basati sulle più avanzate evidenze scientifiche, necessarie e appropriate (...)” L'assistenza distrettuale alle persone con dipendenze patologiche è integrata da interventi sociali in relazione al bisogno socioassistenziale emerso dalla valutazione. (...) Se dunque da un lato è il Servizio Sanitario che deve assicurare la presa in carico multidisciplinare, è evidente che la realizzazione di queste prerogative ha come premessa quattro parole chiave:

- Territorio: Riferimento centrale delle politiche sanitarie e socio sanitarie, che integrino le esperienze residenziali e Comunitari all'interno di filiere di offerte e servizi
- Multidisciplinarietà: Tra professioni e le diverse discipline che entrano in gioco considerando gli aspetti di pluripatologie
- Individualizzazione: dei progetti che a partire dall'analisi dei bisogni mettano insieme risorse sanitarie- risorse sociali e di comunità
- Integrazione: Tra politiche per una visione complessiva e coerente dei bisogni delle persone e non a settori; Integrazione tra sistemi con regole e modelli diversi

E' necessaria dunque al fine di raggiungere questi obiettivi una revisione dei processi di *governance* che ai vari livelli si sviluppino.

Il primo di tipo programmatico deve vedere tornare centrale il tema dipendenze anche in relazione alle politiche locali. E necessario il coinvolgimento delle Assemblee dei Sindaci delle Aziende nella valutazione delle attività dipartimentali, che non possono prescindere da un lavoro integrato sia per i percorsi di prevenzione che per la presa in carico tempestiva, con le politiche educative, giovanili ed a sostegno delle fragilità adulte che i Comuni mettono in atto; questo significa allargare la dimensione programmatica non solo alle Assemblee , ma anche ricondurre ad una programmazione congiunta distrettuale e di ambito, senza la quale non si sostanzia alcuna multidisciplinarietà.

Evoluzione delle dipendenze e innovazione del sistema dei Ser.D e delle comunità terapeutiche

Le condizioni pluripatologiche -e non solo di doppia diagnosi- sono ormai sempre più frequenti, talvolta legate anche all'invecchiamento, urge dunque trovare connessioni interne al sistema sanitario stesso per formulare risposte che possono assicurare quel progetto individualizzato oggi standardizzato spesso da rigidità delle regole pubbliche dell'offerta prevedendo anche possibilità di interventi domiciliari flessibili.

Dunque allargare la *governance* e la programmazione per allargare gli strumenti che possono consentire la costruzione di progetti individualizzati attraverso processi definiti che evitino (come spesso accade) buone pratiche legate più alle capacità di relazione dei singoli che a processi istituzionali definiti.

Nell'ambito delle dipendenze il ruolo del Privato accreditato è quanto mai indispensabile e determinante. Dunque i vari coordinamenti, nazionali/regionali devono essere coinvolti nella costruzione delle politiche, nella rilevazione dei bisogni nella progettazione e programmazione dei servizi. Così pure è necessario il coinvolgimento nelle progettualità territoriali. Il Distretto non rappresenta solo la sintesi della rete dell'offerta territoriale, ma rappresenta anche il luogo istituzionale in cui si sviluppa l'indirizzo degli amministratori locali e la programmazione delle attività integrate Socio sanitarie compreso quanto afferisce ai cosiddetti "adulti in difficoltà" che molto spesso sono portatori di problematiche non solo sociali, ma anche di dipendenze o pluripatologie, di cui i Comuni si fanno carico con strumenti limitati.

6.2.6 Verso un cambiamento della legge e della *governance* per restituire dignità e diritti alle persone che usano droghe

Stefano Vecchio

Alcuni spunti per una analisi degli effetti del DPR 309/90 sul fenomeno delle droghe

- Come documentato negli anni dai Libri bianchi sulle droghe, un terzo dei detenuti nelle carceri italiane è stato condannato per un reato droga correlato (art. 73) con un'alta frequenza di recidive. Oltre quindicimila persone, ogni anno sono sottoposte a sanzioni amministrative di restrizione della libertà e la maggior parte per la cannabis. Le misure alternative sono residuali.

- La Relazione al Parlamento rileva che i mercati delle droghe si sono ampliati dagli anni '90 a oggi, con nuovi modelli di consumo e che vi è un aumento delle patologie infettive come l'HIV e l'HCV. Nelle rilevazioni emerge che il sistema dei Servizi Pubblici, centrato sul modello patologico e ambulatoriale-ospedaliero intercetta prevalentemente una limitata tipologia di consumatori di droghe e ostacola le innovazioni.

La Riduzione del Danno/Limitazione dei Rischi (RdD/LdR), nonostante sia un LEA, raccomandata dall'EMCDDA, e rappresenti la prospettiva di intervento più adeguata per leggere e intervenire sulle nuove realtà del consumo è stata resa precaria e fuori sistema.

Gli effetti

È evidente che la legge, non solo non ha raggiunto gli obiettivi di una società senza droghe ma, al contrario, la circolazione di droghe illegali è aumentata, aumentati i rischi e i danni per la salute e la libertà, peggiorati gli stigmi, sovraffollate le carceri.

Per una modifica sostanziale del DPR 309/90

1. È necessario cambiare la logica della legge attuale passando dal modello della repressione/punizione a un modello di governo politico e regolazione sociale del fenomeno. In primo luogo depenalizzare e decriminalizzare le condotte legate all'uso di droghe e regolare legalmente il mercato della cannabis.
2. Ridefinire e ripensare, in questa prospettiva, i modelli organizzativi dei servizi e gli orientamenti culturali, liberati dal modello punitivo e patologico, adottando un modello organizzativo ispirato ai principi della sanità territoriale (L. 833), delle prestazioni socio-sanitarie a alta integrazione (DL 229) orientati alla tutela e promozione della salute e alla logica dell'*empowerment* e del sostegno dell'autoregolazione.
3. Istituire un Dipartimento per la Tutela della Salute delle Persone che Usano Droghe (PUD) e con una Dipendenza comportamentale, autonomo e articolato per modelli di consumo e non per patologie, che assuma la RdD/LdR come strategia trasversale, integrato con il Terzo Settore secondo una logica di cogestione, e legittimi il coinvolgimento delle PUD.
4. Prevedere un forte raccordo tra le ASL e i Comuni nella prospettiva della integrazione socio-sanitaria.

Le proposte di legge già depositate sia per la depenalizzazione e decriminalizzazione che per legalizzazione della cannabis, rappresentano un quadro di riferimento per alcune azioni intermedie orientate ad attivare e anticipare il cambio di rotta necessario delle politiche:

1. Discussione parlamentare della proposta di legge sulla "Lieve entità" e l'autocoltivazione per l'uso personale della cannabis.

Evoluzione delle dipendenze e innovazione del sistema dei Ser.D e delle comunità terapeutiche

2. Elaborazione di un Atto di indirizzo RdD/LdR da parte della Conferenza Stato-Regioni con un metodo analogo al P.N. AIDS, per garantire l'applicazione stabile e uniforme del LEA, anche nelle carceri.
3. Individuare un vincolo di spesa ordinario nel budget del SSN e dei SSR per l'intero arco degli interventi sulle droghe.
4. Individuare nel PNRR una quota di finanziamento per attuare gli interventi di RdD/LdR e per implementare il personale.
5. Modificare dell'Atto di indirizzo dei Servizi Pubblici: istituzione del Dipartimento Tutela della Salute autonomo per le PUD e le persone con una dipendenza comportamentale.
6. Modificare e integrare l'Accreditamento con il Terzo Settore:
 - a) Riformulare le tipologie di programmi ridefinendoli: Accoglienza ad intensità diverse, con soglie basse e tempi flessibili e negoziati con i consumatori.
 - b) Introdurre l'Accreditamento per servizi e interventi integrati territoriali dipartimentali cogestiti, come quelli di RdD/LdR.
7. Promuovere rapporti interistituzionali tra le ASL e i Comuni riattivando i Piani di Zona e inserendo il Budget di salute (bs) in questo contesto gestiti in integrazione con il Terzo settore. Le finalità di inclusione sociale devono essere stabilite prioritariamente sulla base dei bisogni e dei tempi delle persone interessate senza alcuna limitazione.
8. Piano Nazionale per le Misure Alternative alla detenzione sia terapeutiche che sociali prevedendo l'istituzione di uffici specifici con gli operatori presso la Magistratura Ordinaria e di Sorveglianza con il coinvolgimento dell'UEPE.
 - Attivazione di Agenzie per il dopo detenzione con funzioni di accompagnamento, orientamento e supporto alle famiglie.
9. Sistema integrato di rilevazione nazionale e locale, di supporto alla valutazione delle politiche, introducendo la ricerca qualitativa, istituendo un sistema di informazione rapida in collaborazione con i consumatori.

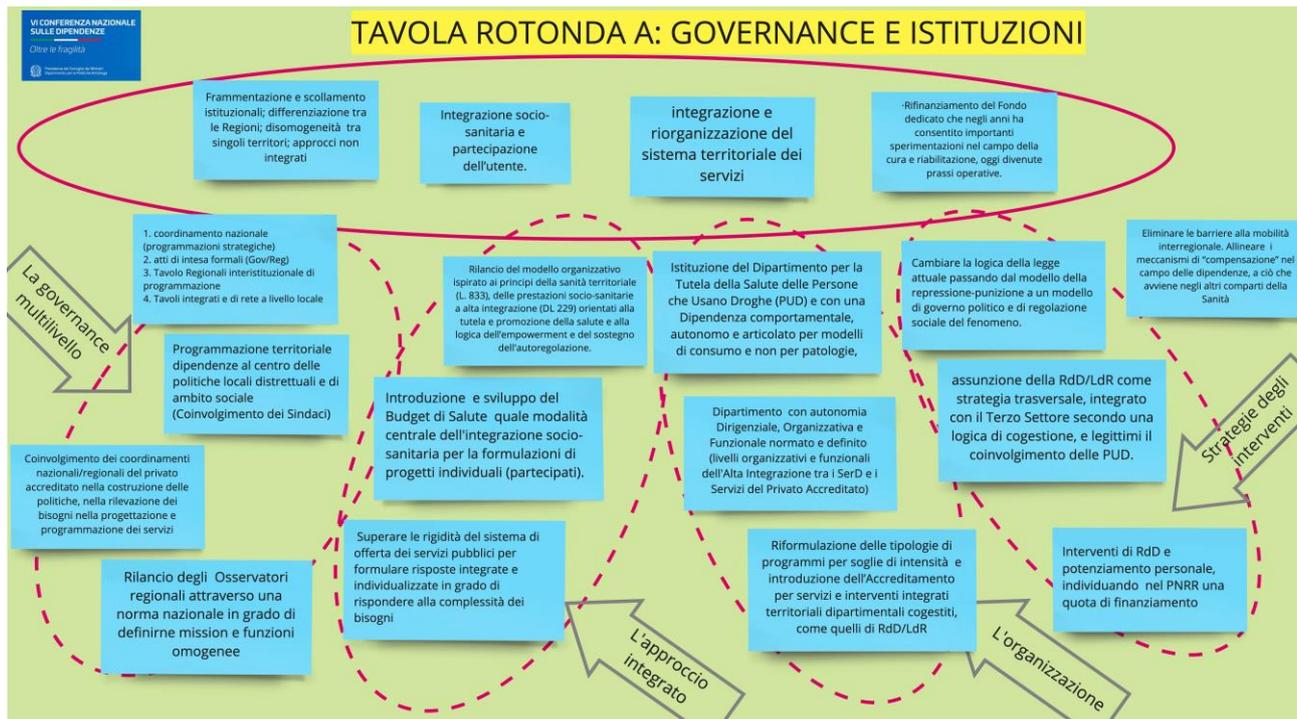
Bibliografia

- Società della Ragione, Forum Droghe, Antigone e altri: Libro Bianco sulle droghe, 2018,19,20,21
<https://www.fuoriluogo.it>
- LEA RdD, La riduzione del Danno è un Diritto, <https://www.fuoriluogo.it>
- Peter Cohen: L'imperatrice nuda: le neuroscienze moderne e il concetto di dipendenza, CEDRO 1993
- Stefano Vecchio: Quali servizi in un'ottica di decriminalizzazione del consumo di sostanze, 2020,
[//www.fuoriluogo.it/author/stefano-vecchio](https://www.fuoriluogo.it/author/stefano-vecchio)
- Stefano Vecchio: Verso un sistema flessibile, nomade e meticcio dei servizi per le persone che usano sostanze psicoattive, Medicina delle Dipendenze, 2015
- M:A: Zimmerman: Empowerment e partecipazione della comunità, Animazione sociale, 1999
- Norman E. Zinberg Droga, set e setting, Ed. Gruppo Abele, 2019
- Grazia Zuffa/ Susanna Ronconi Droghe e autoregolazione, Ediesse, 2017

Evoluzione delle dipendenze e innovazione del sistema dei Ser.D e delle comunità terapeutiche

6.2.7 Sintesi Tavola Rotonda A - Aspetti normativi e governance

Alla presentazione delle relazioni strutturate relative agli ambiti della prima Tavola Rotonda, ha fatto seguito una sintesi per concetti chiave da parte del moderatore.



Nonostante la ricchezza degli interventi, sia in termini di analisi delle criticità e che di nuove proposte emerse, ci sono alcuni elementi trasversali che si possono indicare relativamente al tema della *governance* e delle istituzioni:

- l'esistenza di una frammentazione e uno scollamento istituzionale, dovuto alla differenziazione tra le politiche delle varie Regioni e di una disomogeneità anche all'interno dei singoli territori regionali e degli approcci che non sono integrati.
- la necessità forte di un'integrazione socio- sanitaria connessa anche ad una partecipazione più attiva dell'utente;
- un'integrazione e una riorganizzazione del sistema territoriale dei servizi;
- la questione delle risorse dedicate, come elemento di sfondo che potrebbe consentire una riqualificazione complessiva di tutto il sistema. Negli ultimi anni, le risorse hanno consentito sia il consolidamento sia la sperimentazione nel campo della cura e riabilitazione, che oggi sono diventate prassi operative.

Evoluzione delle dipendenze e innovazione del sistema dei Ser.D e delle comunità terapeutiche

I principali temi emersi dagli interventi degli Esperti possono essere raggruppati in quattro macro – aree:

La *governance* multilivello. Tra le proposte emerse quella di un coordinamento nazionale per le programmazioni strategiche e degli atti di intesa formali (Governo/Regioni) che consentano a politiche e piani di trovare un'attuazione uniforme sul piano regionale. Si propone, inoltre, all'interno delle regioni l'implementazione di tavoli inter-istituzionali di programmazione e, a livello locale, la realizzazione di tavoli integrati e di rete che possono trovare attuazione attraverso forme di partecipazione e di coordinamento. Al centro di tutto questo si suggerisce il rilancio della programmazione territoriale, in cui le dipendenze devono diventare un elemento centrale, al pari di altri, a cui sia rivolta una forte attenzione da parte del livello politico. Si richiama, a riguardo, il ruolo politico della Conferenza dei sindaci o delle Conferenze di distretto con le varie articolazioni a livello territoriale. Risulta necessario il coinvolgimento del livello politico locale e il rilancio della programmazione territoriale e dei Piani di Zona, assieme al coinvolgimento dei coordinamenti nazionali e regionali del privato sociale accreditato nella costruzione di queste politiche, nella rilevazione dei bisogni e nella progettazione e programmazione dei servizi. Il privato sociale è, infatti, l'altro elemento, oltre al livello istituzionale, che necessariamente deve essere coinvolto per realizzare una *governance* istituzionale integrata.

A supporto di questa strategia multi-livello potrebbero essere rilanciati anche gli osservatori regionali, attraverso norme nazionali in grado di definirne la *mission* e garantire l'uniformità delle funzioni, al fine di raggiungere il livello di coordinamento auspicato.

Approccio integrato. Si propone il rilancio del modello organizzativo ispirato ai principi della sanità territoriale (L.833), delle prestazioni socio-sanitarie a alta integrazione (DL 229) orientati alla tutela e alla promozione della salute, alla logica dell'*empowerment*, ossia del coinvolgimento attivo delle persone, e del sostegno dell'autoregolazione.

Uno strumento fondamentale per realizzare ciò è rappresentato dal Budget di salute che diventa anche l'elemento strategico per poter garantire, da un lato, l'integrazione socio-sanitaria e, dall'altro, la partecipazione dei soggetti, dei diretti interessati, alla realizzazione dei propri progetti individuali.

Infine, si ritiene fondamentale il superamento di una rigidità di sistema dell'offerta dei Servizi Pubblici per formulare risposte integrate e individualizzate, in grado appunto di rispondere alla complessità dei bisogni.

Organizzazione. Un elemento condiviso e sottolineato è quello della necessità di arrivare all'istituzione di un Dipartimento per la Tutela della Salute delle Persone che Usano Droghe (PID) e con una Dipendenza comportamentale, che sia autonomo e articolato per modelli di consumo non per patologie. Un dipartimento che abbia una sua autonomia dirigenziale, organizzativa e funzionale e che sia normato e definito (quindi che abbia dei livelli organizzativi e funzionali dell'Alta Integrazione tra i Ser.D e i Servizi del Privato Sociale accreditato).

Infine, si propone una riformulazione delle tipologie di programmi per soglie intensità e l'introduzione dell'accREDITAMENTO per servizi e interventi integrati territoriali dipartimentali cogestiti, come quelli della riduzione del danno e della limitazione dei rischi.

Strategie degli interventi. Si sottolinea la necessità di modificare la logica della legge attuale passando dal modello della repressione-punizione ad un modello di governo politico e di regolazione sociale del fenomeno. Si propone, quindi, l'assunzione della riduzione del danno e della limitazione dei rischi come strategia trasversale integrata con il Terzo Settore, secondo una logica di cogestione che legittimi il coinvolgimento delle persone che usano droghe. Pertanto, per gli interventi di riduzione del danno e il potenziamento del personale dovrebbe essere prevista una quota di finanziamento nel Piano Nazionale Ripresa e Resilienza (PNRR) o, alternativamente, dovrebbero essere individuate risorse in altri contesti, al fine di strutturare questi interventi.

Infine, vi è un ulteriore elemento che il Coordinatore ha portato all'attenzione che è quello dell'eliminazione delle barriere alla mobilità interregionale e, di conseguenza, l'esigenza di allineare i meccanismi di "compensazione" nel campo delle dipendenze a ciò che avviene negli altri comparti della Sanità.

Tavola Rotonda B - I servizi



Evoluzione delle dipendenze e innovazione del sistema dei Ser.D e delle comunità terapeutiche

6.3 Tavola Rotonda B – I servizi

Nel successivo intervento il Dr. Soli introduce la seconda Tavola Rotonda dal titolo **“I servizi”** che raccoglie i seguenti interventi, riportati integralmente a seguire:

“I servizi per le dipendenze: criticità e bisogni”, Dr.ssa Denise Amerini, CGIL

“La cura delle dipendenze all'epoca delle iperdiversità”, Dr. Angelo Fioritti

“Organizzazione servizi dipendenze”, Dr. Biagio Zanfardino, Regione Campania

“I Servizi delle Dipendenze in una nuova sanità territoriale”, Dr. Alfio Lucchini, FeDerSerD

“Il sistema di cura misto”, Dr. Icro Maremmani, Università di Pisa

“Quadro normativo e *governance*”, Dr.ssa Rosanna Mariniello, Ministero della Salute

“I cambiamenti intervenuti nel fenomeno delle dipendenze richiedono urgenti riforme normative ma necessitano anche di una maggior capacità di applicazione uniforme delle norme vigenti”, Dr. Francesco Giuseppe Vismara, Comunitalia

“La revisione del DPR 309/90”, Dr.ssa Roberta Pacifici, Istituto Superiore di Sanità

“Il sistema integrato dei servizi”, Dr. Claudio Leonardi, Società Italiana Patologie da Dipendenza

6.3.1 I servizi per le dipendenze: criticità e bisogni

Relatore Denise Amerini

Abbiamo assistito, in questi anni, all'impoverimento del sistema di intervento pubblico, con sottofinanziamenti che hanno avuto conseguenze anche sulle dotazioni di personale e sulle condizioni di lavoro. I tagli hanno riguardato soprattutto i servizi territoriali, quali i Ser.D, che hanno un ruolo importantissimo nelle politiche di salute pubblica e nella prevenzione. Dal 2018 al 2019 si passa dal 6,6% al 6,4% del PIL: sotto la soglia del 6,5 definita da OCSE come livello minimo per garantire il diritto alla salute. Insieme a questo, per quanto riguarda i servizi per le dipendenze, la tendenza è stata ad un loro progressivo accorpamento e riduzione, ed anche ad un loro assorbimento nei dipartimenti per la salute mentale. Su questo, già da tempo, esprimiamo un giudizio negativo: quello per le dipendenze è un dipartimento multidisciplinare, che integra professionalità e saperi molto diversi fra loro, che necessita di un approccio specifico, integrato fra sanitario e sociale, che sfugga alle spinte sempre più marcate verso la patologizzazione e la medicalizzazione dei consumi.

Il privato sociale, che negli anni ha strutturato servizi di prossimità, di RdD, ancora oggi sconta una condizione di sperimentality, e non riesce ad uscire da quella perenne incertezza e precarietà, che ha importanti ricadute anche sulle condizioni dei lavoratori. È necessario un diverso rapporto tra Pubblico e privato sociale, che esca dalla semplice delega, per cui il Privato ha spesso avuto una funzione meramente sostitutiva, finalizzata al contenimento dei costi, e affronti seriamente il tema degli accreditamenti, riconoscendo e valorizzando interventi che prevedono competenze multidisciplinari, non strettamente sanitarie, che non possono essere valutati per *standard* di servizi e strutture.

L'inserimento nei LEA della RdD e delle dipendenze da gioco apre un nuovo capitolo anche rispetto l'innovazione dei servizi e delle pratiche, ma è indispensabile che i LEA vengano garantiti: servono un atto di indirizzo, linee guida ed adeguati finanziamenti. Serve confermare la centralità del Servizio Pubblico, sia con un potenziamento, in una logica di sistema, dei dipartimenti e dei Ser.D, sia attraverso una forte integrazione con la rete del privato sociale, che in questi anni ha garantito, spesso con grandi difficoltà, interventi di prossimità altrimenti impossibili. E' necessario che i Dipartimenti siano articolati in una rete plurale di servizi in grado di rispondere ai nuovi modelli e *setting* di consumo, recuperando lo spirito che li ha istituiti, quali servizi di alta integrazione sociosanitaria a dimensione territoriale. Occorre inserire strutturalmente i servizi di RdD nelle prestazioni, ripensare i rapporti fra Servizio Pubblico e Privato Sociale, superando il vecchio sistema basato su Ser.D/Comunità, potenziando e facendo uscire dalla sperimentality e dallo status di 'progetto' servizi che, fino ad oggi, hanno continuato ad operare per proroghe o autorizzazioni all'esercizio. È necessario intervenire sul sistema degli affidamenti e degli accreditamenti, con una particolare attenzione agli operatori, alle qualifiche richieste, e alla formazione. Ad oggi, si accreditano strutture e servizi, mentre la RdD è altro: è un approccio complessivo che permette di andare oltre il modello ambulatoriale/residenziale, oggi in crisi. La forma dipartimentale è la più adatta al governo del sistema.

Evoluzione delle dipendenze e innovazione del sistema dei Ser.D e delle comunità terapeutiche

La crisi economica degli ultimi anni ha ulteriormente aggravato il cronico sottofinanziamento del settore, che ha una sua drammatica peculiarità rispetto alla generale compressione della spesa sociale e sanitaria. Abbiamo più volte avanzato la rivendicazione di un aumento del finanziamento vincolato a questo settore fino al 2% del Fabbisogno sanitario nazionale. Il Fondo nazionale ex L.45/99 oggi si aggira intorno allo 0,9 - 1 %. Una pressione per la conquista di un livello di finanziamento percentuale superiore all'attuale avrebbe un forte significato politico.

Servono servizi che fanno prevenzione: distribuzione di materiale, di siringhe, di acqua distillata e di cartine, analisi delle sostanze, stanze per il consumo controllato. La RdD, i servizi di prossimità, possono evitare le morti per overdose, tutelare la salute delle persone più fragili, sviluppare interventi anche nei confronti delle nuove dipendenze, come quella da gioco d'azzardo: sono un presidio di salute pubblica.

È quindi necessario intervenire, anche attraverso la completa depenalizzazione dell'uso personale e la regolamentazione legale della cannabis, modificando profondamente la L. 309/90, che ha dimostrato (come documentato dai libri bianchi) il fallimento di politiche basate su logiche puramente repressive, di guerra alla droga, ed ha condizionato anche l'attività dei servizi, permettendo così la loro necessaria riorganizzazione nell'ottica della tutela e della promozione della salute delle persone.

6.3.2 La cura delle dipendenze all'epoca delle iperdiversità

relatore Angelo Fioritti

Negli ultimi tre decenni, parallelamente alle trasformazioni nei consumi, anche i problemi di dipendenza sono andati modificandosi divenendo polimorfi, diversificati e trasversali ad ogni classe sociale e ad ogni contesto socio-culturale. Come per altri fenomeni sociali di carattere globale, anche nelle dipendenze siamo entrati nell'epoca delle iperdiversità. Al netto delle necessarie attività di repressione della diffusione delle sostanze illecite e di prevenzione, ciò richiede per i sistemi di cura un approccio clinico e psicosociale fortemente individualizzato. Va rafforzata e consolidata una clinica delle dipendenze che valorizzi gli aspetti fisici, psicologici, psicopatologici, sociali e culturali delle persone con dipendenza.

Ciò riguarda sia la fase valutativo-diagnostica che quella terapeutica-riabilitativa. Entrambe richiedono team e percorsi multidisciplinari, multiprofessionali e trasversali alle istituzioni sanitarie, sociali, educative ed eventualmente giudiziarie coinvolte.

Sul lato sanitario sono necessarie competenze mediche di carattere internistico, tossicologico, infettivologico, psichiatrico, nonché importanti competenze psicologiche, assistenziali ed educative. E' necessario promuovere una cultura della cura delle dipendenze che interessi tutto l'ambito sanitario, dai MMG ai Pronto Soccorso, dai servizi di salute mentale ai servizi di prevenzione. Ed è quanto mai necessario attivare formazioni professionalizzanti e specialistiche per poter avere una nuova generazione di clinici delle dipendenze pronti a raccogliere le sfide della iperdiversità.

I modelli organizzativi che le regioni italiane hanno adottato in materia di servizi e percorsi per le dipendenze sono quanto mai vari, anche se nella maggior parte dei casi si registra un notevole depauperamento di risorse che rende chiaramente insufficiente la specificità e la intensità degli interventi. Le diversità non riguardano solo la collocazione dei servizi Ser.D nelle macroarticolazioni aziendali (Dipartimenti autonomi, DSM, distretti, DCP etc...), ma più in generale la complessiva articolazione del sistema pubblico/privato ed i meccanismi di collegamento tra i settori Pubblici e Privati accreditati delle dipendenze, della salute mentale e della medicina interna. La grande variabilità dei modelli organizzativi ne rende per altro possibile una accurata valutazione comparativa che possa indicare quali garantiscono i migliori parametri di accesso, specificità, intensità di cura, globalità di presa in carico, esiti clinici e psicosociali. Tale valutazione consentirebbe tra l'altro di identificare *standard* organizzativi, di risorse e qualità, quanto mai necessari nel momento in cui tutta la sanità territoriale è in una fase di profonda riorganizzazione legata al post-pandemia ed alla realizzazione del PNRR. L'attività degli Osservatori epidemiologici provinciali e regionali, già attivi in una parte minoritaria dei contesti locali, è requisito preliminare alla conduzione di tali comparazioni.

In una prospettiva di innovazione riveste particolare importanza il tema dell'accesso. In epoca di iperdiversità sempre più persone con dipendenza incontrano resistenze e difficoltà di vario genere ad accedere a servizi generalisti e pongono la necessità di avere porte di ingresso facilitate e percorsi di trattamento specifici: tossicodipendenze "tradizionali", dipendenze ad "alto funzionamento", alcoldipendenze, dipendenze comportamentali, *under 25*.

La personalizzazione degli interventi attiene sia la sfera clinica che quella psicosociale, nella quale le sperimentazioni condotte in vari contesti locali con la metodologia del Budget di salute ha dato risultati molto promettenti. Ma riguarda anche parimenti la diversificazione degli interventi del Privato accreditato e del Terzo Settore, nel quale vanno sostenuti e promossi i primi movimenti di autorappresentazione di utenti e familiari nei contesti consultivi e decisionali.

6.3.3 Il sistema integrato dei servizi

Claudio Leonardi

Gli scenari sono completamente mutati e il Sistema dei Servizi per le Dipendenze ha bisogno che si adegui a tali cambiamenti e colga l'attualità delle domande.

Il lavoro normativo si fonda su tre elementi di base: la *Governance*, il Processo Integrato di presa in carico globale della persona e le Risorse.

Per quanto riguarda la *Governance* del sistema, è necessario ragionare su un modello duale capace di garantire la priorità delle scelte di indirizzo così come previsto dalla legge 45/99.

Il disegno di *Governance* duale politico/tecnico, dovrà consentire la proposizione, di indirizzi e Linee Guida capaci di superare l'attuale eccessiva frammentazione e difformità di intervento tra le diverse regioni.

Ma l'innovazione più rilevante e necessaria è quella relativa alla modifica del DPR 309/90: il processo integrato di presa in carico globale.

Negli anni il sistema di intervento si è tarato sempre più su un livello prestazionale per singola fase: prevenzione universale, selettiva, e indicata (presa in carico iniziale, disintossicazione, cura e riabilitazione, reinserimento sociale e lavorativo) perdendo progressivamente di vista la complessità multidisciplinare dell'intervento.

Eppure le dipendenze rappresentano forse la problematica che maggiormente necessita di un intervento integrato, sociale e sanitario, differenziato in termini di obiettivi ed azioni tra le diverse fasi di un processo, che però va inteso come unico ed indivisibile, oltre che individuale e specifico per ciascuna persona.

Un elemento che ritengo rilevante, oltre che ormai irrinunciabile, è la previsione di una normativa che tenga conto dell'intero mondo delle dipendenze e non solo di quelle da sostanze.

Ultimo fondamento, ma certo non meno rilevante dei precedenti, è la questione delle risorse.

Abbiamo piena consapevolezza, infatti, che negli anni le risorse destinate al sistema di cura e riabilitazione, si sono progressivamente ridotte, rispetto agli ampi interventi inizialmente previsti dalla Legge 45/99 al punto da divenire oggi totalmente insufficienti.

Emblematica in tal senso è la nota vicenda dell'azzeramento del fondo previsto dalla 45/99 all'art. 127 e interamente confluito nel Fondo indistinto delle Politiche Sociali a seguito dell'approvazione della L.328/2000.

Il rifinanziamento di quel fondo, che negli anni ha garantito percorsi di prevenzione, inserimento socio-lavorativo ed ha consentito sperimentazioni importanti nel campo della cura e della riabilitazione, oggi divenute prassi operative, rappresenta in questo momento una necessità imprescindibile, per un reale rilancio della sfida alle dipendenze.

Un altro punto importante che viene affrontando nella revisione è il personale.

E' notorio che nei Servizi Pubblici, il numero di professionisti dappertutto è al di sotto delle piante organiche previste dal Decreto 30 novembre 1990. Ormai in tutta la penisola c'è il tentativo di smantellare la rete dei Servizi, gli accorpamenti con i Dipartimenti di Psichiatria aumentano sempre di più, in questa marasma di

Evoluzione delle dipendenze e innovazione del sistema dei Ser.D e delle comunità terapeutiche

tagli le prime strutture ad essere eliminate sono le UUOCC, UUOOS e UUOOSD Ser.D. Sono anni ormai che concorsi non se ne fanno e si tenta di accorpate sempre più Servizi per la mancanza di personale, così facendo arriveremo ad esaurire tutto il personale e il passaggio automatico della disciplina nella psichiatria sarà un dato di fatto. Pertanto nella revisione è necessario affrontare il problema del personale con una sorta di riproposizione della Legge 45/99 o Legge Lumia per un accesso facilitato del personale nei Servizi e nelle funzioni apicali e siamo sicuri che le Regioni vorranno collaborare non utilizzando il Titolo V della costituzione così come è stato fatto con il ricorso alla Corte costituzionale, il 13 marzo 2003 dove è stato annullato il decreto ministeriale 14 giugno 2002, recante “Disposizioni di principio sull'organizzazione e sul funzionamento dei servizi per le tossicodipendenze delle aziende sanitarie locali - Ser.T, di cui al decreto ministeriale 30 novembre 1990, n. 444”.

Infine sarebbe necessario occuparsi dell'introduzione in Italia della disciplina delle Dipendenze. Numerosissimi studi in letteratura, indicano che ancora oggi ci sono molte zone d'ombra per le patologie delle Addizioni ed una patologia così difficile da trattare richiede sempre che la formazione sia specifica e l'aggiornamento continuo sia costante per la formazione dei professionisti del settore. Siamo consapevoli che l'*Addiction* è tuttora una disciplina giovane e molto c'è ancora da fare per riuscire a comprendere i meccanismi sottesi alla malattia. Quindi nel campo sanitario la sfida in atto richiede una disciplina ad hoc.

Pertanto è davvero incomprensibile che a 30 anni dal Testo Unico sulle Tossicodipendenze Legge 309/90 e successive modifiche non esiste ancora la disciplina specifica.

6.3.4 I Servizi delle Dipendenze in una nuova sanità territoriale.

Relatore Alfio Lucchini

Nella discussione preparatoria di questa VI Conferenza nazionale il tema del mio contributo ha trovato grande interesse.

Il termine innovazione trova senso valutando i bisogni storici persistenti nella operatività del sistema dei servizi, le nuove realtà e linee di intervento evidenziabili o in sviluppo secondo dati epidemiologici o previsionali. Rimando a documenti di riferimento per l'analisi dei cambiamenti nelle dipendenze. (1)

Da qui parte la necessità di riorganizzare i Servizi nella nuova sanità territoriale prevista dal PNRR. (2)(3)

Necessità agilità e flessibilità di intervento dei Servizi, per una presa in carico precoce, con modifica del modello lavorativo.

Necessari chiarimenti normativi alle regole del pubblico impiego per consentire un lavoro idoneo in luoghi e tempi.

Il modello multidisciplinare di presa in carico è vincente, quasi esclusivo dell'area delle dipendenze, ma deve essere curato. La carenza di risorse umane lo rende sempre più difficile da perseguire.

Necessità un maggiore investimento in formazione, la obbligatorietà della supervisione clinica ed organizzativa dei Servizi, una migliore definizione dei compiti del *case manager* per ogni paziente.

Bisogna finalizzare e utilizzare le nuove opportunità e gli investimenti in sanità pubblica previsti dal PNRR.

Il sistema socio sanitario territoriale è da rifondare e al suo interno la collocazione dei Servizi delle Dipendenze è ancora da definire. Le indicazioni del PNRR e i documenti applicativi quali quelli di AGENAS (4) ribadiscono la collocazione territoriale delle Dipendenze.

La collocazione nelle nuove strutture previste, quali le Case di Comunità, appare come raccomandazione, da discutere e valutare. (5)

In una fase con spinte istituzionali verso il cambiamento e l'innovazione, nonché di revisioni legislative regionali e nazionali, i Ser.D devono essere sempre più adeguati ai cambiamenti del fenomeno e del contesto d'intervento, con posizioni più proattive e meno conservatrici. I Servizi per le Dipendenze devono riconoscersi e farsi riconoscere un ruolo da protagonisti, accettando la sfida della contaminazione dei saperi e delle competenze. I Ser.D possono assumere un ruolo di guida nella realizzazione della nuova sanità territoriale. (6)

La valutazione e lo sviluppo del modello dipartimentale ne è parte essenziale.

Sul Dipartimento delle Dipendenze con Intesa Stato Regioni del 1999 venne indicata la forma dipartimentale come la più adeguata per la complessità che il tema droga richiama. (7)

La nuova prospettiva territoriale della sanità pubblica si basa sulla capacità di operare con maggiore prossimità e deve rivalutare questa indicazione, tenendo conto delle competenze dello Stato e fondamentali delle Regioni, studiando la migliore forma organizzativa di management.

Dopo l'Intesa del 1999 almeno 15 Regioni istituirono i Dipartimenti delle Dipendenze; ad oggi in metà sono ancora autonomi, in altrettante Regioni sono compresi in un Dipartimento con la Salute mentale, nelle

Evoluzione delle dipendenze e innovazione del sistema dei Ser.D e delle comunità terapeutiche

restanti i Servizi sono distrettualizzati in varie forme: il modello dipartimentale è ritenuto comunque il più idoneo.

La complessità è riconosciuta, infatti i Ser.D devono rapportarsi con Enti Locali, privato sociale, volontariato, agenzie formative e del lavoro, cooperazione sociale e di reinserimento.

E poi i rapporti strutturati tra gli altri con rete ospedaliera, Scuola, Prefettura, Magistratura, Forze dell'Ordine, che ne fanno un'area assolutamente unica per necessità di programmazione dalla prevenzione alla riabilitazione e per una *governance* allargata e dipartimentale.

Lo sviluppo di Dipartimenti di Salute mentale e delle Dipendenze in Regioni fondamentali viene spiegato con ragioni organizzative e scientifiche. Lo sviluppo del territorio che la Pandemia Covid chiede di perseguire richiede filiere snelle, omogenee, riconoscibili, con forme organizzative non ingessate nè troppo spurie; molte competenze di sanità pubblica delle dipendenze appaiono estranee alla psichiatria, come poco curati sono aspetti sempre più centrali per le Dipendenze legati alla medicina interna e alla infettivologia.

In alcologia le società scientifiche (FeDerSerD, SITD e SIA) chiedono in un documento in pubblicazione di ribadire la collocazione del settore nel Dipartimento delle Dipendenze.

Quindi, anche se importanti sono le affinità scientifiche con la Salute mentale, il modello autonomo appare il migliore e auspicabile.

Infine segnalo il documento FeDerSerD – FICT – CNCA del 2003 sul Dipartimento delle Dipendenze, discusso nel Paese e in sede istituzionale, e il documento di sviluppo operativo del Dipartimento delle Dipendenze approvato alla V Conferenza nazionale di Trieste, presentato da DPA, FeDerSerD, FICT, CNCA, Università Bocconi.(8), a cui seguirono progetti nazionali specifici (9).

Dovuto è un aggiornamento della Intesa Stato Regioni.

Modifiche al TU 309/90 sui punti esaminati in questo contributo (10)

Bibliografia

- (1) Report europei; relazioni annuali al parlamento italiano; progetto Status Quo 2.0 sulla *governance* e management dei sistemi delle dipendenze prodotto dal DPA; studio CREA Sanità su realtà dei servizi, prestazioni, costi/benefici; documenti e pubblicazioni di FeDerSerD relativi a realtà dei servizi, organizzazione, costi/benefici, programmazione ed evoluzione sociosanitaria. www.federserd.it
- (2) FeDerSerD e Recovery Fund: Priorità e Proposte operative per i Servizi delle Dipendenze. Editoriale di FeDerSerD su Italian Quarterly Journal of Addiction, Mission, n. 54. Franco Angeli Editore, Milano, ottobre 2020.
- (3) Rilancio dell'Italia. Una nuova stagione per i Servizi delle Dipendenze. Editoriale di FeDerSerD su Italian Quarterly Journal of Addiction, Mission, numero 55. Franco Angeli Editore, Milano, giugno 2021.
- (4) Modelli e standard per lo sviluppo dell'Assistenza Territoriale nel Sistema Sanitario Nazionale- AGENAS – www.quotidiano.sanita.it, 30 luglio 2021
- (5) I Ser.D e i Dipartimenti delle Dipendenze in una sanità territoriale da rifondare. Quotidiano Sanità, 31 agosto 2021. www.federserd.it

Evoluzione delle dipendenze e innovazione del sistema dei Ser.D e delle comunità terapeutiche

- (6) Cozzolino E. Nuove formulazioni, personalizzazione delle terapie, protagonismo dei pazienti, Recovery e nuove organizzazioni: scenari di cambiamento dei Ser.D nel rilancio della medicina territoriale. Relazione al webinar FeDerSerD, 28-29 settembre 2021, www.federserd.it
- (7) Accordo di cui al provvedimento 21 gennaio 1999 (pubbl. sulla G.U. n. 61 del 15 marzo 1999). Accordo Stato-Regioni per la "Riorganizzazione del sistema di assistenza ai tossicodipendenti" (repertorio atti n. 593)
- (8) Documenti V Conferenza Nazionale sulle Politiche Antidroga e sintesi degli orientamenti espressi dagli operatori nella V Conferenza Nazionale sulle Politiche Antidroga - Trieste 12-14 marzo 2009. Presidenza Consiglio dei Ministri - DPA. www.politicheantidroga.gov.it
- (9) Progetto INTEGRA 2010 – Continuità assistenziale ed integrazione nei Dipartimenti delle Dipendenze: modelli avanzati di risposta ad un fenomeno in cambiamento. DPA – ASL Milano 2.
- (10) Lucchini A. Testo Unico 309/90: i cambiamenti per Servizi del terzo millennio, relazione al webinar introduttivo al IX congresso nazionale di FeDerSerD, 13 novembre 2020. www.federserd.it

6.3.5 Il sistema di cura misto

Icro Maremmani

Emarginazione o degrado sociale/culturale non sembrano più essere le caratteristiche distintive del paziente con Disturbo da Uso di Eroina.

Negli ultimi 40 anni molti cambiamenti cognitivi sono avvenuti nelle famiglie con figli affetti dalla malattia. Le famiglie hanno imparato, spesso attraverso il dolore, che la dipendenza è una malattia cronica, mortale e che familiari e persone amiche sono una risorsa molto importante del piano di trattamento.

Dopo 50 anni di esperienza il trattamento di mantenimento con agonisti oppiacei è in grado di controllare la malattia, le sue conseguenze e di migliorare le condizioni psico-fisiche e sociali del paziente. Da una ventina d'anni al metadone è stata affiancata la buprenorfina, che presenta, da un punto di vista pratico, una serie di vantaggi che la rendono utilizzabile anche da parte del medico di medicina generale, qualora associata al naloxone, che ne riduce la possibilità di un uso scorretto. Le formulazioni depot, riducono lo stigma dei trattamenti prolungati ed aboliscono di fatto la possibilità di un mercato grigio.

Gli interventi di "riduzione del danno" non devono essere considerati in modo ideologico, in contrapposizione con la prospettiva del trattamento delle dipendenze. Riduzione del danno e trattamento sono strategie complementari. E' ragionevole concepire la riduzione del danno come un livello della strategia terapeutica, in piena integrazione con le finalità terapeutiche.

Nel passato l'approccio non scientifico ha dominato la scena dell'inquadramento clinico e del trattamento, ma attualmente, la dipendenza patologica è vista alla stregua di tutte le altre malattie croniche ad andamento recidivante e per il suo trattamento si invocano gli stessi principi utilizzati per le altre malattie. Una segregazione dei luoghi di cura per questi pazienti, che ha portato ad un totale disimpegno scientifico ed assistenziale in questo delicato settore, non è più sostenibile e l'integrazione con altre strutture mediche va realizzata.

Le ragioni per una forte appartenenza della dipendenza patologica alla disciplina psichiatrica esistono e, in una prospettiva futura, il sapere proprio dall'addictologia dovrà essere completato con il sapere psichiatrico non solo durante gli studi medici di base e specialistici, ma dovrà diventare patrimonio comune di chiunque si accinga al trattamento delle dipendenze.

I diversi sistemi di intervento si stanno sempre più interrogando su come poter implementare la possibilità di accesso ai trattamenti a nuovi pazienti, su come migliorare la qualità di vita dei pazienti già in carico ai Servizi e su come re-indirizzare verso i "normali canali di cura" i pazienti che ormai sono in fase di remissione prolungata. Gli obiettivi terapeutici da raggiungere nella cura della dipendenza da eroina non sono più esclusivamente rappresentati dalla mera riduzione dell'uso della sostanza e/o la riduzione della mortalità.

La sfida della Medicina Generale è quella di ricavarci un ruolo definito nell'intercettazione e nella gestione di questi problemi che sempre più si configurano come malattie croniche. L'optimum dell'integrazione dovrebbe essere assicurato da un sistema a matrice ortogonale dove ciascuna unità operativa è collocata contemporaneamente nel Distretto e nel Dipartimento.

Evoluzione delle dipendenze e innovazione del sistema dei Ser.D e delle comunità terapeutiche

Il Sistema di Cura Misto ha ripetutamente dimostrato di essere una alternativa costo-efficace per la gestione di questi pazienti.

La conduzione a regime di una modalità assistenziale idonea ad assicurare l'integrazione e continuità delle cure implica comunque l'adozione di scelte di livello normativo e regolamentare che risolvano criticità generali relative alle forme di integrazione orizzontale.

Nel futuro prossimo è possibile prevedere un'organizzazione dell'assistenza agli eroinomani che tenga conto delle mutate condizioni cliniche e possibilità terapeutiche. Come per tutte le altre discipline mediche l'assistenza andrà organizzata per livelli di intervento con l'utilizzo dei principi generali di trattamento delle malattie croniche. I pazienti dipendenti dovrebbero essere trattati il più normalmente possibile. Il medico di medicina generale opererà di raccordo fra la popolazione generale ed i centri specialistici. I servizi specialistici opereranno come strutture ambulatoriali e come strutture di ricovero attraverso convenzioni con le Comunità Terapeutiche e le proiezioni Ospedaliere. L'Università opererà nell'assistenza di 3 livello con specifici servizi ambulatoriali e di ricovero per i pazienti resistenti e nella trasmissione del sapere. Non stiamo parlando d'altro che di mutuare anche in un paese evoluto e civile come l'Italia un modello efficace ed esistente già praticato in buona parte del mondo chiamato *Shared Care Model* (Sistema di Cura Misto), che potrebbe realizzarsi solo grazie all'investimento nella disponibilità di una rete di assistenza articolata e integrata nelle sue componenti sanitarie e sociali.

6.3.6 Quadro normativo e governance

Relatore Rosanna Mariniello

Nelle note di aggiornamento al DEF 2021, si legge: “Con la prossima Legge di Bilancio 2022-2024 sarà rafforzato il sistema sanitario nazionale, al fine di migliorare l'accesso alle cure e incoraggiare la prevenzione”. Se i provvedimenti di contenimento della spesa pubblica potrebbero essersi rivelati più limitanti per il sistema delle dipendenze - in quanto articolato attraverso veri e propri servizi solo a partire dagli anni 90 del secolo scorso - è pur vero che la domanda di prestazioni per questi bisogni ha registrato un incremento, una evoluzione e diversificazione del fenomeno. Affinché possano essere evidenziate al policy maker, strategie di intervento attuali ed efficaci, oltre alla conoscenza della capacità di offerta, è necessario esaminare in modo complessivo lo sviluppo del fenomeno relativo al consumo, alla diversificazione degli stili e degli ambienti d'uso e ai diversi *target* di utenza. L'introduzione di nuove dipendenze, la lista sempre più lunga di sostanze utilizzate precocemente, la prevalenza di consumatori in età avanzata e in trattamento da lungo tempo, i differenti livelli di rischio e di danno, l'accresciuta sensibilità sociale, richiedono una lettura diversa che possa produrre risposte a questi bisogni. Il capo IV del DPCM LEA 2017, dedica gli artt 28 e 35, all'assistenza delle persone con dipendenze patologiche, inserendo fra le prestazioni da garantire, la riduzione del danno, vista come approccio di lettura dei consumi e conseguentemente di intervento. Dopo qualche anno da questa previsione, la riduzione del danno dovrebbe sempre più svilupparsi e acquisire spazio nella quotidianità dei servizi. Per “leggere” le soluzioni organizzative approntate nei vari contesti territoriali, è necessaria una implementazione dei flussi informativi nazionali che rilevi le soluzioni adottate e gli interventi innovativi progettati. Occorre dotare l'amministrazione, a livello centrale, di strumenti per rilevare queste offerte di intervento, sia per valutare la loro efficacia e il loro costrutto sociale, preventivo, assistenziale e terapeutico, sia per diffondere in termini di buone pratiche i progetti realizzati in altre parti del territorio nazionale. Nel PNP 20-25, si segnala che a livello regionale e locale sono state attivate prassi efficaci, anche a carattere innovativo, dalle quali potrebbero discendere modelli definiti, da diffondere secondo criteri di uniformità ed equità. Nell'immediato, è in corso una istruttoria propedeutica alla definizione di uno specifico adempimento a fini informativi da inserire nel questionario LEA, al fine di rilevare ulteriori dati quali-quantitativi e di organizzazione. La previsione di uno specifico adempimento può consentire il monitoraggio delle azioni messe in campo sul territorio, necessario agli interventi di programmazione sanitaria, che richiedono una sempre maggiore correlazione con le azioni e con le risorse di altri settori. I luoghi dell'integrazione socio-sanitaria sono i distretti, che operano con i Comuni associati nei cosiddetti ambiti sociali (art. 8 della legge 328/00). Nell'ultimo Patto per la Salute 19-21, si individua l'area delle dipendenze patologiche fra quelle nelle quali occorre potenziare politiche di intervento. L'articolo 1 del dL. 34/2020, stanziava nuove risorse per l'assistenza territoriale, fra le quali sono inclusi interventi per tutte le aree di fragilità del Capo IV del DPCM LEA, comprese assunzioni di figure professionali quali assistenti sociali e psicologi. Con la grande stagione di riforme prevista nel PNRR, si prevede un riordino dell'assistenza territoriale che parte dai distretti e comprende la sfida di riorganizzare la medicina territoriale per una sanità più vicina alle esigenze del singolo assistito. Il piano prevede un rafforzamento della prevenzione e dell'assistenza sul territorio, con l'integrazione tra reti di prossimità e strutture intermedie, anche attraverso lo sviluppo della telemedicina. Soluzioni tecnologiche innovative potrebbero essere prospettate per gestire i trattamenti delle persone con dipendenze. Questi investimenti contribuiranno a risolvere una serie di criticità, quali le disomogeneità territoriali, l'inadeguata integrazione dei servizi ospedalieri, territoriali e sociali, la scarsa capacità di conseguire sinergie nelle risposte a bisogni complessi che richiedono, come per le dipendenze, una gamma completa di offerte e di supporto. La messa in rete, l'innovazione tecnologica e il potenziamento organizzativo, contribuiranno a costruire la necessaria sinergia fra i Dipartimenti competenti e potranno

Evoluzione delle dipendenze e innovazione del sistema dei Ser.D e delle comunità terapeutiche

risultare utili a migliorare la capacità di attrazione, la capacità di ritenzione in trattamento e l'aderenza. Il nuovo quadro operativo nascente dalla riforma fornirà gli strumenti di *governance* per analizzare e monitorare il fenomeno, rilevando i cambiamenti in atto rispetto ai consumi, alle caratteristiche dei consumatori/assuntori, fornendo supporti informativi utili alla programmazione.

6.3.7 La revisione del DPR 309/90

Relatore Roberta Pacifici

Lo scenario in continua e veloce evoluzione delle dipendenze, certamente un problema di salute pubblica, rende indispensabile una rivisitazione del DPR 309/90 che ha avuto ed ha il grande merito di aver introdotto il principio della centralità della persona. D'altra parte la complessità e la diffusione delle dipendenze necessita di un intervento con una visione olistica, personalizzata e di presa in carico globale dall'intercettazione precoce al reinserimento sociale e lavorativo.

I punti critici principali che richiedono un intervento urgente riguardano:

- 1) La terminologia che non tiene conto della comparsa delle dipendenze comportamentali oltre che da sostanze;
- 2) L'esigenza di identificare i principali danni o fattori di rischio che aiutino a chiarire gli indirizzi da seguire in un'ottica di promozione e tutela della salute di una collettività. A tale scopo è necessario disporre di un Osservatorio Permanente che monitori gli indicatori diretti ed indiretti del fenomeno, che si avvalga di equipe multidisciplinari e che sia in grado di fornire la fotografia del fenomeno stesso in tempo reale. Infatti, spesso la velocità con cui il fenomeno si evolve rende obsoleti e non incisivi i dati epidemiologici anche solo vecchi di 1-2 anni;
- 3) Il fenomeno delle poli-dipendenze (da sostanze e comportamentali), la presenza di comorbilità psichiatrica e infettivologica richiede un'importante revisione relativa al personale in termini di numero di professionisti, loro specializzazione e aggiornamento continuo;
- 4) La frammentazione e la difformità degli interventi e delle performance dei Servizi tra le diverse regioni necessita di indirizzi e Linee Guida che, nel rispetto delle autonomie regionali, aiutino al superamento di questa importante iniquità;
- 5) Molto è ancora da comprendere del complesso fenomeno delle Dipendenze e una disciplina Medica dell'*Addiction* è necessaria e auspicabile. La Medicina delle Dipendenze andrebbe inserita tra le specializzazioni che rientrano nella Medicina Preventiva.

6.3.8 I cambiamenti intervenuti nel fenomeno delle dipendenze richiedono urgenti riforme normative ma necessitano anche di una maggior capacità di applicazione uniforme delle norme vigenti.

Relatore Francesco Giuseppe Vismara

I servizi per le dipendenze sono normati dal DPR 309/90 e dalle seguenti norme connesse:

- per i Servizi Pubblici il DM 444/90, che ha istituito i Ser.T;
- per il Privato l'Atto d'Intesa Stato-Regioni del 1999.

Successivamente, con la riforma del Titolo V, ciascuna regione ha varato normative proprie, difformi tra loro negli *standard* e nelle compensazioni economiche.

Queste normative sono state varate in un periodo in cui il fenomeno era dominato dalla dipendenza da eroina con i servizi strutturati per rispondere ai bisogni di quell'utenza.

Progressivamente il fenomeno si è trasformato in una poli assunzione diffusa con un crescente consumo di cocaina che ha superato quello degli oppiacei unitamente all'incremento del consumo problematico di cannabis, di NPS e all'utilizzo di alcol trasversale a tutte le altre sostanze. Si assiste ad un continuo abbassamento dell'età di primo utilizzo e alla contigua richiesta di presa in carico di utenti sempre più giovani.

Si è ha accentuata l'incidenza di comorbilità negli utenti, incrementando il bisogno di risposte multidisciplinari.

Infine, è esploso il fenomeno delle dipendenze comportamentali con la conseguente necessità di aggiornare ulteriormente i servizi multidisciplinari.

Tutto ciò rende urgente un intervento di innovazione e riqualificazione del sistema dei Servizi, Pubblici e Privati, delle dipendenze attraverso una riforma complessiva del DPR 309/90.

Garantire autonomia organizzativa e di budget ai Ser.D con la creazione di Dipartimenti specifici prevedendo un'integrazione delle piante organiche attualmente insufficienti.

Vanno riviste le procedure di certificazione della dipendenza, ad oggi affidate totalmente alle strutture pubbliche, per consentire al privato accreditato di partecipare alla stesura della diagnosi, del progetto riabilitativo e sua durata.

Va tenuta in considerazione l'esperienza degli SMI lombardi che ha permesso al privato sociale di svolgere un ruolo equiparato a quello dei Ser.D. Questo aspetto è stato ancor più strutturato con la nuova L.R 23/2020 sulla riforma del sistema dipendenze in Regione Lombardia.

Va' garantito il diritto dell'utente a scegliere il luogo di cura su tutto il territorio nazionale, come per tutte le altre prestazioni sanitarie riconosciute nei LEA.

Le normative regionali di autorizzazione e accreditamento dei Servizi Privati devono contenere gli eccessi di *standard* sanitari rispetto alla specificità dei servizi effettivamente erogati in quanto generano inutili e costosi rallentamenti burocratici.

Si richiama la necessità di interventi strutturali in quanto l'innovazione dei servizi per le dipendenze non può prescindere anche dagli adeguamenti degli spazi necessari all'erogazione delle prestazioni, sia di natura ambulatoriale che residenziale. Per superare l'inadeguatezza di buona parte delle strutture attuali sono necessari adeguati finanziamenti che, per quanto previsti nel DPR 309/90, non vengono più stanziati dal

Evolution of dependencies and innovation of the Ser.D system and therapeutic communities

momento della soppressione del Fondo Lotta alla Droga confluito, con il varo della L. 328/2000, nel Fondo Sociale unico indistinto.

Si evidenzia l'urgenza di una normativa che regolamenti uniformemente sul territorio nazionale l'accreditamento di Comunità per minori con problemi di dipendenza tenendo conto dei maggiori e più impegnativi bisogni di questa specifica utenza (scuola, attività sportive e ricreative, etc.) attraverso un lavoro di integrazione territoriale dotato anche dei necessari fondi.

Per quanto riguarda il trattamento dei minori da parte dei Servizi Pubblici occorre garantire una differenziazione degli accessi alle prestazioni rispetto agli adulti. Inoltre è indispensabile garantire ai familiari il diritto alle previsioni della L. 104 per poter accompagnare i minori nei Servizi.

Affinché i Servizi per le dipendenze possano erogare efficacemente a pieno titolo le prestazioni inerenti le dipendenze comportamentali (GAP, internet e *sex addiction*, etc.) occorre innanzitutto integrare il DPR 309/90 includendole in aggiunta alle dipendenze da sostanze.

Facciamo presente che i servizi sino ad oggi erogati in materia di dipendenze comportamentali sono quasi tutti di natura sperimentale senza alcuna garanzia di continuità, lasciando quindi le strutture nell'incertezza organizzativa e finanziaria.

Il coinvolgimento degli utenti nei percorsi di cura è essenziale può avvenire in particolare attraverso:

- la condivisione e la responsabilizzazione dell'utente nella stesura del Piano Assistenziale ed educativo/terapeutico individualizzato;
- partecipazione dell'utente a gruppi di auto-aiuto attivati all'interno del complessivo percorso riabilitativo;
- partecipazione degli utenti con figli a percorsi di sostegno alla genitorialità (*parenting program*).

Anche il coinvolgimento dei famigliari nei percorsi di cura è importante e può avvenire attraverso:

- incontri strutturati tra servizi e genitori volti a consolidare l'alleanza terapeutica; - gruppi paralleli di auto-aiuto tra genitori.

6.3.9 Organizzazione servizi dipendenze

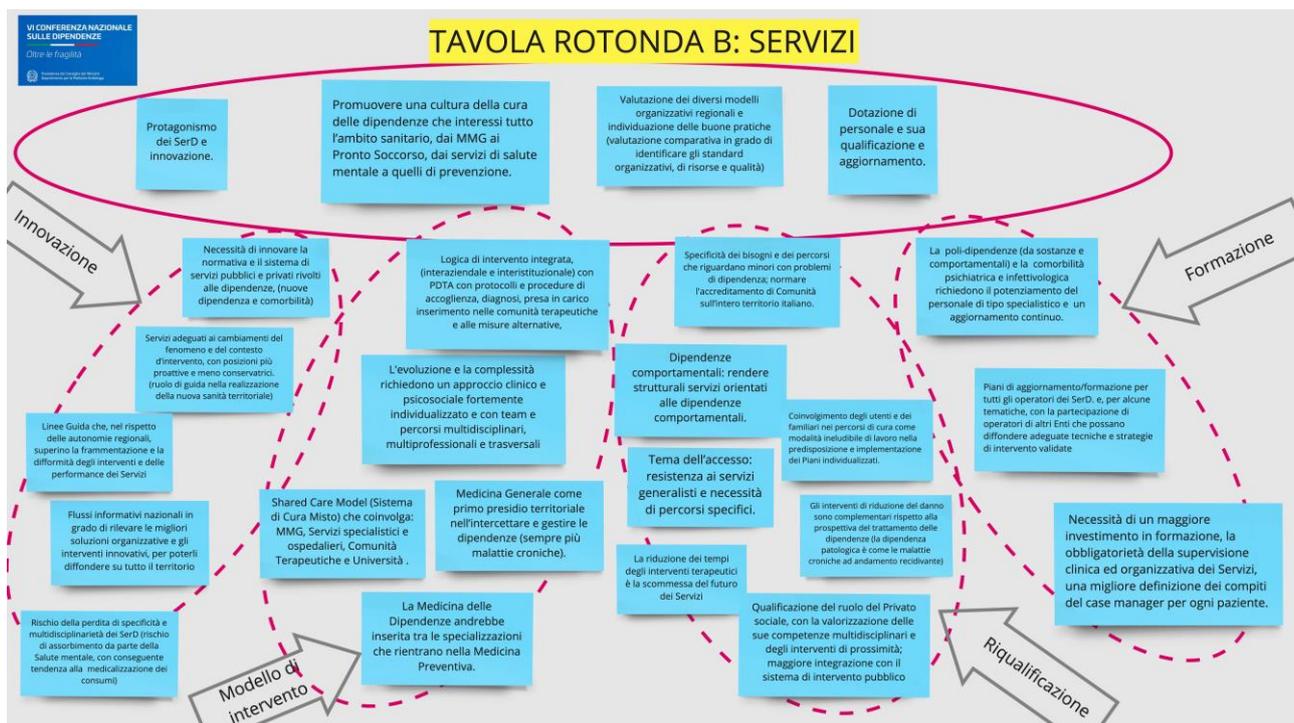
Biagio Zanfardino

Premessa la criticità strutturale legata alla carenza quali-quantitativa di personale qualificato che sia in grado di offrire risposte assistenziali idonee alla complessità ed alla continua modifica dei bisogni di salute in materia (vedi l'avanzare dei disturbi connessi alle cosiddette dipendenze comportamentali con particolare attenzione al disturbo da gioco d'azzardo) e preso atto delle diverse articolazioni nelle Regioni dell'organizzazione dei Servizi Dipendenze (Strutturali e autonomi, funzionali, integrati con la Salute Mentale, Distrettuali, ecc...), risulta necessario pensare a servizi che abbiano una logica di intervento integrata, sia intraziendale che interistituzionale, con una impostazione valutativa multidimensionale e multidisciplinare. E' fondamentale che vengano definiti ed approvati appositi PDTA in modo da definire, secondo evidenze scientifiche, specifici protocolli e procedure di accoglienza, diagnosi e presa in carico, compresi i percorsi connessi all'inserimento nelle comunità terapeutiche e alle misure alternative, garantendo l'individualizzazione degli interventi in modo da qualificare il settore e, nel contempo, rendere trasparenti ai cittadini le modalità dei Servizi dell'offerta assistenziale. L'organizzazione dei Servizi non dovrebbe riflettere meccanismi comodi per la ASL ma dovrebbe essere isomorfa alle caratteristiche di globalità e di complessità manifestate dai cittadini e dalle loro famiglie istituendo organismi interdipartimentali aziendali ed interistituzionali che possano condividere procedure, protocolli di presa in carico integrata (per esempio tra l'altro per la doppia diagnosi). Vanno previsti gruppi integrati, con la presenza di cittadini significativi e utenti, con i quali condividere percorsi sociosanitari soprattutto nell'ambito del reinserimento sociale e lavorativo oltre a riflessioni che vertano sul miglioramento dell'alleanza terapeutica. Vanno definiti appositi Piani di aggiornamento/formazione per tutti gli operatori dei Ser.D. e, per alcune tematiche, con la partecipazione di operatori di altri Enti che possano diffondere adeguate tecniche e strategie di intervento validate. Vanno istituiti appositi Osservatori con la partecipazione, tra l'altro, degli Enti privati accreditati dei Comuni singoli o associati in Ambiti Territoriali (ex legge 328/2000), le Istituzioni Scolastiche che siano in grado di leggere i segnali precoci di disagio e abbiano la capacità di mettere in rete tutti gli attori istituzionali e non per la promozione di interventi che vanno dalla prevenzione primaria al reinserimento sociolavorativo. Vanno definite apposite linee di indirizzo sulla riduzione del danno, con appositi indicatori di processo e di esito, con la finalità di rendere omogenea tale azione su tutto il territorio nazionale fermo restando le differenze regionali in termini attuativi.

Evoluzione delle dipendenze e innovazione del sistema dei Ser.D e delle comunità terapeutiche

6.3.10 Sintesi Tavola Rotonda B – I servizi

La presentazione delle relazioni strutturate relative agli ambiti della seconda Tavola Rotonda, è stata seguita dalla seguente sintesi per concetti chiave.



Gli elementi trasversali emersi relativamente al tema dei servizi sono:

- un nuovo protagonismo dei Servizi per le Dipendenze anche sul versante dell'innovazione;
- la promozione di una cultura della cura delle dipendenze che interessi tutto l'ambito sanitario, dai medici di medicina generale (MMG) ai Pronto Soccorso, dai servizi di salute mentale ai servizi di prevenzione. Si vuole realizzare, quindi, un approccio che sia complessivo e trasversale;
- la valutazione dei diversi modelli organizzativi regionali con l'individuazione di quelle che sono le prassi che funzionano, quindi una valutazione comparativa in grado di identificare gli *standard organizzativi*, le risorse e la qualità degli interventi. In questo modo è possibile consentire un confronto e anche un'eventuale replicabilità o una comparazione basata su elementi di tipo scientifico;
- la dotazione di personale e la sua qualificazione e aggiornamento.

Evoluzione delle dipendenze e innovazione del sistema dei Ser.D e delle comunità terapeutiche

Oltre a questi temi di carattere generale gli elementi principali emersi dagli interventi degli Esperti sono stati raggruppati in quattro macro-aree:

1. Innovazione. Si presenta la necessità di innovare la normativa e il sistema dei Servizi Pubblici e Privati rivolti alle dipendenze, legato all'emergere di nuove dipendenze, al fattore della comorbilità e all'esistenza di nuove anche sostanze che impongono la necessità di ripensare complessivamente la logica degli interventi. Pertanto, sono necessari servizi adeguati ai cambiamenti del fenomeno e del contesto di intervento, con posizioni più proattive, quindi servizi che vanno verso i consumatori e verso le diverse problematiche, e meno conservatrici, quindi non dalla parte degli operatori ma dalla parte delle persone, degli utenti, dei cittadini (quindi ruolo guida nella realizzazione di una nuova sanità territoriale che potrebbe essere assunto anche da parte dei Servizi delle Dipendenze).

Si auspica la realizzazione di linee guida nel rispetto delle autonomie regionali, che superino la frammentazione e la difformità degli interventi e delle *performance* dei servizi, e di flussi informativi nazionali in grado di rilevare le migliori soluzioni organizzative e gli interventi innovativi per poterli diffondere su tutto il territorio. Infine, si sottolinea il rischio della perdita di specificità e multidisciplinarietà da parte dei Ser.D che è un rischio connesso con la preoccupazione di un assorbimento da parte della salute mentale, con una conseguente medicalizzazione dei consumi e quindi anche della presa in carico.

2. Logica di intervento. La logica di intervento dovrebbe essere integrata (inter-aziendale e inter-istituzionale) con Percorsi Diagnostico Terapeutici Assistenziali (PDTA) con protocolli e procedure di accoglienza, diagnosi, presa in carico, inserimento nelle comunità terapeutiche e nelle misure alternative.

Infatti, l'evoluzione e la complessità richiedono un approccio clinico e psicosociale fortemente individualizzato e con *team* e percorsi multidisciplinari e multi-professionali di natura trasversale. Si indica come possibile strategia quella dello *Shared Care Model* (sistema di cura misto) che coinvolga i medici di medicina generale, i servizi specialistici e ospedalieri, le comunità terapeutiche e le Università. In questo ambito rientra anche il tema della mancanza di una proiezione ospedaliera delle dipendenze che potrebbe essere agganciata su questo intervento.

Inoltre, si evidenzia come la medicina generale debba essere il primo presidio territoriale ad intercettare e gestire le dipendenze (sempre più malattie croniche) e si sottolinea l'importanza del ruolo del medico di medicina generale. Infine, emerge il tema della Medicina delle Dipendenze che dovrebbe essere inserita tra le specializzazioni che rientrano nella Medicina Preventiva.

3. Riqualificazione. Relativamente al tema della specificità dei bisogni e dei percorsi che riguardano minori con problemi di dipendenza, occorre normare anche da questo punto di vista l'accreditamento di comunità sul territorio nazionale che rispondano in modo adeguato a questi bisogni.

Inoltre, emerge il tema delle dipendenze comportamentali, nei confronti delle quali occorre rendere strutturali i servizi orientati a questo tipo di dipendenze.

Si ritiene necessario il coinvolgimento degli utenti e dei familiari nei percorsi di cura come modalità ineludibile del lavoro nella predisposizione e implementazione dei piani individualizzati.

Evoluzione delle dipendenze e innovazione del sistema dei Ser.D e delle comunità terapeutiche

Inoltre, risulta rilevante il tema dell'accesso, ossia l'esigenza di rendere i servizi con soglie di accesso sempre più basse e con percorsi specifici che possano rispondere sia ai bisogni relativi alle nuove forme di dipendenza sia a particolari gruppi di popolazione (come potrebbero essere ad esempio i giovani minori con problemi di uso o abuso di sostanze).

Si auspica alla riduzione dei tempi degli interventi terapeutici, che risulta uno degli elementi che potrebbe portare a una riqualificazione dei servizi nel loro insieme, al fine di rispondere con tempi che siano certi e adeguati alle persone e ai bisogni che le persone stanno portando.

Infine, gli interventi di riduzione del danno devono diventare complementari rispetto al trattamento delle dipendenze (la dipendenza patologica è come le malattie croniche ad andamento recidivante).

In questo contesto, si inserisce anche la qualificazione del ruolo del privato sociale, con la valorizzazione delle sue competenze e approcci multidisciplinari e degli interventi. Ciò dovrebbe avvenire in un'ottica di integrazione con il pubblico.

4. Formazione. Il tema della formazione e del supporto agli operatori che nonostante non agisca su quella che è stata detta "la crisi di vocazione" può impedire un allontanamento o il cosiddetto *burn out* da parte degli operatori dando dei nuovi supporti e delle motivazioni per continuare a lavorare sul campo.

La poli-dipendenza (da sostanze comportamentali) e la comorbilità psichiatrica e infettivologica richiedono il potenziamento del personale di tipo specialistico e, quindi, anche un loro aggiornamento continuo. La formazione e l'aggiornamento sono, perciò, gli elementi sui quali dovrebbero essere investite risorse.

Si presenta l'esigenza di offrire piani di aggiornamento e formazione per tutti gli operatori dei Ser.D, che, per alcune tematiche, può avvenire con la partecipazione degli operatori di altri Enti che possono diffondere adeguate tecniche e strategie di intervento che siano validate. Si propone, quindi, in pratica una formazione che si rivolga in modo integrato tanto al Pubblico quanto al Privato Sociale accreditato.

Infine, si segnala la necessità di un maggiore investimento in formazione, di un'obbligatorietà della supervisione clinica e organizzativa dei servizi e di una migliore definizione dei compiti del *case manager* per ogni paziente.

Tavola Rotonda C - Il lavoro di cura



Evoluzione delle dipendenze e innovazione del sistema dei Ser.D e delle comunità terapeutiche

6.4 Tavola Rotonda C – Il lavoro di cura

L'ultima Tavola Rotonda introdotta dal moderatore è quella dal titolo "Il lavoro di cura" che raccoglie i seguenti interventi, riportati integralmente a seguire:

"Preso in carico globale della persona e sviluppo di percorsi multidisciplinari, il modello del Budget di salute nell'area delle dipendenze", Dr.ssa Roberta Balestra, FeDerSerD

"Dal budget di cura alla riorganizzazione dei servizi", Dr. Riccardo De Facci, Coordinamento Nazionale Comunità di Accoglienza

"Spunti per il potenziamento della presa in carico delle persone con disturbi correlati all'assunzione di sostanze psicoattive e la programmazione omogenea delle attività sanitarie a livello nazionale", Dr. Pietro Canuzzi e Dr.ssa Liliana La Sala, Ministero della Salute

"Identità, professionalità, organizzazione", Dr. Angelo Righetti

"Preso in carico globale e centralità della persona: un nuovo modello integrato di intervento nella riforma della 309/90", Dr. Luciano Squillaci, Federazione Italiana Comunità

6.4.1 Presa in carico globale della persona e sviluppo di percorsi multidisciplinari, il modello del Budget di salute nell'area delle dipendenze

Roberta Balestra

Presa in carico globale della persona e sviluppo di percorsi multidisciplinari, il modello del Budget di salute nell'area delle dipendenze

1. Budget personale di progetto: è costituito dalle risorse (finanziarie e non finanziarie) messe in campo da tutte le componenti coinvolte nel progetto terapeutico riabilitativo individualizzato (PTRI), compresa la persona e la sua famiglia.
2. Budget di salute (BdS): è la quota del budget di progetto costituita da risorse finanziarie del Sistema Sanitario Regionale e del Servizio Sociale Comunale (SSC), riconvertite per riorientare l'erogazione diretta ed indiretta degli interventi, per affrontare più efficacemente i bisogni della persona, secondo una presa in carico globale.
3. Progetto terapeutico riabilitativo individualizzato: dopo la valutazione multiprofessionale effettuata dall'équipe, viene elaborato con la persona e con i familiari, quando coinvolti. Nel caso di problemi complessi o comorbili il PTRI viene costruito con altri servizi sanitari, sociosanitari e sociali e con eventuali soggetti del contesto di vita della persona. Il PTRI viene aggiornato in base al divenire del percorso. E' fondamentale affrontare anche i determinanti non sanitari di salute, come l'abitare, la qualità delle relazioni familiari e sociali, il reddito, la scolarità, il lavoro (approccio bio-psico-sociale).

Nello specifico, il PTRI deve indicare e prevedere: la natura del bisogno; gli obiettivi e i risultati attesi; la rete attivata e l'articolazione dei diversi interventi; la durata del progetto; le modalità di verifica; i costi e la composizione del budget; il *case manager* del servizio proponente e degli altri servizi coinvolti; la sottoscrizione da parte del destinatario o di suo rappresentante; la sottoscrizione da parte del responsabile del servizio proponente e degli altri servizi coinvolti.

Gli interventi vengono assicurati in forma diretta e/o indiretta, avvalendosi dei partner coinvolti. Per rispondere a specifici bisogni a maggiore intensità e complessità (es. under 25, soggetti con patologie croniche invalidanti) è possibile attivare progetti h24 con BdS, ferma restando l'attività di presa in carico integrata con le CT, che viene ristorata con il pagamento delle rette stabilite dalla Regione.

Finalità dei PTRI con Budget di salute:

- assicurare risposte tempestive, flessibili, interdisciplinari, modulate a diversa intensità assistenziale;
- incrementare l'efficacia degli interventi attraverso la realizzazione di percorsi maggiormente personalizzati;
- garantire una reale partecipazione ed un effettivo protagonismo delle persone, delle famiglie;
- perseguire l'integrazione tra servizi sanitari, sociosanitari, sociali e della rete informale in una logica di "sistema di care territoriale";
- riconvertire e finalizzare l'utilizzo delle risorse, sperimentando soluzioni amministrative e professionali innovative;
- sperimentare nuove modalità di partenariato tra pubblico e privato, per superare la logica cliente/fornitore, verso la corresponsabilità di funzione pubblica e di sviluppo della comunità.

Tipologia degli interventi

L'intensità del progetto può variare da bassa ad altissima. Alcuni esempi di interventi:

- supporto individuale socio-educativo, territoriale, domiciliare, presso strutture residenziali o di ricovero;
- promozione della domiciliarità, affiancamento nella gestione/adequamento dell'alloggio; risposte residenziali alternative a quelle comunitarie e/o istituzionali;
- affiancamento personalizzato anche sulle 24 ore per la gestione della crisi o di impreviste criticità;
- tutoraggio personalizzato di tipo scolastico, formativo-lavorativo, anche con incentivi motivazionali;

interventi economici diretti erogati per perseguire gli obiettivi previsti nel PTRI.

Gli attori potenzialmente coinvolti sono altri servizi sanitari, sociosanitari e sociali, Pubblici e Privati, servizi del Ministero della Giustizia e dell'Interno, enti di formazione, sportelli del lavoro, imprese *profit* e *non profit*, servizi edilizia popolare, realtà sportive, culturali e religiose, ecc.

Risorse

Le risorse dei Ser.D per la sperimentazione di BdS rappresentano attualmente una criticità, in quanto carenti e spesso vincolate e difficilmente riconvertibili con scelte di management da parte del direttore della struttura. Il Ser.D deve poter contare su fonti certe di finanziamento nel proprio bilancio: risorse dedicate dal fondo sanitario regionale, risorse da riconversione di quota parte del budget disponibile; finanziamenti finalizzati progettuali e/o regionali. Non vi è accesso al Fondo per l'autonomia possibile (FAP).

Necessaria inoltre una formazione specifica per sviluppare la sperimentazione di tale strumento di lavoro nei Ser.D.

Bibliografia

E. Amato, P. Barbieri, A. Gaudio, E. Giovannini, C. Gori, F. Starace – Il Recovery Plan ricomponga

https://minguzzi.cittametropolitana.bo.it/Engine/RAServeFile.php/f/Home/BudgetdiSalute_RI_VISTO3.pdf

Friuli Venezia Giulia: art. 41 della legge regionale 6/2006; legge regionale 22/2019; DGR n. 1435/2020.

Lazio: art. 53 della legge regionale 11/2016

Campania: art. 46 della legge regionale 1/2012

Emilia Romagna: DGR 45/2016.

Toscana: DGR n. 1449 del 19 dicembre 2017.

Sicilia: Piano socio sanitario del 2017.

https://www.ctss.bo.it/Engine/RAServeFile.php/f/documenti/Ranieri_Zuttion.pdf

Livelli Essenziali di Assistenza (LEA) - DPCM 12/1/2017 (artt. 28 e 35 "Assistenza sociosanitaria alle persone con dipendenze patologiche").

6.4.2 Spunti per il potenziamento della presa in carico delle persone con disturbi correlati all'assunzione di sostanze psicoattive e la programmazione omogenea delle attività sanitarie a livello nazionale.

Pietro Canuzzi e Liliana La Sala

Le dipendenze da sostanze e comportamentali rappresentano un importante problema di sanità pubblica, di natura proteiforme e in continua evoluzione. L'assistenza alle persone tossicodipendenti, che rientra nei livelli essenziali dell'assistenza socio-sanitaria (LEA) garantiti su tutto il territorio nazionale, è assicurata da un sistema integrato di servizi che coinvolge sia il Sistema Sanitario Nazionale, attraverso i servizi per le dipendenze delle Aziende Sanitarie Locali, sia gli enti del Terzo Settore, sia il mondo del volontariato e dell'associazionismo. Il sistema dei Servizi, Pubblici e del Privato Sociale, che si occupano sia di prevenzione che di riduzione del rischio e del danno, di diagnosi, trattamento terapeutico-riabilitativo e reinserimento sociale delle persone con disturbi correlati all'assunzione di sostanze psicoattive o di comportamenti additivi, si articola, nel nostro Paese in: -servizi a bassa soglia, centri *drop-in*, unità mobili e servizi di pronta accoglienza; - servizi ambulatoriali; - servizi semi-residenziali/diurni, residenziali e specialistici.

I servizi ambulatoriali per le dipendenze, sia pubblici (Ser.D), sia Privati multidisciplinari integrati (SMI), presenti anche all'interno degli istituti penitenziari, sia in forma strutturata sia come equipe specialistica, offrono consulenza e assistenza specialistica, medico-sanitaria e psicologica attraverso l'attuazione di programmi terapeutico-riabilitativi e farmacologici rivolti sia ai consumatori sia ai familiari.

I punti che, ad avviso di questo Dicastero, necessitano di essere urgentemente affrontati sono i seguenti:

- 1) la revisione del DPR 309/90 e s.m.i. per tutte le questioni attinenti la presa in carico, la terapia e la riabilitazione dei pazienti affetti da dipendenza, comprensiva di un adeguato cambio di terminologia che vada ad evidenziare come, negli anni recenti, le dipendenze non sono più limitate al solo abuso di sostanze, ma comprendono anche una serie di comportamenti patologici (disturbo da gioco d'azzardo, *gaming*, *internet addiction* ecc.); inoltre sempre più frequenti e problematici appaiono i fenomeni di poliabuso. Infine, una riflessione attenta dovrà riguardare anche le differenze di genere e le comorbidità psichiatriche e internistiche (infettivologiche ecc.).
- 2) l'istituzione di un osservatorio per le dipendenze a livello locale (provinciale, regionale) che vada ad interfacciarsi con l'Osservatorio Nazionale del Dipartimento Politiche Antidroga;
- 3) il potenziamento e l'adeguata formazione del personale dedicato socio-sanitario, in quanto, nelle ultime decadi, si è assistito al progressivo depauperamento del personale, con conseguenti carichi di lavoro insopportabili e frequenti episodi di *burn out*;
- 4) Appare evidente che la riforma del titolo V del 2001 della Costituzione ha comportato una difformità nella programmazione delle attività sanitarie tra le varie Regioni, creando una difformità di *vision* tra le varie Regioni e a volte dentro la Regione stessa; pertanto è si rendono necessarie delle linee di indirizzo omogenee a livello nazionale (ad esempio per la questione dell'affido della terapia sostituiva)
- 5) Appare ormai inderogabile una azione di sistema che istituisca nei corsi universitari di Medicina e Chirurgia la disciplina specifica delle dipendenze.
- 6) Il sistema SIND (sistema informativo nazionale dipendenze), la cui estensione al disturbo da gioco d'azzardo e all'alcoldipendenza è già in corso, deve entrare a regime quanto prima.

6.4.3 Dal budget di cura alla riorganizzazione dei servizi

Riccardo De Facci

I dati della relazione annuale al parlamento e quelli esperienziali ed oggettivi provenienti dal lavoro nei servizi territoriali (Unità di strada, servizi di prevenzione, servizi ambulatoriali, centri diurni, comunità terapeutiche percorsi di inserimento socio-lavorativo) ci certificano ormai da anni una estrema discrepanza e distanza tra il cambiamento dei fenomeni di consumo problematico, abuso e dipendenza e l'attuale organizzazione dei servizi e della sua utenza piuttosto sclerotizzata che questi cambiamenti non li sa o non li può attrarre.

Pensiamo a quella quota maggioritaria di utenti in carico ai servizi da più di 15 anni ex/ tossicodipendenti da eroina (con età avanzata per lo più) con trattamento farmacologico ormai stabilizzato ed all'opposto il bassissimo accesso spontaneo di giovani abusatori o con consumi problematici (non più del 10% medio annuo) ed invece la forte quota dovuta ad accessi "obbligati" da tematiche legali connesse a quella dipendenza. Queste premesse sono elementi condizionanti della stessa organizzazione del lavoro di cura a partire dalle azioni di contatto ed eventuale presa in carico precoce (diminuendo i circa 8/10 anni di distanza dall'inizio del consumo problematico al momento della presa in carico) alle azioni di condivisione e risposta personalizzata, alla definizione di un percorso terapeutico dove utile e necessario o altre forme di supporto e accompagnamento per fenomeni con gravosità diversa soprattutto nelle popolazioni più giovani. *RECOVERY E BUDGET DI SALUTE* Queste premesse ci convincono per la necessità di una revisione dell'organizzazione dei servizi multifattoriale, ad alta integrazione sociosanitaria e di complementarietà tra Servizio Pubblico ed un Privato Sociale accreditato nella condivisione integrata di una funzione pubblica di salute. Tale approccio prevede quindi la necessità di costruzione di una presa in carico multidisciplinare, multifattoriale ed integrata con un passaggio da un approccio prioritariamente di "cure" ad un modello di "care" di cui il Budget di salute può essere strumento decisivo ispirato ad un processo di *Recovery* mutuato dalla salute mentale. Questo approccio territoriale vedrebbe impegnati i dipartimenti delle Dipendenze integrati con i servizi del privato sociale accreditato con i loro servizi che vanno rivisti e riscritti, in cogestione con la Cooperazione Sociale ed in collaborazione con gli utenti e i familiari o i tutori legali, il volontariato e gli altri soggetti pubblici e privati del sistema di *welfare* e della comunità, (attraverso la costituzione di unità miste di valutazione multidisciplinari) promuove l'innovazione, lo sviluppo e la realizzazione dei progetti personalizzati con BdS secondo i bisogni/problemi delle persone nelle loro diverse fasi evolutive che possono articolarsi con interventi di supporto alla fase di cura a maggior carico assistenziale, all'abitare autonomo o di *cohousing* e all'aggregazione/socialità, con attività e percorsi di formazione e d'inserimento. Prevedendo anche un allargamento dell'opportunità Budget di salute o di inclusione dai soggetti classicamente diagnosticati tossicodipendenti (attualmente per molti con gravi problematiche di esclusione sociale) ad altri *target* di utenza per alcune fasi temporali di presa in carico per le loro problematiche di consumo problematico (minori, disoccupati, persone in situazione di estrema marginalità sociale, madri con figli ecc) in cui il consumo ha avuto fasi di acuzie e problematicità di cui il sistema integrato dei servizi può farsi carico. Il Budget di salute nella sua capacità di innescare un processo di capacitazione (*Welfare* di comunità) è uno strumento organizzativo-gestionale utile alla realizzazione di programmi di cura/*care* nell'ambito di progetti di vita personalizzati in grado di garantire l'esigibilità del diritto alla salute attraverso l'attivazione di interventi sociosanitari integrati territoriali a partire dalla presa in carico (ambulatoriale e ove necessario e per fasi temporali residenziale) ed è caratterizzato da un'elevata flessibilità e si struttura nella definizione di un contratto basato sulla persona più che non sull'offerta dei servizi. Gli interventi riabilitativi e sociali, declinati nel progetto personalizzato, interessano le aree corrispondenti ai principali determinanti di salute. Base strutturale di questi percorsi e la riorganizzazione dei servizi e la coprogettazione territoriale che è una

metodologia che mira a creare le condizioni per uno sviluppo condiviso e complementare del sistema di servizi e che individua, riconosce e valorizza nuovi soggetti, quali attuatori e promotori di risposte attive a favore delle persone in situazioni di disagio ed intende funzionare anche come un progetto di innovazione della rete dei servizi e del rapporto con l'utenza e di evitare l'autoreferenzialità sia sul versante pubblico sia su quello del Privato Sociale.

Bibliografia

1. Righetti A., *I Budget di Salute e il Welfare di Comunità. Metodi e pratiche*, 2013, Editori Laterza
2. Pellegrini P., Ceroni P., Dall'Aglio R., Soncini C., *Il Budget di Salute e le politiche sanitarie e sociali*, in *Soggetto, persona, cittadino. Il Budget di salute. Esperienze in Emilia Romagna*, a cura di Pellegrini P., Ceroni P., Dall'Aglio R., Soncini C., 2019, Edizioni alpha beta Verlag, Merano
Relazione strutturata - Riccardo De Facci - VI Conferenza Nazionale sulle dipendenze - Oltre le fragilità
3. Drake R.E., Whitley R., *Recovery and severe mental illness: description and analysis*, *Canadian Journal of Psychiatry*, 59, 2014, pp. 236-242
4. Marrama D., Starace F., *Analisi dei bisogni e strumenti di valutazione multidimensionale e multiprofessionale: come costruire PTRI e Contratto*, in *Soggetto, persona, cittadino. Il Budget di salute. Esperienze in Emilia Romagna*, a cura di Pellegrini P., Ceroni P., Dall'Aglio R., Soncini C., 2019, Edizioni alpha beta Verlag, Merano

6.4.4 Identità, professionalità, organizzazione

Angelo Righetti

La dipendenza patologica è concettualmente il contrario della dipendenza felice. La sofferenza personale e socio familiare connota la prevalenza del ripiegamento su sé stessi non per amore di conoscenza di sé ma per abolire il desiderio nell' obbligo. La dipendenza patologica è una obbligata realtà virtuale dove l'offerta diviene domanda e la libertà un obbligo. "Ora arrivano i francesi e ci schiaffano in culo la libertà". Dicevano i popolani di Napoli accogliendo le truppe francesi della rivoluzione. Traducevano in volgare la critica della ragion pratica. Individuando, altresì nella categoria del potere la sola dimensione della dipendenza obbligata e di sicura esclusione. Accurate ricerche degli anni ottanta sul profilo di rischio di dipendenza patologica da sostanze negli adolescenti mostrava valori alti per i ragazzi colti intelligenti desiderosi di cambiamenti sociali e provenienti da classi sociali basse e famiglie critiche. Negli anni 2000 il profilo di rischio torna ad essere simile a quello degli anni 60 ma esteso alla più parte e a plurime dipendenze. Maggiore nei ragazzi proveniente da classe intermedia scomparso nella classe alta (10%) ed endemico nella classe bassa (10%) dell'abbandono scolastico. La dipendenza patologica multiforme è divenuta dimensione estesa della normalità. L'Istituzione e il paradigma economico promuovono la ragione soggettiva del dare e avere e il mercato del consumo infinito. La ludopatia di massa, l'acquisto manipolativo dell'invidia altrui, la trasformazione continua dell'offerta in domanda. L'alcolismo come la dipendenza socialmente dannosa e definita patologica per traslocarne il potere riparativo (habeas corpus) alla medicina/scienza. Un tempo abitava (30%) i manicomi, insieme ai bambini incatenati all'autismo, alle disabilità intellettive o psicotiche, alle sindromi neuro degenerative o ereditarie, alle psicosi schizofreniche e bipolari, ai dementi anziani, ai perversi: prostitute con tariffe e abilità basse, LgTb, luetici ormai inguaribili e disseminatori di vibrioni. Poveri di ogni forma di resistenza all'introiezione del modello sociale dominante, che i Freak costruiva per normalizzare le classi sociali con la dipendenza patologica, o soldati per fame da drogare all'occorrenza. Eterna endemie delle guerre redistributive di ricchezza e morte. La medicina di guerra sia per uccidere, torturare, imprigionare, selezionare, discriminare, condannare, isolare, dominare e distruggere gli ostacoli naturali che si frappongono al potere del danaro. Poi la scienza sognò di abbandonare la neutralità e assumersi la responsabilità di curare, accudire, assistere, generare, produrre ricchezza contestualmente redistribuita, diritti e doveri universalistici. Usci dai manicomi. Redistribui i compiti. Aggredi le cause bio psico-sociali dei disturbi e delle malattie mentali cercando l'efficacia l'efficienza l'uguaglianza delle pratiche di cura. Scopri l'inestricabile semplice complessità della ricomposizione della salute mentale e cercò di ricompone i fondamentali: Leben und Arbeiten (S. Freud). È tempo di ricomporre l'orizzonte della salute mentale dandole una struttura unitaria in grado di reggere il governo clinico, budgettario, di ricerca, innovazione e formazione abbandonando gli steccati divenuti strumentali.

Il contenuto prevalente delle cure dimostrate efficaci/efficienti/uguali obbediscono alle seguenti modalità:

1) cura e riabilitazione coincidono sia per quanto concerne i danni bio/psico/sociali da curare in acuto sia per i trattamenti personalizzati di medio lungo termine da predisporre in cronico. La partecipazione e il protagonismo dei pazienti e famigliari nei processi di cura psicologica e sociale è indispensabile così pure la gestione con il Terzo Settore.

2) Le dipendenze patologiche hanno come riferimento epistemologico scientifico culturale e organizzativo-budgettario la salute mentale ed entrano nella struttura operativa dipartimento di salute mentale che sarà formato da 5 UOC:

Evoluzione delle dipendenze e innovazione del sistema dei Ser.D e delle comunità terapeutiche

- (1) UOC di neuropsichiatria e psicologia clinica dell'età evolutiva.
- (2) UOC psichiatria e psicologia clinica dell'età adulta
- (3) UOC neuro psicogeriatría e psicologia clinica dell'anziano
- (4) UOC psichiatria e psicologia clinica delle dipendenze patologiche, del Carcere, Rems e delle comunità terapeutiche.
- (5) UOC ri-abilitazione bio psico-sociale. Centrata sull'epidemiologia-ricerca/formazione a) di governo b) clinica c) eziologica.

L'integrazione sociosanitaria. La coprogettazione e cogestione tra amministrazione pubblica e Terzo Settore attraverso i Budget di salute e il *welfare* di comunità per la prevenzione cura e ri-abilitazione delle disabilità sociali.

6.4.5 Presa in carico globale e centralità della persona: un nuovo modello integrato di intervento nella riforma della 309/90

Luciano Squillaci

I dati della relazione al Parlamento, e l'esperienza quotidiana maturata nei diversi servizi territoriali, dimostrano con chiarezza l'esistenza di una forbice sempre più netta tra le persone con problemi di dipendenza "intercettate" e prese in carico dai Servizi del Pubblico e del Privato Sociale, ed il reale fabbisogno di un fenomeno in continua evoluzione.

Ad oggi la conseguenza di questa doppia velocità è che la maggior parte dei consumatori problematici non riescono a ricevere risposte adeguate.

La normativa sulla quale si fonda l'intervento riabilitativo, il DPR 309/90, è infatti ferma ad oltre 30 anni fa, e la più recente L.45/1999, anch'essa datata, per quanto per alcuni versi "profetica", di fatto non ha mai trovato completa ed esaustiva applicazione.

Uno degli elementi di maggiore criticità, in materia di percorsi riabilitativi, riguarda la centralità della persona in relazione all'intervento terapeutico, oggi sempre più periferica rispetto al servizio e/o al luogo di cura.

Negli anni il sistema di intervento si è tarato sempre più su un livello prestazionale per singola fase (prevenzione nelle sue diverse forme, presa in carico iniziale, disintossicazione, cura e riabilitazione, reinserimento sociale e lavorativo) perdendo progressivamente di vista la complessità multidisciplinare dell'intervento.

Eppure le dipendenze rappresentano forse la problematica che maggiormente necessita di un intervento integrato, sociale e sanitario, differenziato in termini di obiettivi ed azioni tra le diverse fasi di un processo, che però va inteso come unico ed indivisibile, oltre che individuale e specifico per ciascuna persona.

Certamente a tal riguardo non giova un'organizzazione generale dei Servizi, Pubblici e del Privato accreditato, ingessata all'interno di una normativa vetusta, che sembra aver perso la spinta all'innovazione e la flessibilità necessaria per intercettare i bisogni sempre nuovi di un fenomeno in continua evoluzione.

Occorre proporre in tal senso una riforma organica che preveda un approccio riabilitativo di "processo" capace di una visione realmente globale della presa in carico e fondati quindi su percorsi integrati (e non alternativi), che utilizzino strumenti quanto più possibile innovativi (es. Budget di salute).

In tal senso rilevante, oltre che ormai irrinunciabile, è la previsione di una normativa che tenga conto dell'intero mondo delle dipendenze e non solo di quelle da sostanze, superando la logica della risposta per "tipo" di dipendenza in favore dei bisogni individuali e specifici.

Un intervento multidisciplinare e personalizzato, non alternativo ai servizi (residenziali ed ambulatoriali), ma teso ad integrare e valorizzare tutti gli attori dell'intervento riabilitativo, nelle diverse specificità, all'interno di una logica unitaria di sistema.

In tale approccio diviene fondamentale un'organizzazione dipartimentale, specifica per le dipendenze e non fagocitata dalla salute mentale, fortemente partecipativa.

E' infatti nel Dipartimento che può trovare spazio la necessaria sintesi degli interventi riabilitativi.

Il Budget di salute, nelle più recenti formulazioni, forte anche delle sperimentazioni specifiche sul tema delle dipendenze, rappresenta senza dubbio una possibile risposta.

Evoluzione delle dipendenze e innovazione del sistema dei Ser.D e delle comunità terapeutiche

Uno strumento che potrebbe concretamente e effettivamente integrare i soggetti interessati, quali in primis gli stessi utenti e le famiglie, i servizi sociali e sanitari del territorio ed al Terzo Settore.

Nell'individuazione "quantitativa e qualitativa delle risorse economiche, professionali e umane necessarie per innescare un processo volto a restituire centralità alla persona, attraverso un progetto individuale globale", devono essere ricomprese quelle necessarie a garantire i diritti di cittadinanza, tra cui i bisogni sociali e lavorativi.

Il BdS, in area dipendenze, va quindi inteso quale "progetto integrato individuale" che si avvia con la presa in carico e diagnosi e termina con il reinserimento lavorativo e sociale, all'interno del quale sono armonizzati i diversi interventi sociali e sanitari, ambulatoriali e/o residenziali, in funzione dei bisogni specifici della persona.

Va infine rilevata la fortissima eterogeneità tra i diversi territori nei modelli di intervento per le dipendenze patologiche.

La riforma del Titolo V, in particolare nel campo delle dipendenze patologiche, ha condotto a modelli di intervento molto differenziati tra loro, nella ratio che li muove, nei sistemi di governo clinico e politico, nelle metodologie di intervento, nei budget destinati, di fatto contravvenendo ai principi di universalità, uguaglianza ed equità di cui alla L.833/1978.

Per tali motivi si impone la definizione di linee guida nazionali, come ad esempio avvenuto recentemente per l'Assistenza Domiciliare Integrata (ADI), che possano essere da riferimento per omogeneizzare gli interventi nelle diverse regioni.

I principali elementi emersi dagli interventi sono invece stati raggruppati nelle seguenti quattro macro – aree:

1. Azioni di sistema. In particolare, emerge l'esigenza di ridurre l'estrema differenziazione regionale per far fronte a un sistema in affanno, sia dal punto di vista della normazione, sia dal punto di vista dei diversi sistemi che si sono delineati a livello regionale e dei problemi che registrano. Tale sistema deve in qualche modo essere rimesso in linea con quelli che sono i bisogni e le necessità attuali. Pertanto, è necessaria la definizione di linee guida nazionali per omogeneizzare gli interventi nelle diverse regioni.

Infine, si propone l'istituzione di una disciplina specifica delle dipendenze, quindi la promozione di un'azione di sistema che implementi i corsi universitari, e l'istituzione di un osservatorio per le dipendenze che abbia diversi livelli e la capacità di interfacciarsi con l'osservatorio nazionale del Dipartimento Politiche Antidroga.

2. Organizzazione e operatività. Si riscontra una generale necessità di arrivare a definire dei modelli organizzativi in grado di rispondere nel miglior modo possibile a quelle che sono le caratteristiche dei bisogni.

Per quanto riguarda l'organizzazione, si propone una revisione normativa per i percorsi di presa in carico terapeutici e riabilitativi, che tengano conto di dipendenze comportamentali, poli-abuso, differenze e comorbilità psichiatriche e interniste. Inoltre, si rileva la necessità di superare la logica della risposta per "tipo" di dipendenza in favore dei bisogni individuali specifici, ad esempio le dipendenze comportamentali necessitano di spazi e ambiti di intervento ben definiti.

Il modello organizzativo "prestazionale" non è in grado di restituire la complessità multidisciplinare dell'intervento non alternativo ai servizi (residenziali e ambulatoriali). Il modello a cui si deve tendere è quello di integrare e valorizzare tutti gli attori dell'intervento riabilitativo nelle diverse specificità, all'interno di una logica unitaria di sistema.

3. Progettazioni individualizzate. Il Budget di salute rappresenta il tema ricorrente in questo ambito ed è lo strumento che può favorire un percorso di cura socio-sanitario integrato, differenziato in termini di obiettivi e azioni tra le diverse fasi del processo, inteso complessivamente come unico e indivisibile oltre che individuale e specifico per ciascuna persona. In pratica, il Budget di salute e il progetto terapeutico riabilitativo individuale insieme possono rappresentare gli strumenti adatti per gestire la complessità e le diverse intensità di cura di cui la persona può aver bisogno nel tempo. Ad esempio si può ipotizzare di concentrare su periodi più brevi la maggior parte delle risorse, garantendo quindi un'alta intensità, per poi diluirle progressivamente quando si attivano le altre azioni progettuali sulle quali è necessario diminuire le intensità assistenziali e l'intensità delle risorse impiegate.

Emerge la proposta di costruire una presa in carico multidisciplinare, multifattoriale ed integrata con un passaggio da un approccio prioritariamente di "cure" ad un modello di "care", di cui il Budget di salute può essere lo strumento decisivo, ispirato ad un processo di *recovery* mutuato dalla salute mentale. Pertanto, il Budget di salute nell'area delle dipendenze va inteso come strumento funzionale al progetto terapeutico riabilitativo e che accompagna tanto l'intervento terapeutico quanto il reinserimento e i processi di inclusione sociale e lavorativa che possono essere ricompresi all'interno delle singole progettualità.

Evoluzione delle dipendenze e innovazione del sistema dei Ser.D e delle comunità terapeutiche

La ristrettezza delle risorse economiche (vincolate e difficilmente riconvertibili) complica la sperimentazione del Budget di salute nell'area delle dipendenze. Questa rigidità dei bilanci a livello istituzionale rende difficile l'allocazione delle risorse sulle singole progettualità, mentre il coinvolgimento della parte amministrativa potrebbe essere funzionale alla realizzazione di questi interventi sulla base del Budget, perché può aiutare a capire come possono essere destinate le risorse e quali sono le procedure per poterlo fare.

I Ser.D devono, quindi, poter disporre di fonti certe di finanziamento nel proprio bilancio, ossia risorse dedicate dal fondo sanitario regionale, risorse da riconversione di quota parte del Budget disponibile e la capacità di reperire e ottenere finanziamenti finalizzati progettuali e/o regionale e europei.

4. Comunità che curano. Le comunità concorrono al processo di cura attraverso la co-progettazione e la co-gestione tra amministrazione pubblica e Terzo Settore (attraverso il Budget di salute e il *welfare* di comunità) per la prevenzione, cura e riabilitazione delle disabilità sociali.

Inoltre, la partecipazione e il protagonismo dei pazienti e dei familiari nei processi di cura psicologica e sociale è indispensabile così come lo è la co-gestione con il terzo settore. In questo ambito, di fatto, confluiscono gli enti accreditati e il Terzo Settore nella sua complessità, ma devono essere chiamati a partecipare in maniera diretta anche le persone e le loro famiglie.

Pertanto, si auspica ad una stretta integrazione e collaborazione dei dipartimenti delle Dipendenze con i servizi del privato sociale accreditato, con la Cooperazione Sociale e in collaborazione con gli utenti, familiari o i tutori legali, il volontariato e gli altri soggetti pubblici e privati territoriali, al fine di realizzare un effettivo coinvolgimento di tutto il territorio.

6.5 Introduzione ai lavori della seconda giornata

La ripresa dei lavori del Tavolo Tecnico “Evoluzione delle dipendenze e innovazione del sistema dei Ser.D e delle comunità terapeutiche” in seconda giornata si è articolata in un'introduzione del Coordinatore, cui ha fatto seguito la sessione di risposte alle domande e alle considerazioni pervenute via *chat* dal pubblico iscritto al *webinar* durante la prima giornata del Tavolo.

Le due sessioni sono qui di seguito riportate in sintesi. Seguono le domande e le osservazioni pervenute via *chat* durante la seconda giornata cui non è stato possibile offrire risposta.

Concludono i lavori della seconda giornata le precisazioni espresse da alcuni degli Esperti e la relativa risposta del Coordinatore.

6.5.1 Introduzione del Coordinatore

Le presentazioni di ieri sono state particolarmente approfondite, hanno articolato bene i temi che ci erano stati assegnati e anche altri ne sono emersi, in rapida sequenza, rispetto ai sotto temi sui quali si incentrava l'attività del Tavolo su “Evoluzione delle dipendenze, innovazione del sistema dei Ser.D e delle comunità terapeutiche”. Una grande attenzione è stata dedicata all'organizzazione dei servizi con un dibattito per nulla esitato in una formula conclusiva, evidentemente, ma che ne ha evidenziato le caratteristiche fondamentali.

La presa in carico globale della persona, in particolare, il tema della multidisciplinarietà dell'integrazione socio sanitaria e, al suo interno, dell'applicazione del modello Budget di salute ha avuto un approfondimento molto esaustivo. Altrettanto si può dire della necessità, da tutti avvertita, del monitoraggio e della valutazione degli esiti per le progettazioni così come della necessità di individuare criteri di appropriatezza clinica dei percorsi terapeutici. Da parte di tutti è stata segnalata la necessità di poter formalizzare o aggiornare, se esistenti, delle linee guida e delle raccomandazioni/indicazioni di buona pratica clinica che possano essere in qualche modo formalizzate anche in percorsi terapeutici per diverse soglie di intensità. La partecipazione degli utenti e dei familiari non solo ai percorsi di cura ma anche ai contesti organizzativi nei quali si definiscono le modalità e la programmazione, si monitora la realizzazione degli interventi e se ne valuta l'esito è un altro punto sul quale credo sia stato espresso un unanime consenso. Sull'adeguamento dei servizi alla nuova domanda di trattamento, in particolare quella espressa dalle fasce adolescenziali e giovanili, vi è la necessità di un approfondimento relativo, come è stato evidenziato in molti interventi, alla differenziazione dei luoghi di accesso e delle modalità di gestione di questa fascia particolare di utenza.

Forse con minore attenzione, direi che forse solo nell'intervento del Dr. Saponaro, si è accennato all'utilizzo delle nuove tecnologie nei percorsi di cura ma credo che l'esperienza condotta in questo periodo di pandemia abbia insegnato a tutti quanto possono essere preziose le tecnologie informatiche, le stesse che stiamo utilizzando per questo incontro preparatorio della Conferenza, per scambiare informazioni, per applicare quelle modalità che sono il teleconsulto, la telemedicina e quant'altro.

È stata posta l'attenzione anche sull'appropriato utilizzo della terapia sostitutiva e sull'affidamento e, su questi aspetti, e su moltri altri argomenti, si sono aggiunte le questioni poste dalle persone che hanno partecipato come pubblico attivo al webinar che troveranno oggi risposta da parte degli Esperti.

Grande attenzione e unanimità di visione si è registrata sullo sviluppo di osservatori provinciali regionali e,

Evoluzione delle dipendenze e innovazione del sistema dei Ser.D e delle comunità terapeutiche

più in generale, sulla necessità di disporre di un organismo il più possibile unitario che metta assieme le ricche informazioni raccolte dai diversi sistemi sul tema delle dipendenze ed adeguata attenzione ha riscontrato il tema della mobilità interregionale e dei meccanismi che devono presiedere a una compensazione interregionale.

A questi sotto temi che ci erano stati assegnati e che, come abbiamo visto, sono stati tutti esplorati in maniera esaustiva, per lo meno nella definizione delle aree di criticità e di quelle sulle quali vi è un unanime consenso, nella sintesi proposta ieri, si è aggiunto un aspetto che attiene alla necessità avvertita da tutti di poter disporre di un'analisi aggiornata, ampia e dettagliata della questione dei bisogni. Da molti è stato rilevato che troppo spesso ancora si affronta il tema, per ripetere un'espressione che credo abbia usato il Dott. De Facci, "dal buco della serratura" di una, come dire, vecchia modalità, di una vecchia utenza che è quella tradizionale ma che non ci fa rendere conto della complessità: questa attenzione deve costituire un elemento di base sul quale poi costruire le possibili risposte.

Possibili risposte che, articolate secondo la modalità tradizionale nella prevenzione, della cura e della riabilitazione devono prevedere le modalità organizzative più congrue alla realizzazione di questi tre aspetti della mission dei servizi. Un altro tema che è emerso in termini di criticità e che va con urgenza affrontato sul piano dei diritti, è quello delle disuguaglianze interregionali, disuguaglianze a tutti i livelli. In tutti gli approfondimenti proposti questo tema è emerso nel suo peso sulla coerenza dell'intero sistema. Alcune proposte, come quella avanzata dal Dott. Zanfardino, riguardano la proposizione e l'interlocuzione necessaria con i livelli di governo regionali per fare in modo che queste disuguaglianze, innanzitutto, siano conosciute, diventino patrimonio comune di chi ha responsabilità e titolo di governo per poterle affrontare.

Un altro elemento che non è specificamente tra quelli che ci sono stati affidati, ma che è elemento fondante la possibilità di realizzare in pratica le cose che si è discusso, ha a che fare con il capitale professionale, quello degli operatori: in termini quantitativi ma anche in termini qualitativi, culturali e formativi.

E poi c'è il tema, non ulteriormente eludibile, delle risorse. A questo proposito numerose proposte sono state avanzate. Per questo e per tutti gli altri temi va ribadito, e anche su questo c'è unanimità e c'è consenso da parte di tutti gli Esperti, che queste riflessioni costituiscono il punto di partenza per un approfondimento assolutamente necessario se, come nel mandato che ci è stato affidato, ed è stato affidato a tutti i Tavoli di preparazione della Conferenza, questi approfondimenti, queste riflessioni queste analisi devono convergere verso misure concrete da raccogliere all'interno del nuovo Piano d'Azione.

Quindi si esprime non solo il ringraziamento ma anche la piena soddisfazione, condivisa da tutti, per i lavori condotti nella giornata di ieri ma vi è un aspetto ancora importante al quale mettere mano: quello cioè degli approfondimenti che, in particolare, ci sono stati richiesti con numerose domande pervenute alla chat e quindi passiamo subito alle risposte da affidare a ciascuno degli Esperti più direttamente coinvolti che ci consentiranno di articolare ulteriormente i temi che sono stati analizzati. Grazie quindi a tutti voi.

6.5.2 Sessione domande e risposte

Se si parla di comunità come luogo di incontro delle persone e dei bisogni, all' interno del percorso riabilitativo qual è il luogo e ruolo che occupa la comunità terapeutica?

È possibile immaginare un programma di cura radicato nella comunità locale, sensibile ai fattori sociali e culturali determinanti lo stato di salute dei singoli soggetti e dei loro sistemi di riferimento, superando l'attuale frammentazione specialistica?

È possibile pensare un modello sulla base della *one health* e della *global health*?

Dr. Riccardo De Facci

Cercherò di essere sintetico in attesa di altri momenti di approfondimento, perché questo è uno degli elementi decisivi del lavoro e del ripensamento delle comunità. Riacciandomi alla premessa di questa mattina credo che se intendiamo le diverse problematiche legate al consumo problematico, all'abuso, alla dipendenza come fenomeno complesso, personalizzato, con gravosità e coinvolgimenti diversi, le comunità non possono che iniziare a pensarsi come luogo dell'incontro, dell'aiuto dall'interno, come uno degli strumenti possibili, in determinate fasi dei percorsi delle persone, con tempi e percorsi personalizzati e individuali e in un interdipendenza con il sistema dei servizi multi professionale, con le risorse del soggetto, che sono anche la comunità, un legame continuo che non si può interrompere e i territori di riferimento.

Lo stesso CNCA sta cambiando il proprio nome da Coordinamento Nazionale Comunità di Accoglienza in Comunità Nazionale Comunità di Accoglienza, in un'ottica di comunità accoglienti, perché ormai non è più possibile pensare alle comunità terapeutiche se non come un luogo unico ed assoluto nella risposta a fenomeni diversi, sostanze diverse, bisogni diversificati, percorsi individuali.

In questo senso quindi diventa necessaria un'interdipendenza tra i temi sociali, economici, le risorse relazionali, individuali, in cui il concetto di salute individuale diventa la somma delle integrazioni e complementarità di saperi, di temi, di servizi, di risorse. Quindi questo concetto di salute, come viene definito all'inizio, individuale, non può che ragionare all'interno di un concetto di salute di comunità e, quindi, globale come parte integrante, in questo senso, di un'evoluzione della comunità stessa come uno, consapevole, ma uno degli strumenti di interazione con la comunità, con la complessità dei fenomeni, rinunciando a quel mandato assoluto che purtroppo ha creato anche molte difficoltà in questi anni.

Quali sono le caratteristiche di una presa in carico globale?

Com'è possibile modificare la 309/90 in maniera tale che possa ridurre le criticità nella presa in carico?

Dr. Biagio Sciortino

Cercherò di essere sintetico perché è una domanda molto vasta. L'hanno detto anche tanti altri colleghi: la presa in carico globale, rimanendo fermo che la persona è al centro degli interventi dei servizi e che quindi, come centralità, abbiamo la persona, dovrebbe comprendere ed entrare più a fondo rispetto alle fragilità della persona. Non possiamo soffermarci a un solo aspetto emergenziale, quello della dipendenza. Bisognerebbe agire anche dentro le dimensioni relazionali, soprattutto a livello della famiglia e a questo

Evoluzione delle dipendenze e innovazione del sistema dei Ser.D e delle comunità terapeutiche

mondo che spesso viene difficilmente agganciato. Lo diceva qualche collega poc'anzi, quando è possibile la famiglia partecipa. Per me la presa in carico globale è proprio questo, riuscire a far entrare in un sistema di intervento mirato non soltanto alla persona ma al suo mondo relazionale. Non è semplice, non è sempre fattibile: difficoltà e differenze ci sono, chiaramente, tra il Pubblico e il Privato accreditato e qualificato.

È molto più complicato quando abbiamo persone non residenti, come nel caso degli extracomunitari. Qui la presa in carico diventa ancora più complicata. È chiaro che tutto questo appartiene ad un aspetto evidenziato ieri da Alfio Luchini, quando ha parlato delle poliassunzioni, cioè della differenza rispetto alla velocità con cui cambia e modifica il sistema della dipendenza stessa, che è un mondo che va ad accelerare sempre, in continuità, mentre noi spesso rimaniamo ancorati, ancora una volta, a difficoltà nel dare risposta. Il servizio non riesce ad essere pronto a modificare la risposta alla domanda.

Questo è connesso, lo hanno detto un po' tutti, lo ha detto Riccardo De Facci poco fa, alla 309/90 che è stata ed è una parte importante della storia delle dipendenze, che è valida in parte ma allo stesso tempo non è più valida. Non abbiamo all'interno del sistema della 309/90 un assetto specifico rispetto alla presa in carico globale. Io dico sempre che lì ci si ferma soltanto alla cura, l'intervento della cura: non si parla del sistema della pre-cura, quindi sia della prevenzione, che dovrebbe andare ancora più a fondo, sia del reinserimento, come è stato considerato in parte, molto di sfuggita, e la cronicità non è considerata per nulla. La 309/90 per me va rivista, sicuramente l'hanno detto un po' tutti, e soprattutto nella parte del fondo nazionale, che va ripristinato e potenziato, consentendoci di ritornare ad essere più dentro al sistema, più attenti, più competitivi. Dicevo prima a Riccardo De Facci che questa è una di quelle domande sulle quali abbiamo speso diversi anni, abbiamo fatto anche una proposta, insieme a FICT, CNCA, FEDERSED, SITD ed altri, proprio per cercare di dare freschezza ad una legge che si è fermata al '90 e che, ad oggi, non è completamente adeguata. Credo quindi che la presa in carico globale, l'abbiamo detto tutti, comprenda una sfaccettatura molto complessa.

Oggi abbiamo tantissimi Ser.D che sono, sostanzialmente, uno la fotocopia dell'altro. Le esperienze europee che ho visitato prevedono invece la presenza di servizi che offrono trattamenti e proposte diverse nelle diverse parti della città, consentendo in tal modo di differenziare l'utenza sulle varie sedi. Nei piccoli centri si dovrebbe forse proseguire con l'organizzazione attuale ma nelle città medio/grandi si potrebbe ipotizzare un'organizzazione diversa?

Dr. Claudio Leonardi

Anche questa, ma presumo che lo siano anche tutte le altre, è una domanda particolarmente complessa. Ci sono da fare delle premesse prima di dare una risposta. Innanzitutto i servizi per le dipendenze italiani sono un modello tutto italiano e, quindi, non è replicato all'estero. Nel caso italiano poi vanno considerati i collegamenti con il Privato accreditato che, altrove, non esiste. L'altro aspetto è che nei nostri servizi entrano dei pazienti che, nella maggior parte dei casi e ormai da tantissimi anni, sono dei poliabusatori nei quali c'è una prevalente utilizzazione di una sostanza o la messa in atto di un comportamento additivo che si associa al consumo di altre sostanze o, nel caso dei comportamenti additivi, all'uso di altre sostanze. Questo rende molto difficile l'eventuale specializzazione di un servizio. È vero, di contro, che alcuni percorsi, soprattutto quelli che riguardano riabilitazione, recupero, comportamenti additivi senza sostanza, necessitano di percorsi che non sono uguali ai percorsi terapeutici o riabilitativi applicati per le diverse sostanze d'abuso e che ci possono essere percorsi differenti. Come uscire fuori da questa situazione, almeno nel nostro paese? Innanzitutto ribadisco il concetto che è stato più volte citato ieri ovvero che all'interno di un'organizzazione

Evoluzione delle dipendenze e innovazione del sistema dei Ser.D e delle comunità terapeutiche

dipartimentale dev'essere garantita, in tutti i servizi italiani, la presenza di un'equipe multidisciplinare. Questo a che cosa serve? Serve a valutare e diagnosticare esattamente la condizione di quel soggetto che abbiamo davanti, di quel paziente che abbiamo davanti e quindi a poterlo indirizzare, in una fase iniziale, verso un percorso. Affrontare in questa maniera la cura della dipendenza prevalente e, nel caso ci dovessimo trovare di fronte a un comportamento additivo da sostanza o non da sostanza, che sia il corrispettivo di una mono-dipendenza e qualora esistano delle strutture, che molto spesso sono rappresentate dal Privato accreditato, inviare il paziente direttamente e il più rapidamente possibile verso queste strutture. Attualmente io credo che sia assolutamente opportuno che questa organizzazione differenziata e specialistica sia assolutamente applicata per affrontare le problematiche che riguardano gli adolescenti. Adolescenti e famiglie che non si considerano dei pazienti, dei tossicodipendenti in quanto tali, e che quindi in qualche modo dovrebbero essere accolti in strutture dove sono presenti professionisti che lavorano nei servizi per le dipendenze ma che non siano identificati all'interno di un servizio per le dipendenze propriamente detto. Questa sicuramente è un'applicazione specialistica dell'intervento per la cura delle dipendenze che, in qualche modo, potrebbe, nel caso dell'adolescenza, favorire l'accoglienza e l'arrivo di questi giovani consumatori nei Servizi Pubblici.

Perché non viene prevista per legge e resa obbligatoria, anche nelle Regioni a statuto speciale, la costituzione di un Dipartimento Dipendenze strutturale ed autonomo, al di fuori del dipartimento di salute mentale, che specie in Sicilia, assorbe il personale dedicato, non fa crescere i programmi territoriali di prevenzione e spesso fa letteralmente la guerra ai Ser.T/D?

Dr.ssa Denise Amerini

Lo diciamo da tempo, ho provato a dirlo anche nel mio intervento ieri, il problema dell'accorpamento, dell'assorbimento dei servizi per le dipendenze, dei dipartimenti per le dipendenze, nei dipartimenti della salute mentale è un grosso problema. Noi pensiamo che sia assolutamente necessario mantenere l'autonomia perché hanno compiti, funzioni che, in certi casi, in certe situazioni devono assolutamente collaborare, in certi casi si intrecciano, ma hanno compiti e specificità assolutamente diversi. Del resto se vogliamo che i Dipartimenti per le Dipendenze davvero possano esercitare il loro ruolo di programmazione di interventi multidisciplinari, perché di questo si tratta, di prevenzione, di cura, di riabilitazione, bisogna recuperare quello che è lo spirito che li ha costituiti. Ricordiamoci che i dipartimenti per le dipendenze sono stati istituiti come servizi di alta integrazione sociosanitaria a dimensione territoriale. Ora questo si incrocia, per quanto riguarda nello specifico la domanda, con le modifiche che ci sono state al titolo V con le autonomie regionali, con i percorsi di autonomia differenziata che sono stati ripetutamente avanzati da alcune Regioni. Mi pare che questa pandemia ci abbia messo di fronte, in maniera molto evidente, la necessità di una regia nazionale uniforme perché a tutti i cittadini vada garantita una risposta adeguata ai loro bisogni, indipendentemente dalle regioni dove abitano e dai luoghi in cui si trovano. Gli accorpamenti spesso, sia con i Dipartimenti per le Dipendenze nella salute mentale, che altri accorpamenti, hanno risposto più a logiche di contenimento della spesa e, quindi, di riduzione delle risposte, che a logiche di necessità operative.

Aggiungo inoltre che abbiamo scritto, il 10 agosto scorso, (uso il plurale perché la lettera è stata scritta da organizzazioni e associazioni che si occupano di dipendenze, organizzazioni e associazioni che si occupano di salute mentale) una lettera al Ministro della Salute alla Presidenza della Conferenza Stato Regioni e alla AGENAS, dopo l'emanazione da parte di quest'ultima di una bozza di documento nel quale proponeva di inserire strutturalmente le dipendenze e tutte le competenze su tutti i servizi per le persone che usano droghe all'interno della salute mentale. Chiudo leggendo un breve passaggio di questa lettera alla quale auspichiamo

Evoluzione delle dipendenze e innovazione del sistema dei Ser.D e delle comunità terapeutiche

avere risposta.

“La riduzione delle politiche sulle droghe a questione psichiatrica determinerebbe un significativo ridimensionamento e compressione degli interventi e delle attività di servizio realizzati verso tutti i cittadini e nelle carceri. In particolare, darebbe uno stop al lavoro della miriade dei servizi innovativi impegnati a riadeguare il sistema alle nuove domande poste dai cambiamenti negli stili di consumo, nelle sostanze che vengono consumate. Ci riferiamo alle esperienze ampie e diversificate Riduzione del Danno e Limitazione dei Rischi (RdD/LdR) oggi inserite nei LEA”.

Ecco, mi pare che questo la dica chiaramente su qual è la posizione, su quale è l'intento che vogliamo perseguire, per cui assolutamente pensiamo sia necessario ragionare per questa strada in un'ottica di reale collaborazione e di come i bisogni di salute richiedono.

Potreste esplicitare meglio il tema delle prese in carico precoci che si posiziona nello spazio tra prevenzione e cura?

Dr.ssa Roberta Balestra

È una domanda che centra uno dei problemi più importanti che è quello del sommerso, a mio modo di vedere. Chi opera nel settore delle dipendenze sa bene che la domanda inespressa, quindi il bisogno sommerso, è molto maggiore di quella emersa e quindi, per noi che lavoriamo in una logica di sanità pubblica, questo non può che rappresentare un problema, una criticità emergente, straordinaria, che ci deve richiedere un'organizzazione atta ad affrontarla. Intendiamo un'organizzazione che si ispiri alla medicina d'iniziativa e quindi se noi, nelle equipe, individuamo anche più di un ambito di intervento, dobbiamo organizzare progettando con i partner del territorio, organizzando delle attività territoriali di prossimità. Se abbiamo in mente un target specifico è chiaro che l'intervento dovrà essere pensato per essere efficace rispetto a quel target. Sono interventi che devono essere fatti da equipe preparate al lavoro territoriale, perché il modo di lavorare è totalmente diverso, informale, con un linguaggio adeguato, con un rispetto, ovviamente, anche dei tempi e delle realtà in cui si entra, perché, diciamo, entriamo “non invitati” e, quindi, dobbiamo avere delle capacità relazionali specifiche. Tipicamente, rispetto ai ragazzi e ai giovani sono importantissimi gli interventi di educativa di strada, che vanno a rilevare, insieme a operatori del comune, dei distretti, dell'età evolutiva, situazioni di disagio che possono essere prese in carico, appunto, precocemente. Sappiamo che se si prende in carico precocemente un problema la prognosi migliora e si evita anche di perdere tempo e di mettere a rischio le persone. Ci sono gli interventi di riduzione del danno, di limitazione dei rischi che sono orientati a target in cui il consumo di sostanze è già stato rilevato. Ma diciamo che, ci tengo a precisare, l'approccio precoce può essere poi utilizzato, dovrebbe essere utilizzato, in qualsiasi campo si intenda affrontare un problema che non è adeguatamente espresso, o che desta particolare preoccupazione. È un modo di lavorare che richiede che gli operatori siano flessibili e siano in grado di uscire dalle sedi e andare nel territorio. Le collaborazioni sono fondamentali e, che siano con associazioni, che siano con altre realtà del Terzo Settore, i partner possono essere i più diversi, proprio perché in base al tipo di intervento che si deve fare noi dobbiamo costruirlo pensando che da soli facciamo troppo poco, che dobbiamo avere un impianto adeguato al messaggio e al tipo di intervento che dobbiamo svolgere. Tutto ciò è particolarmente importante per le patologie correlate, per evitare gli eventi critici che possono avere anche rischi mortali e gravissime morbilità.

Evoluzione delle dipendenze e innovazione del sistema dei Ser.D e delle comunità terapeutiche

Visto che si discute di Ser.D ci dovremmo ricordare che la 309 parla, per questi servizi, di un compito di prevenzione, cura e riabilitazione. Le politiche europee parlano di prevenzione, cura e riduzione del danno come interventi di uguale importanza per incidere sulla domanda di sostanze. O teniamo questi temi in forte continuità/connesione o costruiremo comunque un tavolo e un sistema zoppicante. Questo è uno dei tanti temi che segna una differenza fondamentale con il mondo della psichiatria attuale che si occupa solo di cura.

Dr. Alfio Lucchini

Due questioni. Partiamo dalla prima: ovviamente concordo pienamente con l'osservazione che ha fatto il collega che ha posto la domanda. Diciamo che dopo i livelli di assistenza, livelli essenziali di assistenza nel 2017, dobbiamo tutti tenere conto ed adeguarci nei servizi, alla nuova realtà rispetto alla riduzione del danno e anche la legislazione madre, direi, dovrebbe farlo maggiormente. Siamo arrivati anche in Italia a prendere atto della rilevanza della riduzione del danno da tanto tempo praticata. L'Organizzazione Mondiale della Sanità, il Consiglio d'Europa insomma, tutti gli organismi internazionali hanno chiarito la rilevanza e la dignità delle politiche di riduzione del danno. Diciamo che gli interventi, i programmi, le politiche che si propongono di ridurre i danni di salute, i danni sociali ed economici correlati all'uso di sostanze negli individui, ma anche nella comunità e nella società, devono essere un patrimonio comune del sistema di intervento delle dipendenze. Devono essere anche esigibili da tutto il sistema finanziato dal Servizio Sanitario Nazionale e, quindi, devono avvalersi della collaborazione tra Pubblico e Privato Sociale in termini sia di finanziamenti ma anche di regole. Le politiche di settore quindi devono riconsiderare questa realtà. Ieri qualcosa è stato detto in tal senso ma molto è ancora da fare. Tra l'altro in questa Conferenza nazionale c'è un Tavolo pressoché specifico ma che tratta molto di questo tema

Nella pratica operativa dei servizi il punto è considerare proprio con quello spirito di connessione e continuità che la domanda presuppone, le azioni di riduzione del danno come parte strutturale di tutti gli interventi. Allora, senza citare le grandi esperienze del passato, l'AIDS o gli interventi per prevenire i decessi di overdose o anche la pandemia COVID, guarderei altri interventi di sanità pubblica e, in particolare, a quello relativo all'eradicazione dell'Epatite C. Ci stanno dimostrando questi interventi come la riduzione del danno può essere parte di tutto il percorso, dall'educazione, all'accoglienza, dalla diagnosi alla cura e in tutti gli ambiti di vita. Quindi direi che su questo punto assolutamente siamo d'accordo.

Sulla seconda parte della domanda, come ho dimostrato ieri nel mio intervento, non sono certo tenero con alcuni aspetti dell'intervento in psichiatria. Avendo diretto un DSMD con 400 professionisti, 30 sedi di strutture, tra dipendenze, psichiatria, neuropsichiatria infantile, psicologia clinica, devo però essere più indulgente. Allora devo dire che, vedo nella salute mentale sviluppata un'attività di cura ampia e qualificata, territoriale ed ospedaliera. Se proprio devo fare un appunto lo faccio sulla visione, che è molto parziale in psichiatria, dell'approccio multidisciplinare. Non sempre questa deriva che è troppo ambulatoriale in senso prestazionale è spiegabile con la carenza di personale. Devo anche dire che in psichiatria ampia è l'attività riabilitativa, residenziale e semiresidenziale, con costruzioni anche teoriche notevoli a partire dall'azione di recovery. Il termine prevenzione invece è inteso in modo troppo sanitario, ma senza soffermarmi troppo devo dire che talvolta, diciamo così, i danni fatti anche nelle dipendenze sotto il cappello prevenzione, in termini di spreco di risorse senza valutazione di efficacia con progetti improbabili sono sotto gli occhi di tutti. Allora su questo punto quindi direi che molto bisogna lavorare in tutti e due i settori partendo per esempio dalla prevenzione.

Evoluzione delle dipendenze e innovazione del sistema dei Ser.D e delle comunità terapeutiche

Il trattamento con farmaci sostitutivi va modificato per favorire i tempi dell'utenza e liberando anche risorse umane (precarie) dei servizi. Perché non pensare per l'affido ad un sistema che utilizzi la tecnologia (Spid e/o tessera sanitaria e dispenser nelle farmacie collegate in rete con i Ser.T/D, cosa che permetterebbe di assumere il farmaco anche in orario notturno?

L'attuale situazione di monopolio, centralizzata nei Ser.T, va superata. Questa modalità nuova ridurrebbe, inoltre, in maniera significativa il misuso ed il mercato nero dei farmaci sostitutivi.

Dr. Icro Maremmani

Ovviamente questo è un annoso problema, quello dell'affidamento dei farmaci sostitutivi, che non andrebbero chiamati più sostitutivi ma farmaci agonisti oppioidi, nel caso del trattamento della dipendenza da eroina. Un annoso problema perché anche in Europa ci sono paesi in cui c'è una grande disponibilità alla limitazione della regolamentazione sui servizi per le dipendenze, come per esempio il Belgio e altri paesi, mentre in Germania c'è una pletora di regolamenti che molto spesso impediscono di fatto l'affidamento del farmaco. Va da sé che un diabetico non si potrebbe curare andando tutti i giorni a prendere l'insulina al centro diabetico e va da sé che in qualche modo bisogna fare un'interfaccia più amichevole con i nostri pazienti. Certamente all'inizio del trattamento una certa rigidità non fa male perché il paziente che arriva in trattamento non è assolutamente con un cognitivo adatto a trattamento e, in quel caso, affidare farmaci per lunghi periodi potrebbe essere una misura controproducente. Andando avanti con il trattamento in senso clinico invece, l'interfaccia deve essere più amichevole perché i pazienti devono restare in trattamento il più a lungo possibile; se devono restare in trattamento più a lungo possibile cominciando un processo di riabilitazione, devono in qualche modo tornare alle normali attività, a svolgere un'attività lavorativa, a passare più tempo in famiglia quando recuperino un contatto ecc. A questo punto un sistema rigido che costringa il paziente a un controllo dell'affidamento del farmaco non è più funzionale. Cosa si potrebbe fare? Certo, anche l'opzione di mettere un dispenser potrebbe essere una buona idea, ma solo nell'orario notturno. Ma mettere un dispenser per l'erogazione del farmaco non va bene. Non va bene nel senso che il momento della somministrazione del farmaco è un momento clinico importante. Io quando avevo questo servizio Ser.T nella clinica psichiatrica, avevo gli specializzandi in psichiatria che osservavano la somministrazione insieme agli infermieri e i miei infermieri erano stati edotti su che cosa vuol dire assumere il farmaco nel metodo corretto. I pazienti che avevano affidamento settimanale, allora era settimanale, ora potrebbe essere mensile, tutte le volte che venivano per rinnovare l'affidamento dovevano stazionare, dovevano rimanere un paio d'ore, dovevano assumere la dose sul posto e, chiaramente, dovevano dimostrare di non aver perso la tolleranza. Ma questo era facile perché se assumendo l'intera dose si fossero addormentati durante l'osservazione è ovvio che una parte veniva destinata ad altre cose. Ecco è vero che il trattamento va modificato, ma va modificato in modo da venire incontro alle esigenze dei pazienti, anche con la modifica tecnologica dei farmaci. Noi abbiamo dei farmaci per cui il mercato grigio diventa molto più difficile da sostenere e quindi l'affidamento può essere fatto con questo e nel futuro avremo sicuramente dei farmaci depot anche a lunghissimo tempo, fino a sei mesi, che ovviamente portano un miglioramento enorme sul piano dell'affidamento del farmaco. Però voglio sottolineare ancora che la clinica ci deve guidare anche in questa occasione, perché è dalla clinica che noi sappiamo di che cosa il paziente ha bisogno in quel momento. Sul monopolio posso dire che, come per tutta la medicina, i monopoli sono molto rari così anche nella dipendenza lo dovrebbero essere perché nel monopolio non c'è una crescita, si rimane molto più ancorati a un sistema fisso.

Digitalizzazione della cartella clinica verso integrazione dei servizi per le dipendenze tra Servizio Pubblico ed enti ausiliari. Qual è lo stato dell'arte?

Dr. Alessio Saponaro

La Cartella CURE - cartella unica elettronica dei servizi del DSM-DP- è già avviata in tutti i servizi della Salute mentale adulti. Il 20 ottobre sarà avviata nei servizi di Neuropsichiatria dell'infanzia e dell'adolescenza. Ad aprile 2022 per i servizi delle dipendenze. Tra poco meno di un mese anche il Privato accreditato potrà usare la medesima cartella. E tra 1,5 mesi anche il Privato convenzionato. I servizi di Telemedicina sono già disponibili per 4450 professionisti del DSM-DP.

Come si può organizzare un sistema di servizi orientato ai modelli di consumo diversi (socialmente inclusivi e nei luoghi del divertimento), possibilmente citando qualche esempio?

Dr. Stefano Vecchio

Una bella domanda. Diciamo che ho impiegato 40 anni circa per rispondere e non sono riuscito completamente a dare una risposta esaustiva, ma proverò a dire, in cinque minuti, come si potrebbe configurare un sistema dei servizi. In primo luogo è interessante la domanda perché fa riferimento a un elemento che, penso, condividiamo tutti anche se lo leggiamo diversamente. Noi ci troviamo di fronte a un cambiamento epocale che negli ultimi 20 anni è avvenuto all'interno del mercato delle droghe e si esprime in modi diversi di usare le sostanze, che molti di noi chiamano modelli (anche la persona che ha fatto la domanda, che credo che sia un operatore). Modelli di uso diversi e, all'interno di questi modelli di consumo e di uso, ci sono stili diversificati. Ora questo significa, dal mio punto di vista, che noi dobbiamo cambiare anche le nostre categorie interpretative per cercare di capire come dare risposte differenziate a questi cambiamenti. In primo luogo ritengo che non possiamo pensare che milioni di persone che hanno a che fare con le droghe, che usano droghe, possano essere inquadrati nel modello della dipendenza. Una parte limitata, molto limitata, di questi soggetti va incontro a questa possibilità, a questa eventualità, che io ritengo vada inquadrata nella perdita del controllo, del comportamento legato all'uso e richiede delle risposte adeguate. Io propongo tre contenitori, in generale, naturalmente sono molto provvisori ma mi sono stati utili, e mi saranno utili, per cercare di configurare un'ipotesi organizzativa del sistema che, in qualche modo, è legata anche all'esperienza mia personale come direttore di dipartimento. Mi è stato utile organizzare i modelli di consumo secondo tre grandi categorie. Una è quella dei consumi socialmente integrati, come li abbiamo chiamati noi qui a Napoli e cioè quella miriade di persone, migliaia, decine di migliaia, anche centinaia di migliaia di persone, che usano le sostanze del divertimento, divertimento serale, notturno, sostanze legali e illegali: la cosiddetta movida, le piazze, le feste, le feste non autorizzate, i rave, i party eccetera. L'altra è invece un modello marginale che, legato alle nuove povertà, senza dimora, migranti, persone che stanno per strada, spessissimo senza dimora, o persone che non hanno un buon rapporto, un rapporto continuativo, con i servizi ufficiali, con i Ser.D. L'ultima categoria è legata a quello che io chiamo un modello istituzionalizzato, cioè tutte quelle persone che attualmente sono in servizio presso i nostri servizi, Ser.D, comunità terapeutiche, ma nei confronti dei quali abbiamo un problema. Ci sono moltissime persone che sono in carico ai servizi da decine di anni e dei confronti di questi soggetti noi dobbiamo provare a capire come svincolarli e aiutarli a recuperare una vita autonoma. Per rispondere a queste diversificazioni evidenti, io ritengo che non possiamo

Evoluzione delle dipendenze e innovazione del sistema dei Ser.D e delle comunità terapeutiche

avere un unico modello organizzativo. I modelli organizzativi devono adeguarsi a queste diverse realtà. Se è necessario accogliere una persona in un luogo, devi prima avere un servizio in quel luogo, ma se le persone stanno per strada, stanno vicino alle stazioni, noi dobbiamo andarli ad incontrare. Quindi dobbiamo intanto avere più organizzazioni. Organizzazioni che la parola ambulatorio non riesce a descrivere, servizi territoriali fissi li definirei, che hanno la funzione della presa in carico, la funzione della consulenza veloce per recuperare una capacità di controllo su tali comportamenti. Servizi di strada come le unità di strada o servizi di accoglienza a bassa soglia come i drop in, equipe mobili che intervengono nei contesti del divertimento. Queste realtà non prendono in carico le persone ma vanno incontro alle persone: propongono le informazioni, entrano, interagiscono per provare ad aiutarle a recuperare, a conoscere rischi, a poterli rivalutare e quindi a potersi anche difendere e a fronteggiare, a seguire comportamenti più adeguati. In questo senso io ritengo noi dobbiamo parlare di tutela e promozione della salute e quando noi diciamo riduzione del danno, mi fa piacere che Alfio Lucchini ha dedicato uno spazio importante nel suo intervento a questo perché, anche se non sempre abbiamo gli stessi modelli di riferimento, però almeno condividiamo elementi di base, la riduzione del danno è questa, non è soltanto ridurre i danni e rischi ma è tutelare la salute delle persone e promuoverla perché soltanto in questo modo possiamo agire su una massa di soggetti e poter accogliere quelli che vivono momenti critici o anche fortemente critici. In questo senso un dipartimento dovrebbe essere articolato su più servizi autonomi che interagiscono tra di loro. Per esempio so che nella sessione sul Tavolo sulla riduzione del danno si parla di drug checking, analisi delle sostanze, cioè tutto ciò che può essere utile per tutelare la salute delle persone. Guardate il discorso delle patologie infettive, lo diceva anche Alfio Lucchini, va affrontato a partire da questo modello organizzativo. Questo significa cambiare il nostro modo e anche, diciamo, utilizzare le nostre esperienze e integrare il Terzo Settore nel sistema pubblico, un sistema più ampio che recupera le esperienze che ha già promosso e le trasforma nel suo modello organizzativo.

In molte regioni non sono stati mai applicati i vecchi atti d'intesa stato regione sull'organizzazione dei servizi. Chiedo come si potrebbe procedere affinché questo avvenga per garantire il diritto alla cura in tutta Italia?

Dr.ssa Elide Tisi

Questa è una domanda che, probabilmente, andrebbe affrontata anche con un esame dal punto di vista giuridico, non essendo io un giurista. La modifica del Titolo V della Costituzione, in particolare con il riferimento agli articoli 117 e 118, ha in qualche modo creato una puntualizzazione, una differenziazione di quelle che sono le competenze in materia sanitaria e, soprattutto, l'utilizzo della Conferenza dello stato con le Regioni, di cui qui oggi abbiamo degli autorevoli esponenti, fa sì che, in qualche misura, quella collaborazione leale tra diversi livelli istituzionali si vada a comporre naturalmente laddove ci sono degli accordi di questa natura e vengano applicati sui vari territori regionali. Naturalmente sappiamo che è riservata alla competenza legislativa dello Stato e ai livelli essenziali di assistenza, quindi credo che sia assolutamente da ascrivere all'interno di questo quadro una revisione che possa, come dire, assicurare una maggiore omogeneità, che è uno dei grandi temi che ho sentito più volte richiamati sia ieri che questa mattina e che, in qualche misura, possa far sì che anche i contenuti di alcuni atti di intesa, dei vecchi atti di intesa, così come sono definiti nella domanda, possano avere un'applicazione omogenea su tutto il territorio. Però approfitto di questa domanda per richiamare nuovamente un tema che ho citato nel mio intervento di ieri. L'importanza del coinvolgimento delle autonomie locali e, quindi, della Conferenza Unificata che, a livello nazionale, vede rappresentati Stato, Regioni e autonomie locali, in particolare i comuni. Credo che anche su

Evoluzione delle dipendenze e innovazione del sistema dei Ser.D e delle comunità terapeutiche

questo tema debba vedere, come dire, un maggior ricorso perché la materia socio sanitaria di cui fa parte anche tutto l'ambito delle dipendenze, la necessità, più volte citata, di collaborazione anche con i servizi sociali deve trovare una dimensione programmatica che parte dal livello nazionale che vede la Conferenza Unificata assolutamente coinvolta, ma che poi viene declinata con dei luoghi di programmazione che possono sviluppare appunto quella leale collaborazione tra vari livelli istituzionali che arriva poi fino ai territori e fino agli ambiti e ai distretti territoriali. Questo, come dire, credo che sia uno dei punti centrali. Diversamente ritengo piuttosto improbabile riuscire non soltanto a costruire quell'integrazione più volte richiamata ma anche ad assicurare dei livelli omogenei su tutto il territorio nazionale. Per cui al di là dell'esame dal punto di vista giuridico di quelle che sono le specifiche competenze in ambito sanitario tra Stato e Regioni, sapete che ci sono ancora una serie di questioni e anche di controversie su questa materia e non sono inusuali anche i ricorsi talvolta su atti (abbiamo avuto una controprova nel periodo della pandemia) io credo che in un'ottica di costruzione di un impianto socio sanitario sia indispensabile definire con chiarezza, nell'ambito dei livelli essenziali dell'assistenza per quanto riguarda la parte sanitaria e nell'ambito dei livelli essenziali delle prestazioni, per quanto riguarda l'ambito sociale, un profilo definito e chiaro che si riverberi poi anche sui territori.

Come funziona il Budget di salute? Come si può integrare il Budget di salute con l'attuale sistema e come questo può offrire un miglioramento del percorso integrato?

Dr.ssa Roberta Balestra

Il Budget di salute si può integrare benissimo, nel senso che è uno strumento di lavoro già usato, già in essere in alcune realtà e in particolare, come si diceva ieri, nelle aree ad alta integrazione socio-sanitaria: salute mentale e disabilità ma anche alcuni servizi delle dipendenze. Occorre immaginare delle riconversioni o una finalizzazione di alcune risorse economiche che il servizio deve avere nel proprio budget strutturale. Dico questo perché i modelli sono differenziati: ad esempio noi abbiamo dedicato una quota di 60.000 euro del nostro budget e lo abbiamo finalizzato a questa sperimentazione già 5 o 6 anni fa in un accordo con la direzione generale. La Regione quest'anno ha dato molta importanza a questa sperimentazione, finalizzando una quota non rilevante ma significativa di risorse aggiuntive per i servizi per le dipendenze. Diciamo quindi che l'importante è avere, ovviamente, delle risorse economiche, che possono provenire dal bilancio strutturale o da fondi finalizzati. Come dicevo ieri noi non abbiamo un FAP Dipendenze nella salute mentale e anche i comuni hanno queste ingenti risorse che vengono tipicamente usate per costruire per questi percorsi. Il fine di questi percorsi è arricchire l'offerta a renderla più tempestiva e flessibile e quindi per rispondere a bisogni che altrimenti sarebbero un po' costretti con risposte standardizzate. La modalità può essere quella di individuare un elenco fornitori. Questo è quello che in Regione Friuli Venezia Giulia è stato fatto per la salute mentale: c'è stata una gara, un appalto regionale (vi sto parlando del Budget di salute/salute mentale) e hanno risposto al bando moltissime cooperative che hanno costruito una ATI. Nella situazione di bisogno, in base al tipo di bisogno e con dei criteri che sono stati individuati nel capitolato, questo elenco di realtà del privato sociale può essere interpellato per trovare il partner o i partner più adeguati per costruire uno specifico percorso e quindi si costruisce un progetto personalizzato con i partner che appartengono a questo elenco fornitori e poi si fa un atto interno al dipartimento, una determina interna, per stanziare le risorse necessarie. Noi come dipendenti abbiamo un modo diverso, misto, per cui anche noi abbiamo costruito un elenco fornitori che usiamo per programmi rivolti ai giovanissimi. Abbiamo questo servizio per gli under 25 e costruiamo anche risposte sulle 24 ore di gestione della crisi e di residenzialità, diverse e alternative alle comunità terapeutiche. Poi abbiamo invece un percorso senza elenco fornitori per rispondere a bisogni che attengono

Evoluzione delle dipendenze e innovazione del sistema dei Ser.D e delle comunità terapeutiche

ai determinanti sociali di salute. Importantissima è la costruzione di un progetto terapeutico individualizzato, che può nascere anche in seguito ad un VD, una di quelle riunioni di rete che vengono fatte integrando i servizi sanitari e sociali, partendo dalla situazione seguita congiuntamente, concertando insieme i bisogni per affrontare una determinata situazione e come ci si deve intrecciare. Sembra una cosa molto astrusa ma in realtà, vi assicuro, sono degli strumenti formidabili per arricchire l'offerta e sono agevolmente affrontabili con soluzioni amministrative adeguate.

Come garantire ed uniformare su tutto il territorio nazionale il diritto e l'accesso alla cura da parte di tutti anche delle persone "non regolari"? ad esempio i clandestini, migranti...

Dr.ssa Rosanna Mariniello

Questa è una domanda difficile da gestire in cinque minuti ma proverò a lasciarvi degli spunti di riflessione. La garanzia dei livelli essenziali di assistenza dovrebbe assicurare uniformità territoriale nel godimento del diritto alla salute che è implicita. Cioè la necessità che il contenuto del diritto alla salute sia garantito sull'intero territorio nazionale richiede logicamente uniformità nell'erogazione di quei livelli delle prestazioni che ne costituiscono il contenuto irrinunciabile. Sicuramente quindi c'è una stretta relazione fra essenzialità e uniformità delle prestazioni. Questa relazione però, nel tempo, è stata alimentata da fondamentali scelte normative. Se noi pensiamo alla L. 833, che istituiva il Servizio Sanitario Nazionale, in quella legge il legislatore attribuiva al Piano Sanitario l'individuazione di quelle prestazioni che devono essere comunque garantite a tutti i cittadini. Il Piano Sanitario, e quindi anche il legislatore, non si spingeva a pretendere l'uniformità delle prestazioni, cioè si limitava a decretare l'indispensabilità di alcune prestazioni sanitarie irrinunciabili. Nella L. 883 si dava, nel lontano 1978, l'obiettivo al Servizio Sanitario Nazionale di superare gli squilibri territoriali. E questo anche in ossequio all'articolo 3 della Costituzione. Poi che cosa è successo? Già con le riforme degli anni 90, la L. 502, la riforma sanitaria che ha praticamente modificato la natura giuridica organizzativa del sistema sanitario, è stato affidato alle regioni il compito di unificare l'organizzazione sanitaria e, praticamente su base territoriale, anche di adeguare la normativa, diceva la 502, alle esigenze delle singole situazioni regionali. Quindi che cosa è successo? Che a fronte di una propensione del settore sanitario a un pluralismo e a un decentramento si è passati anche a una legislazione di tipo pattizio, cioè si è passati dai piani sanitari, alle intese, a una legislazione di tipo pattizio, che ha portato poi alla definizione dei cosiddetti livelli essenziali di assistenza e quindi, successivamente, alla nascita del comitato LEA, al quale la legislazione vigente ha affidato il monitoraggio dell'erogazione dei livelli essenziali in condizioni di appropriatezza e di efficienza nell'utilizzo delle risorse e poi, soprattutto, anche se è affidato al riparto, la ripartizione delle risorse del fondo fra tutte le Regioni sulla base di standard e di indici concordati.

Per quanto riguarda l'accesso alle persone non regolari e ai clandestini, ai migranti il DPCM LEA 2017 è chiarissimo. Attribuisce cioè ai minori non in regola l'iscrizione al Servizio Sanitario Nazionale e la possibilità di usufruire dell'assistenza sanitaria in condizioni di assoluta parità con i cittadini italiani. Praticamente ai cittadini stranieri presenti sul territorio nazionale non in regola il DPCM garantisce le cure ambulatoriali e ospedaliere urgenti o comunque essenziali ancorché, dice il DPCM, non continuativi per malattia e infortunio. Garantisce inoltre tutta una serie di programmi di medicina preventiva e, all'interno di questi programmi, abbiamo la tutela sociale della gravidanza e della maternità, la salute del minore intesa assolutamente ai sensi della Convenzione del 1989 sui diritti del fanciullo, le vaccinazioni, gli interventi di profilassi internazionale, la cura delle malattie infettive, la bonifica dei focolai eventuali, etc... Quindi che cosa dice praticamente il DPCM? Che comunque è garantito e riconosciuto un diritto di accesso alle cure. Certo che se

Evoluzione delle dipendenze e innovazione del sistema dei Ser.D e delle comunità terapeutiche

l'assistenza sanitaria dipendesse esclusivamente dalla normativa vigente saremmo assolutamente tutelati. Il problema è che l'accesso effettivo alle cure viene ostacolato da una serie di altri fattori che sono l'inefficienza dei servizi, la spesso errata interpretazione delle norme, la mancanza di servizi sanitari adeguati e, nel campo delle dipendenze, ma non solo, i fattori di discriminazione. Questi sono temi macroscopici ai quali ribadisco, è molto complesso rispondere in cinque minuti.

In un sistema che ha privilegiato necessariamente l'autonomia regionale creando di fatto eterogeneità che non garantiscono in tutta Italia la stessa qualità della cura, è a suo avviso possibile pensare delle linee guida che uniformino gli interventi sia all'interno delle stesse regioni che tra regioni?

Dr.ssa Angela Bravi

Ringrazio per la domanda perché tocca un punto essenziale, io credo, per dare concreta attuazione agli esiti di questa Conferenza. Il sistema in realtà non ha privilegiato l'autonomia regionale, come è stato detto da altri relatori prima di me. Nella sanità abbiamo un regime concorrente tra Stato e Regioni per cui gli indirizzi li definisce lo Stato, con i livelli essenziali di assistenza, mentre le Regioni concorrono all'attuazione dei livelli essenziali di assistenza. Diciamo che con la Conferenza vengono definite una serie di proposte che abbiamo l'ambizione di trasformare in indicazioni, indicazioni che trovino attuazione in tutto il territorio regionale. L'idea quindi è di rinnovare, ricostituire un sistema di intervento che tragga anche lezione dagli errori delle fasi precedenti, dei punti critici. I cinque minuti sono sicuramente troppo scarsi per analizzare in maniera precisa cosa è accaduto e cosa dobbiamo invece proporci per il prossimo periodo. Quello che è accaduto è stato già in parte accennato: la maggior parte delle normative, quindi sia la L. 309 ma anche i principali atti di intesa che regolamentano l'organizzazione dei servizi e del sistema di intervento delle dipendenze è antecedente al 2001 e, quindi, a questo nuovo ordinamento tra Stato e Regioni. E quindi dopo cos'è accaduto? Una situazione di stallo che ha caratterizzato il sistema delle dipendenze e che ha fatto sì che ben pochi documenti, indicazioni, indirizzi di livello nazionale siano stati definiti. Ne è derivata quindi una costruzione necessariamente lasciata alla singola iniziativa di ciascuna Regione che in qualche modo, sia pure in maniera caotica, in maniera non coordinata, ha colmato un vuoto di indicazione del livello nazionale. Che cosa occorre fare, come occorre procedere di qui in avanti? Lo strumento principe unico ed essenziale perché un'indicazione di livello nazionale venga poi tradotta e raggiunta al livello regionale e con caratteristiche di sufficiente omogeneità e uniformità tra le regioni è l'intesa. Può essere tradotta in strumenti giuridici differenti, possono essere decreti ministeriali, possono essere intese vere e proprie, possono essere accordi, possono essere piani di azione, comunque hanno necessità di passare formalmente ad una conferenza che rappresenti le Regioni. Da questo punto di vista dobbiamo chiederci quale può essere però il modo più efficace per organizzare questo procedimento. Le parole chiave le dicevo anche ieri: partecipazione, integrazione e coordinamento. Affinché una disposizione abbia maggiori possibilità di essere portata ad attuazione è necessario che i soggetti attuatori siano coinvolti già nella fase di predisposizione e quindi occorre dotarsi di forme di coordinamento di livello nazionale che coinvolgano tutti i livelli, anche delle Regioni e degli Enti Locali, per la predisposizione della proposta normativa. Occorre poi che questo documento sia sottoposto all'approvazione dell'organismo più indicato e, su questo, concordo con la Dott.ssa Tisi, rispetto all'individuazione della Conferenza unificata che, accanto allo Stato e alle Regioni, prevede la partecipazione già a questo livello degli Enti Locali che quindi vengono coinvolti ed impegnati. L'ulteriore elemento è l'applicazione. L'applicazione deve prevedere degli step ben definiti di monitoraggio come è accaduto, come sta accadendo, per diversi atti che vincolano, ad esempio il piano nazionale di prevenzione, ma anche altre pianificazioni, che impongano alle regioni delle modalità di monitoraggio registrate anche attraverso indicatori e attraverso procedimenti ben definiti. Un

Evoluzione delle dipendenze e innovazione del sistema dei Ser.D e delle comunità terapeutiche

esempio rispetto a questo è proprio l'argomento della riduzione del danno che è stato citato più volte. La riduzione del danno è entrato nel DPCM del 2017 e quindi a un livello essenziale di assistenza. Tuttavia, affinché possa essere declinato ed applicato in maniera, speriamo, uniforme in tutte le Regioni occorre attivare questo tipo di procedimento che ho descritto.

Attualmente la presa in carico con farmaci agonisti è strettamente collegata alla residenza. Succede così che persone non residenti facciano fatica ad accedere al farmaco sostitutivo, soprattutto se mai presi in carico dal Ser.D dell'Usl e di residenza o se lontano dal proprio territorio da anni. Tutto questo anche laddove l'esistenza di una scena aperta ("piazza") sia attrazione per persone di altri territori in una città. Come si può affrontare questo nodo sapendo che per le persone che usano oppiacei il farmaco sostitutivo è protettivo per l'overdose e rappresenta comunque una forma di aggancio al Servizio Pubblico?

Dr. Biagio Zanfardino

Per quanto riguarda il punto divista amministrativo, i cittadini non residenti stabiliscono presso il territorio di riferimento il cosiddetto "domicilio sanitario" e quindi possono rivolgersi all'Azienda Sanitaria territoriale di riferimento o al servizio territoriale di riferimento, nel caso specifico per l'erogazione del farmaco sostitutivo, che rientra, per quanto riguarda le dipendenze, nella fattispecie del cosiddetto "appoggio". Appoggio che è anche adeguatamente tracciato, almeno nella nostra regione, con apposito sistema informativo. Per quanto attiene il gravare della spesa, questa è una delle questioni che dal punto vista centrale non sono mai state risolte, anche se, ad oggi, se ne fa carico dal punto di vista economico l'Asl territoriale che eroga il farmaco sostitutivo. Fermo restando che dal punto di vista clinico, se il cittadino non residente è iscritto presso il Ser.D dell'Asl sa dove ha la residenza, il servizio territoriale che eroga il farmaco avrà l'accortezza terapeutica di contattare il Ser.D dove è iscritto il cittadino, in modo da poter conoscere il programma terapeutico e in ogni caso proporre anche un aggancio alla somministrazione del farmaco alle prestazioni psicosociali. Per quanto attiene poi la situazione che può essere connessa in questa fattispecie ai cosiddetti senza fissa dimora, ho girato alla segreteria di questa Conferenza, di questo tavolo, un documento che scaturisce da una ricerca di diversi enti sociali del Terzo Settore che operano in materia e che potrebbe essere utile.

Sempre a proposito di farmaci e terapie sostitutive: sono stati sperimentati durante la fase acuta della pandemia durante il 2020 a fini di terapia di lungo periodo (e non si sono registrati i grandi incidenti). Cosa si può dire che si è appreso in quel periodo in merito alla consegna della terapia sostitutiva nei Ser.D

Dr. Alfio Lucchini

La consegna dei farmaci stabilizzatori oppiacei è regolata da un decreto specifico ministeriale che devo dire è stato ed è di grande utilità e ha migliorato decisamente l'attività dei servizi. Di norma circa il 60% dei centomila pazienti, ricordiamocelo sempre, che assumono oggi farmaci a base di oppiacei assumono il farmaco con cadenza in media settimanale oltre alle consegne di continuità assistenziale nei week end. Le norme di questa consegna del farmaco, mi piace ricordarlo, sono veramente stringenti. Ho potuto seguire direttamente, tra l'altro ormai qualche lustro fa, la costruzione tecnica del decreto del ministro Livia Turco e vi assicuro che fu prestata grandissima attenzione alla sicurezza e alla precisione delle procedure, tenuto conto dei teorici rischi di misuse e diversione del farmaco. Quindi direi che la pratica clinica, come dice la

Evoluzione delle dipendenze e innovazione del sistema dei Ser.D e delle comunità terapeutiche

domanda, la considerazione insita nella domanda, è consolidata ed è un passo avanti verso la personalizzazione dell'intervento, che è il vero obiettivo che abbiamo adesso secondo la situazione clinica ed evolutiva del paziente. Viene citata giustamente la pandemia Covid. La pandemia Covid ci ha posto di fronte anche ad una scelta: chiudere di fatto i servizi o garantire la continuità terapeutica. Come servizi essenziali ovviamente l'apertura non solo è stata obbligatoria ma, a mio parere, eticamente dovuta. Quindi si è lavorato su buone prassi efficaci e sicure che, devo dire, prima le società scientifiche e poi le istituzioni, hanno emanato e hanno proposto agli operatori. Mai proposta fu meglio e velocemente accettata in modo ampio in questo nostro magnifico paese. Diciamo che quasi il 90% dei pazienti hanno avuto la consegna del farmaco per periodi prolungati. La realtà clinica è stata comunque la guida delle scelte, tenuto conto anche di un altro obiettivo, che noi abbiamo sempre, che è l'obiettivo del benessere individuale e relazionale, che è l'obiettivo centrale da perseguire, permettetemi di dire, se veramente vogliamo curare chi ha problemi di dipendenza. È vero che problemi seri non si sono visti. Devo dire che l'attivazione di consultazioni a distanza, di monitoraggio online hanno permesso di cogliere eventuali difficoltà. Questo è un punto importantissimo. Adesso, uscendo sperabilmente dall'emergenza, dobbiamo far buon uso dell'esperienza fatta, certo con revisione delle singole situazioni che è in corso, ma anche mantenendo la consegna ove possibile. Permettetemi due frasi finali. I sistemi di monitoraggio e counselling a distanza diverranno sempre più centrali e su questo stiamo tutti lavorando, approfondendo, formando sempre di più. La seconda e ultima considerazione: i nuovi farmaci long acting, che sono stati citati ieri e anche oggi e che sono in arrivo, permetteranno ulteriore e maggiore personalizzazione delle cure e un nuovo rapporto degli utenti con il servizio. Inoltre permetteranno un più specifico indirizzo della consegna del farmaco. Quindi abbiamo delle belle sfide da questo punto di vista.

Per quale motivo il sistema SIND e che al suo interno contiene moltissime informazioni non può essere interrogato da noi operatori? Sarebbe importante poter avere accesso alle informazioni in esso contenute per la programmazione sanitaria, invece i dati SIND possono essere consultati solo AGGREGATI e soltanto da poche figure selezionate.

La domanda sarà girata al Dr. Giuseppe Viggiano, del Ministero della Salute che è il Direttore generale della digitalizzazione, del sistema informativo sanitario e della statistica e inserita nella documentazione finale.

Evoluzione delle dipendenze e innovazione del sistema dei Ser.D e delle comunità terapeutiche

Considerare le dipendenze uno degli ambiti funzionali all'interno di un ampio dipartimento di psichiatria è troppo riduttivo e non tiene conto della storia degli interventi con le persone che consumano sostanze, aumentando il rischio di sanitarizzare gli interventi e le persone stesse.

Dr. Angelo Righetti

Francamente non capisco questa domanda perché questo rischio non c'è proprio. Non è una questione di ambiti funzionali, è una questione molto precisa e anche epistemologica. Noi siamo tutti quanti fatti di ragione e di follia e la follia fa parte di noi esattamente come la dipendenza. Quand'è che diventa dipendenza la follia o viceversa? Questa è una delle prime cose che si imparano facendo questo mestiere. Io non vedo per quale ragione debba essere considerata una diminuzione, una contaminazione della psichiatria. È salute mentale questa. È discussione sulla salute mentale, sui metodi di cura, sui metodi di prevenzione e sui metodi di riabilitazione. Sui metodi di riabilitazione va fatta subito una chiosa. Non è che noi siamo manchevoli su questo punto, come Italia. Sono manchevoli le altre costituzioni. Noi abbiamo l'articolo 27 che ha espressamente detto che la funzione della misura della pena è orientata verso la riabilitazione, quindi il diritto alla pena e il diritto alla riabilitazione sono diventati questa cosa che ci caratterizza e che caratterizza l'articolo 1-2-3 della Costituzione italiana. Io credo che noi faremmo bene a difenderla fortemente la nostra costituzione; ritengo che sia uno dei capolavori dell'umanità. Non ha vinto premi Unesco ma rimane il fatto che molto è molto considerata. È per questo che noi abbiamo nella riabilitazione uno degli epiteti più interessanti nell'ambito sanitario, così come nell'ambito sociale. Non si da attività socio sanitaria senza una preordinata costruzione di riabilitazione, di gesti e di proprietà tipiche della riabilitazione. Questo non è un vezzo, è semplicemente una coerenza rispetto al dettato di tutte le missioni di aiuto o comunque di quelle che si occupano di questa vicenda. Vedo invece molto molto pericolosa questa specie di carrellata autonomista da parte delle dipendenze nel costruire un proprio dipartimentino. Ma insomma, è una cosa che mi muove l'ilarità. Però non lo so qual è la ragione, o meglio non voglio dire che la ragione sia legata alle carriere delle persone. Non voglio dire questo, perché non mi piace. Anche perché il nostro mestiere è molto quello che si deve dare, e di solito poco quello che si prende, e molto di più evidentemente con altre modalità. Io credo che questa vicenda sia una vicenda un pochino disgraziata. Insomma non capisco questo rotolare sull'autonomia. L'autonomia è una delle patologie più consistenti che hanno prodotto l'alienazione dei tempi moderni. Abbiamo scoperto anche con la pandemia che esiste l'interdipendenza e noi continuiamo a ragionare sull'autonomia e la libertà di essere autonomo, cioè solo in mezzo al quartiere di Quarto Oggiaro guardando dalla finestra la fine della propria vita.

Non lo so cosa si intende. Oppure l'autonomia sindacale. Non si capisce più. Certamente questo non è una categoria, non è una categoria né di malattia, né di sofferenza, né di cura. L'autonomia è semplicemente un funzionamento in cui uno ha la possibilità di camminare, di procacciarsi il pane, di andare in giro.

L'interdipendenza è un po' più complessa, è chiaro. Qui si è parlato dei budget di salute: guardate che i Budget di salute sono una cosa che pone dei vincoli esterni alle attività che si fanno. I vincoli esterni sono il lavoro, articolo della costituzione 1, l'habitat, cioè la casa, citata in vari articoli della costituzione italiana, e l'affettività. L'affettività è l'unica introduzione di vincolo esterno piuttosto premiante e importante, perché far riferimento all'ultimo dei termini della Rivoluzione francese che è la fraternité. La potete usare o non usare, ma molto laicamente era stata immaginata come motore dell'uguaglianza e della libertà. Questi vincoli esterni, pretendono di essere osservati e io credo che debbano essere osservati soprattutto nelle persone con dipendenza o tossicodipendenza. Io non ho sentito parlare da nessuno di lavoro. L'unica esperienza di lavoro guidato che c'è dentro alla disabilità in Italia, lo troviamo a Bologna, nella zona di Bologna e soprattutto all'Emilia Romagna, che ha anche codificato un sistema di ps che permette di connettersi (...). Senza la

Evoluzione delle dipendenze e innovazione del sistema dei Ser.D e delle comunità terapeutiche

categoria del lavoro, della scuola lavoro, della formazione lavoro e del servizio civile non si dà riabilitazione e neanche diminuzioni del danno, che non c'entra niente con la riabilitazione ma comunque è una sana categoria pragmatica.

Si è parlato molto di rinnovare i servizi nella capacità di rispondere a quelle che sono le nuove istanze che stanno pervenendo.

È necessario anche parlare e avviare una riflessione per un rinnovamento dei metodi e modalità di accompagnamento a coloro che sia costano o vivono nelle nostre strutture (residenziali o non residenziali).

Sempre più spesso abbiamo anche fare con un innalzamento dell'età a cui siamo chiamati a far fronte, come non possiamo più quasi mai parlare di dipendenza da una sola sostanza ma quanto dipendenza da più sostanze (poliassuntore) con una sostanza certamente che è dominante, due fattori che determinano fortemente il metodo e le modalità di intervento; un terzo fattore, quello legato all'aumento dei fenomeni che si racchiudono sotto la denominazione di doppia diagnosi.

Una soluzione che è stata proposta è quello di una maggiore condivisione dei progetti a livello nazionale e regionale, ci sono già esempi? Avviare progetti regionali o nazionali e una catena operativa?

Dr. Luciano Squillaci

È chiaro che tutto quello che abbiamo detto tra ieri ed oggi può essere una risposta a questa domanda. Quando parliamo di innalzamento di età non mi piace molto questa idea di suddividere per categorie: parliamo di giovani assuntori, parliamo di anziani, parliamo di cronicità, tutte cose della cui esistenza ci accorgiamo quotidianamente. Però questa suddivisione in categorie va poi in controtendenza rispetto al ragionamento che abbiamo provato a mettere in piedi in questi in questi due giorni e che, contrariamente al sistema per prestazioni e per categorie, è centrato sulla singola persona. È evidente che l'idea che ogni singola persona abbia dei bisogni specifici, abbia una propria esperienza, abbia un proprio vissuto e abbia, evidentemente, anche delle aspirazioni, dei sogni differenti vanno tenuti in considerazione all'interno del percorso terapeutico, di accompagnamento. Quindi immaginare, cioè, continuare a parlare per categorie, rischia di mettere in discussione quanto è stato pensato e immaginato in questi in questi due giorni. È esattamente forse questa la prima risposta che va evidentemente data. È chiaro che abbiamo davanti un fenomeno di innalzamento dell'età cui siamo chiamati a fare fronte, ma questo innalzamento dell'età è legato in modo particolare al fatto che evidentemente le persone che accedono ai servizi hanno, in alcuni casi, una storia anche lunga di tossicodipendenza. Ciò non significa, purtroppo, che non ci siano moltissimi giovani, che magari non riusciamo a intercettare, e ciò non significa che non si debba comunque iniziare a ragionare anche per persone che hanno una età e una storia lunga di dipendenza in termini individuali. Anzi è esattamente il contrario. Probabilmente aver ragionato troppo spesso in termini di categorie non ci ha dato la possibilità di dare le risposte giuste al momento giusto. Ad esempio, quando ragioniamo per tipo di sostanze e, quindi, per tipo di assunzione, dobbiamo anche prendere atto che negli ultimi vent'anni la battaglia contro la sostanza l'abbiamo ampiamente perduta ed è evidentemente chiaro analizzando i dati. Avere la possibilità di ragionare su strumenti di lavoro integrato e di presa in carico territoriale è importante, (abbiamo citato il Budget di salute ma, in senso più generale, ieri dicevo che l'idea di arrivare a una nuova normativa è imprescindibile e fondamentale ma non è sufficiente, è condizione sicuramente necessaria, ma non sufficiente) ma è necessario che ci sia un approccio anche culturale di fronte al modello di intervento che noi vogliamo mettere in piedi.

Evoluzione delle dipendenze e innovazione del sistema dei Ser.D e delle comunità terapeutiche

Questo approccio culturale riguarda la presa in carico territoriale, cioè avere il coraggio di riconoscere che nell'ambito di un intervento (qua parlo in modo particolare per i Servizi del Privato accreditato e delle comunità terapeutiche), le persone che afferiscono ai nostri servizi non sono nostri, non sono nostri utenti, come per dire che siamo sufficienti a noi stessi; avere il coraggio di riconoscere che gli attori che devono intervenire all'interno di un percorso terapeutico e riabilitativo sono diversi e debbono avere tutti quanti una dignità all'interno del progetto individuale che si vuole mettere in campo. Chiaro che per farlo è necessario che ci sia una governance importante. A me non appassiona francamente più di tanto il dibattito sul dipartimento dentro-fuori. Il problema è però che un problema di governance territoriale esiste e su questo problema di governance territoriale è evidente che bisogna in qualche modo intervenire, perché più forte la governance più hai la possibilità concreta poi di mettere in piedi quella attività di programmazione che può portare verso la direzione di una presa integrato territoriale. Esempi ce ne sono ma al momento sono soprattutto sul territorio nazionale legati alla buona volontà o ad alcuni visionari dei Servizi del Pubblico e del Privato Sociale, che in qualche modo hanno provato su alcuni territori a sperimentare strade e percorsi nuovi. Dobbiamo uscire dalla sindrome del vincitore e pensare a possibili strade alternative.

Quali sono gli strumenti che si possono mettere in campo per garantire alle persone in carico una continuità assistenziale e di cura, in riferimento ai servizi coinvolti che insistono su territori diversi?

Dr. Stefano Vecchio

Io vorrei proporre alla persona che ha fatto questa domanda una risposta che riguarda più la continuità e il metodo rispetto al discorso, più in generale, degli strumenti. Credo che questa sia una questione intorno alla quale i servizi devono interrogarsi, soprattutto elaborando le pratiche che hanno messo in atto. Lo dico perché io credo nel sistema di cura: a me non piace molto il termine presa in carico, nel senso che è come se fosse un carico di cui ci prendiamo la responsabilità. Mi piace di più l'idea di declinare la cura almeno su tre grandi aree, che sono "l'aver cura delle persone", "il prendersi cura", che è, come dire, un elemento anche più forte di intensità che riguarda il livello di problematicità delle esigenze delle persone, e "l'interessarsi a", che ho ricavato da Ron Coleman, leader degli uditori di voci, che dice che i servizi devono imparare a interessarsi delle persone, non solo a pensare di avere già gli strumenti per poter affrontare i loro problemi, predefinire già le modalità attraverso le quali i problemi si spingono. Vorrei centrare un attimo la mia veloce risposta, riguardo alle persone che usano i farmaci agonisti o sostitutivi, come vogliamo definirli. Credo che sia un problema importante sul quale noi dobbiamo interrogarci. Io credo che la storia, l'esperienza, la pratica dei servizi e degli operatori hanno espresso le pratiche, che io definisco pratiche implicite di riduzione del danno fondate sull'empowerment, su cui noi dovremmo ragionare un po' di più. Perché hanno prodotto dall'incontro tra gli operatori e le persone che hanno chiesto aiuto dei servizi molti importanti obiettivi. Per esempio l'allontanamento dal mercato illegale, la maggiore attenzione alla salute, comportamenti a rischio. Molte persone hanno recuperato rapporti con la famiglia, molte persone hanno recuperato il rapporto con il lavoro o hanno affrontato il nuovo rapporto con il lavoro. La missione è la continuità delle cure, tendenza che purtroppo non si osserva in molte realtà dei servizi, per le cose che ci siamo detti fino ad oggi, come l'inadeguatezza organizzativa e i riferimenti culturali non sempre adeguati.

Io credo che ridurre a patologia cronica queste realtà significa ingabbiare un po' le persone nei servizi e nel

Evoluzione delle dipendenze e innovazione del sistema dei Ser.D e delle comunità terapeutiche

loro senso di colpa rispetto alle scelte che hanno fatto e significa trascurare questi aspetti. Il modello dell'empowerment ci dice che noi dobbiamo guardare i punti di forza delle persone prima dei deficit e dei punti critici, affrontare i punti critici a partire dai punti di forza. Se noi recuperiamo queste stesse pratiche, queste esperienze degli operatori condotte insieme alle persone, noi potremmo provare a identificare quegli obiettivi. Si è parlato fino ad oggi del ruolo delle persone, della centralità. La centralità non può essere legata al fatto che noi abbiamo un'idea di centralità. È legato alle negoziazioni, ascoltare la persona, a cercare di definire insieme a lei quali sono gli obiettivi primari, anche per piccoli passi, come abbiamo fatto fino ad oggi. Ritengo che questo vada fatto aiutandoli a svincolarsi dei servizi. L'affidamento del farmaco, se si inquadra dentro questa logica, diventa un elemento potente, da questo punto di vista perché diventa uno strumento attraverso il quale la persona impara a autoregolarsi, a valorizzare tutti questi obiettivi e visualizzarli e a valorizzarli. Ritengo che per gli operatori guardare attraverso questa prospettiva significa anche valorizzare le proprie competenze oltre alle proprie pratiche e inserirle in un modo diverso di guardare i nostri servizi. È evidente che all'interno di questo schema in cui continuità non è controllare la persona ma tenere una relazione di continuità e di fiducia reciproca fondata sulla negoziazione, sul fatto che noi siamo esperti per competenza e le persone sono esperte per esperienza. Mi piace questo doppio livello. È evidente, poi dipende dal grado di problematicità, criticità della persona il fatto che possono essere più strutture, più servizi coinvolti. Ma nessuna di queste strutture, di questi servizi è esaustiva. Questa secondo me è una delle cose per cui ci vuole tempo. Noi abbiamo modificato il rapporto con le strutture residenziali accreditate, quelle territoriali, come i centri diurni e strutture intermedie. Ognuno di queste realtà è un'opportunità per la persona di un pezzo di quello che noi chiamiamo programma, del percorso, che va coordinato e integrato. Credo che forse oggi dovremmo mettere un po' mano meglio a questa relazione di rete, anche nelle rappresentazioni che attraverso l'accreditamento, le varie relazioni, gli accordi anche tra enti diversi dovrebbero essere un po' innovate sulla base di queste pratiche. Questo è importante, si deve cambiare il nostro sguardo, le nostre prospettive.

In considerazione dei dati sulle infezioni correlate dell'ultima relazione al parlamento che evidenziano un preoccupante aumento delle diagnosi tardive per HIV e un basso numero di test di HCV eseguiti, mi chiedo e vi chiedo perché non sia stato attenzionato il tema della salute degli utenti che afferiscono i servizi del sistema. Inutile dire che il ritardo della diagnosi significa ritardare l'accesso alle cure con gravi ripercussioni sulla salute individuale e pubblica e in considerazione del fatto che oggi abbiamo trattamenti in grado di eradicare l'HCV...

Dr. Fabrizio Starace

La riflessione che propone la domanda è assolutamente condivisibile, basta guardare i dati complessivi relativi all'utenza dei servizi per rendersi conto che siamo su percentuali di persone che vengono regolarmente testate per HCV e per HIV che sono ampiamente migliorabili. Il tutto è documentato nelle diverse relazioni, da ultimo la relazione al parlamento. Ancora una volta dalle dall'analisi dei dati si rileva una variabilità interregionale molto marcata che evidentemente è il segnale di una attenzione focalizzata o generale che non riesce a conseguire l'obiettivo. Gli strumenti sono evidentemente i soliti, quelli del monitoraggio attento, quello della verifica in corso d'anno, quello della definizione di obiettivi specifici per le equipe, che a loro volta hanno strumenti che non riguardano soltanto le persone che si recano nei servizi, come li definiva Stefano Vecchio,

Evoluzione delle dipendenze e innovazione del sistema dei Ser.D e delle comunità terapeutiche

quelli stabili, quelli fissi, ma anche le attività di outreach sono fondamentali per incrementare questa possibilità di identificazione più veloce possibile. Dopo di che, dopo l'identificazione quello che conta è, anche qui, la capacità di interrelazione tra i servizi per le dipendenze e gli altri nodi della rete, a partire dalle malattie infettive, nel caso dell'HCV, per avviare laddove ve ne siano i requisiti, per attivare i programmi di intervento farmacologico. Insomma in definitiva è certamente uno degli obiettivi da sottolineare, non è accettabile che persone che giungono in contatto con articolazioni nel sistema sanitario non vengano valutati complessivamente per tutte le condizioni di malattia che li possono riguardare. Analogamente potremmo discutere di malattie sessualmente trasmesse che sono rilevate in percentuale molto molto inferiore e per diverse altre questioni. Questo ha una ricaduta nelle attività formative e di sensibilizzazione che sono necessarie per mantenere alta l'attenzione in termini, ad esempio, di counseling motivazionale per favorire l'accesso delle persone che in prima battuta dovessero manifestare resistenze o addirittura un rifiuto esplicito. Ma insomma non entro nel merito: certamente questo è uno degli obiettivi da perseguire con maggiore intensità nei servizi e in maniera omogenea nelle diverse Regioni.

6.5.3 Domande e osservazioni senza risposta

Una riflessione su due temi emersi durante i tavoli tecnici.

Il primo riguarda la modalità per l'accesso, la presa in carico e l'invio in comunità.

Ognuno di questi passaggi obbliga la persona a rapportarsi con servizi multipli (Ser.T, CSM, a volte PS, spdc) con tempi dei servizi spesso assolutamente inadeguati, difficoltà di raccordo tra gli stessi e il famigerato stigma tanto nominato. Tutto ciò aumenta il tempo di latenza rischiando di diminuire l'efficacia del percorso stesso.

Se è difficile per la persona a volte lo è ancor più per la famiglia.

Il secondo è l'insufficienza dei posti disponibili sul territorio, specie se dedicati ad esempio alla doppia diagnosi ai minori, alle donne e le disomogeneità tra regioni che obbliga a migrazioni sanitarie o a vedersi proporre soluzioni "di ripiego".

A questo si aggiunge la disponibilità limitata del Budget di salute che obbliga le scelte.

Concludo con due proposte: la formazione, non necessariamente universitaria, ma affidata al Terzo Settore che possa raggiungere tutti i cittadini interessati

Modifica del sistema di accesso con incremento dei posti disponibili permettendo alla persona di scegliere a chi rivolgersi.

Evoluzione delle dipendenze e innovazione del sistema dei Ser.D e delle comunità terapeutiche

Alcune domande e considerazioni, arrivate dal pubblico iscritto al Tavolo Tecnico nella seconda giornata dei lavori, vengono qui riportate nonostante non sia stato possibile offrire una risposta durante i lavori.

Volevo segnalare che, per fortuna, il tavolo 4 è effettivamente specifico sulla riduzione del danno

Ho sentito dire di allargare la possibilità di certificare diagnosi da parte di Privati. Vi sono già servizi come gli SMI che gestiscono diagnosi, trattamento e reinserimento, la cosa non rappresenta conflitto di interessi, vista anche la debolezza del sistema pubblico sul piano delle ispezioni e controllo su soggetti privati?

Come operatore di una pronta accoglienza trovo che ci siano molte carenze nella circolazione e comunicazione nella rete dei Servizi. I

Il servizio dove opero è centrale a questo sistema, connettendo spesso il sistema dei Ser.D con l'offerta terapeutica delle comunità, e spesso trovo che ci siano problemi di scarsa conoscenza ed informazione. Sono troppo rare le occasioni di contaminazione, ove ci sia la possibilità da parte dei servizi inviati di "vedere" che lavoro viene svolto nelle comunità. Credo che i pazienti avrebbero necessità di una continuità di rapporto col servizio inviante, anche per evitare uno squilibrio nella gestione del caso da parte della struttura che lo ha in carico. Antichi (e nuovi) casi limite saliti alle cronache ci ricordano che l'assenza di controllo da parte del pubblico può generare storture, poiché la relazione di cura, in una struttura chiusa ed incontrollata, facilmente diventa anche relazione di potere.

Molto in linea con quanto sta affermando Stefano Vecchio, sul rischio di psichiatrizzare le persone che usano sostanze aggiungendo danni invece di ridurli, sulla necessità di cambiare radicalmente il paradigma culturale che si rileva ancora nelle risposte di altri Esperti suggeriamo di riprendere la *Carta dei diritti delle persone che usano sostanze – Genova 2014* firmata da decine di realtà istituzionali e rimasta perlopiù lettera morta: <https://lafinedelmondoproibizionista.wordpress.com/2014/05/12/carta-dei-diritti-delle-persone-che-usano-sostanze/>

L'adozione di interventi basati su evidenze di efficacia, o la produzione di evidenze e la trasparenza circa il rationale dei modelli adottati, non dovrebbero essere richiesti al Privato accreditato (comunità terapeutiche) quanto ai servizi? Come si può incentivare questa transizione? Non si lede altrimenti il diritto ad avere le migliori cure possibili da parte dei pazienti?

6.5.4 Precisazioni degli Esperti e risposta del Coordinatore

A conclusione dei lavori alcuni Esperti hanno chiesto la possibilità di poter esprimere in brevi interventi alcune puntualizzazioni rispetto allo svolgimento dei lavori alle quali è seguita la risposta del Coordinatore.

Si riportano di seguito i relativi interventi.

Dr.ssa Angela Bravi

Diversi interventi hanno richiamato in maniera forte l'eccessiva differenziazione fra le Regioni. Volevo completare questo ragionamento sottolineando che gli elementi di differenziazione e di frammentazione del sistema sono riconducibili a diversi fattori. Non va dimenticato, innanzitutto, uno scollamento tra le diverse competenze che ricadono sui livelli centrali, Dipartimento Politiche Antidroga, Ministero della Salute e, con competenze diverse, altri ministeri, Istituto Superiore di Sanità, Agenas ecc. che occorre ricondurre all'interno di una cornice di emanazione legislativa, normativa e di indirizzi unitari. La differenza fra le regioni: scontiamo, e forse è il caso che cominciamo a dircelo chiaramente, una fase in cui questo tema era stato sottoposto ad un conflitto anche di tipo ideologico, etico, di posizioni estremamente differenti, per cui è uscito completamente dall'agenda politica per almeno un decennio e, forse, dobbiamo ricordarci tutto questo. Quindi se da un lato occorre ricostituire quei luoghi di coordinamento a livello nazionale e riprodotti poi a cascata a livello regionale e locale, occorre d'altra parte ricostituire dei luoghi e dei percorsi di confronto che consentano sia di valorizzare e diffondere le esperienze, che le singole realtà hanno realizzato efficacemente, sia di ragionare su quei nodi, e oggi ne sono emersi parecchi, su cui non c'è una unanimità di visione e che non possono trovare una soluzione brutale e, diciamo così, non condivisa. Sollecito che da questi primi workshop e poi dalla Conferenza partano dei percorsi di approfondimento, da un lato, di coinvolgimento e partecipazione con tutti i soggetti che hanno partecipato a questi lavori e, dall'altro lato, un'attenzione ai luoghi di coordinamento, di livello nazionale, regionale e locale.

Ricordo infine al Dr. Starace che sono in atto dei piani sull' HIV o AIDS, sullo screening per HIV, c'è stato quello sull'accesso ai farmaci per HCV, che hanno coinvolto lo stato, a cascata tutte le regioni e che sono in atto. Ricordo che i servizi per le dipendenze hanno fatto negli anni un'operazione rispetto ad HIV e AIDS che forse potrebbe essere di esempio anche rispetto a tutta la popolazione generale.

Dr. Stefano Vecchio

In realtà non so se questa è la sede. Piuttosto che sul dibattito avevo qualche riflessione sulla prima slide presentata ieri dal Dr. Fabrizio Starace e voglio dire velocemente alcune cose su questo dato.

Intanto sono d'accordissimo con quello che diceva la Dr.ssa Angela Bravi e spero che poi potremo promuovere questo processo, anche velocemente. Io mi chiedo, perché è molto complicato fare una sintesi di tutta la discussione che si è svolta nel Tavolo e nelle tre Tavole Rotonde, se noi ci diamo un metodo per cercare di rappresentare i punti di vista che, naturalmente, su diverse cose non sono uniformi tra di noi. Intanto parto da un'area sulla quale mi sembra che ci siamo espressi di più e non so perché il Dr. Fabrizio Starace non ha citato, però io non ho partecipato da subito quindi non so qual era il senso: la questione della riduzione del danno. Di riduzione del danno, anche se questa non era la sessione specifica, ma una sessione che si occupa dei modelli organizzativi, dei dipartimenti, di servizi, non si può non occuparsi; di questa prospettiva importante, di come questa prospettiva si integri all'interno di un sistema rivisto di intervento. Questo è il

Evoluzione delle dipendenze e innovazione del sistema dei Ser.D e delle comunità terapeutiche

primo livello che vorrei che si sottolineasse. Secondo: io mi rendo conto che siamo stati in pochissimi ad aver posto un problema che ha a che fare con la legge, con il cambio della legge che non riguarda solo i servizi, ma il quadro generale. Però io vorrei che fosse rappresentato almeno questo punto di vista, cioè l'esigenza che ci sia un cambio di prospettiva, o perlomeno che si discuta di qual'è la prospettiva. Dobbiamo mantenere una prospettiva fondata sul sistema penale o dobbiamo modificarla? Almeno questa domanda va considerata perché altrimenti è difficile pensare ad un sistema di servizi. Ultimo punto è quello che riguarda la questione dei dipartimenti. Al di là dell'autonomia o meno del sistema dei servizi, a partire da questo si può ragionare. Allora io anche questo vorrei che si rappresentasse: un dipartimento, un sistema di servizi che si deve limitare all'azione sulle dipendenze o che deve allargare la sua azione ad un'area più generale del fenomeno che non può essere ridotta a questo? Ma se la psichiatria è diventata salute mentale, già nel '78, se le patologie delle donne sono diventate con la L. 883, salute delle donne, perché non possiamo parlare di salute delle persone che usano sostanze e all'interno di questo inquadrare il discorso. Perché se noi lavoriamo in questi termini si tratta di capire in che modo poi il sistema affronterà l'ampiezza delle questioni che pongono. Questi erano i tre punti. L'ultimo punto è quello sui finanziamenti: vorrei ricordare la necessità che anche il PNRR stabilisca una quota specifica per l'area delle politiche sulle droghe.

Dr. Alfio Lucchini

Io vorrei dire questo, anche al nostro Coordinatore che sta facendo un ottimo lavoro. Obiettivamente è difficile organizzare questi Tavoli tenendo conto anche di una visione più complessiva che sta andando avanti per la costruzione della Conferenza nazionale, per cui, obiettivamente, il Coordinatore avrà poi dei compiti importanti. Da questo punto di vista dico subito, riprendendo quello che ha detto Angela Bravi, ed essendo felice della possibilità per le società scientifiche di essere rappresentati in modo significativo in questi in questi Tavoli, che valuti anche il Coordinatore, sicuramente per il dopo Conferenza, ma anche in questo percorso di costruzione della Conferenza, se ritiene opportuno analizzare in modo più compiuto con con gli esperti o con gruppi di esperti, i temi che sono all'ordine del giorno. Perché dico questo? Per quanto riguarda la mia società scientifica, noi abbiamo deciso di occuparci solo di quattro fondamentali. Si dà il caso che su quattro fondamentali, tre siano propri di questo Tavolo, oltre a me infatti c'è la nostra vicepresidente seduta a questo Tavolo e sono: personale e risorse; dipartimento in una sanità nuova territoriale, non dal punto di vista culturale; unificazione istituzionale di tutte le dipendenze, così come sono unificate nei trattamenti nei servizi; disciplina e specializzazione, che va a un Tavolo diverso. Quindi è evidente che su queste questioni noi finalizziamo l'attività della nostra società scientifica da qui alla Conferenza e anche dopo. Quindi il mio il mio contributo voleva essere questo. Per il resto sono d'accordo con Angela Bravi se penso a quello che stiamo facendo, contrariamente ad altri settori della sanità pubblica, e non parlo della salute mentale o della psichiatria, per l'HCV: in questo periodo direi che forse c'è anche un problema di raccolta complessiva dei dati e di raccolta regionale dei dati in questo simpatico paese.

Dr. Riccardo Gionfriddo

Credo che occorra sciogliere alcuni nodi e probabilmente ci saranno delle tappe successive per poterlo fare, e cioè il nodo sui dipartimenti, sul Dipartimento per le Dipendenze, su cui c'è credo soltanto una voce, per la verità, che valuto particolarmente autorevole, e cioè quella del dr. Righetti, sul Dipartimento Dipendenze autonomo rispetto alla salute mentale. Mentre tutte le altre posizioni sono unanimi nel definire l'istituzione di dipartimento delle dipendenze come una cosa essenziale e necessaria. Non lo so se è importante che all'interno di questo Tavolo si evidenzia questa contrapposizione anche a fronte di una voce autorevole ma

Evoluzione delle dipendenze e innovazione del sistema dei Ser.D e delle comunità terapeutiche

sostanzialmente isolata. L'altro punto che volevo evidenziare è la modifica della L. 309: c'è stato un tavolo informale tra associazioni di comunità terapeutiche, FederSerd, SITD, e quanti altri che ha elaborato una proposta di modifica. Questa proposta di modifica potrà essere acquisita agli atti, evidenziata da questo Tavolo o da altri o posta all'attenzione di tutta la comunità scientifica che parteciperà alla Conferenza di Genova.

Dr. Icro Maremmani

Mi vorrei unire anch'io a quanto ha detto il Dr. Righetti, perché fondamentalmente, io credo che il dipartimento migliore sarebbe un dipartimento di neuroscienze che comprenda la neurologia, la psichiatria, le dipendenze, il materno-infantile e la pediatria. Insomma ecco, tutto quello che fanno all'estero: almeno una volta copiamo quello di buono che c'è all'estero.

Dr. Fabrizio Starace

Mi pare mi pare che con le occasioni che ci sono state offerte dalle domande poste dai colleghi che hanno seguito i lavori di ieri abbiamo ulteriormente rifinito le questioni e anche negli interventi conclusivi mi pare ci siano state delle proposte sia di tipo operativo che di ulteriore focalizzazione, a partire dai quattro punti di cui parlava Lucchini e a quello essenzialmente centrato sull'organizzazione che citava Riccardo Gionfriddo. Non voglio però dimenticare il tema più generale, richiamato da Stefano Vecchio, ma la questione cardine della riduzione del danno, non so se le diapositive, quelle riassuntive dei contributi di tutti siano state fatte circolare, ma nella impostazione che proponevo ieri era al centro, all'inizio, proprio nella definizione del lavoro di cura e credo che dal lavoro di cura e dalla sua impostazione dipenda una modalità organizzativa che ci si dà. Troppo spesso siamo abituati a parlare prima del motore dell'auto e poi della direzione che vogliamo che l'auto prenda. Probabilmente è il caso di individuare prima i percorsi lungo i quali vogliamo che il veicolo organizzativo ci porti.

En passant non voglio sottovalutare, Dr.ssa Bravi, l'azione che viene svolta per l'individuazione dell'HCV. Vi segnalo semplicemente che quella è certamente un'area nella quale si può fare di più, fermo restando che questo è un impegno che i Ser.D stanno conducendo in maniera esplicita e vi sono ad esempio, ed Alfio Lucchini ce lo ricordava, altre aree. Però io penso che sia utile, se dobbiamo prendere un riferimento, prendere un riferimento verso l'alto, perché se prendiamo il riferimento verso il basso non è una cosa positiva. Così è stato fatto per l'HIV: ricordo bene le campagne adottate allora, alle quali molto modestamente ho partecipato già dall'inizio degli anni '90. C'è quindi una questione di carattere più generale, quella che citava Riccardo Gionfriddo. Se esiste, e certamente c'è, una proposta più complessiva di riforma, una proposta più dettagliata di riforma della 309, io credo che occorra tenerne assolutamente conto, visto che esprime il parere di organismi scientifici, associazioni, coordinamenti. Immagino che nell'ambito del compito che ci è stato affidato dovremmo, e di questo farei richiesta a Riccardo Gionfriddo e a quanti di voi hanno più direttamente partecipato a questa operazione, individuare quegli aspetti che proposti all'interno della, chiamiamola, riforma hanno maggiore attinenza con i temi che ci sono stati affidati come Tavolo perché, altrimenti, ci prenderemmo un ruolo che non credo, in questo momento almeno, abbiamo. Poi immagino che, per lavorare direttamente sul testo normativo, sarà un'attenzione, un'individuazione e, come dire, un'elaborazione più specifica.

Sul piano operativo mi pare di aver recepito la necessità, avvertita da molti, di potersi incontrare: non tanto per esplorare i vari aspetti che ci sono stati affidati. Nel cinquanta per cento dei casi gli Esperti qui presenti hanno focalizzato su una tematica mentre nell'altro cinquanta per cento hanno affrontato, per quanto di

Evoluzione delle dipendenze e innovazione del sistema dei Ser.D e delle comunità terapeutiche

propria specifica competenza, il ventaglio complessivo delle questioni che c'erano. Io credo che, se me farò portavoce, sarà il caso di immaginare degli incontri successivi, che non avranno questa caratteristica di interazione anche con il pubblico esterno. Sarà affidato quindi ai singoli Esperti il compito di individuare le tematiche di maggiore attenzione ma è, credo, un lavoro che dovremmo fare, per lo meno, per provare a rifinire il contributo complessivo che necessariamente, e questo non è neanche utile che lo ribadisca, necessariamente dovrà essere di estrema sintesi della ricchezza che è venuta fuori a partire dalle riunioni precedenti per continuare con i contributi che ciascuno ha dato in forma scritta a seguire con le giornate attuali. Quindi diciamo che noi ci salutiamo per il momento su queste tematiche e su queste modalità che abbiamo adottato riservandoci, naturalmente in coerenza anche con quello che sarà deciso negli altri Tavoli tematici, di trovare un punto di possibile confronto, di dibattito ulteriore ed eventualmente anche di selezione di priorità. Perché, non devo dirlo a voi, ma anche fare una lista della spesa in un intervento che in una Conferenza nazionale rischia di essere dispersivo piuttosto che focalizzare su alcune cruciali questioni sulle quali si vuole fare la differenza.



Evoluzione delle dipendenze e innovazione del sistema dei Ser.D e delle comunità terapeutiche

Relazione Tecnica del Coordinatore

a cura di Fabrizio Starace

Esperti partecipanti:

Denise Amerini, Roberta Balestra, Angela Bravi, Pietro Canuzzi, Riccardo De Facci, Angelo Fioretti, Riccardo Gionfriddo, Liliana La Sala, Claudio Leonardi, Alfio Lucchini, Icro Maremmani, Rosanna Mariniello, Roberta Pacifici, Giovanni Rezza, Angelo Righetti, Alessio Saponaro, Biagio Sciortino, Luciano Squillaci, Elide Tisi, Stefano Vecchio, Francesco Giuseppe Vismara, Biagio Zanfordino



Evoluzione delle dipendenze e innovazione del sistema dei Ser.D e delle comunità terapeutiche

7.1 Evoluzione delle dipendenze e innovazione del sistema dei Ser.D e delle comunità terapeutiche

Nell'affrontare il tema dell'evoluzione delle dipendenze e delle innovazioni necessarie per fare in modo che il sistema dei Servizi pubblici e delle Comunità Terapeutiche sia in grado di rispondere adeguatamente alle sfide del terzo millennio, l'attenzione si è concentrata – come da mandato – sulla verifica di impatto dell'attuale normativa, sull'applicazione dei documenti di indirizzo nazionali e regionali, sull'individuazione delle aree di criticità e sulle possibili azioni di aggiornamento del quadro legislativo e del miglioramento dei livelli di *governance*.

In premessa, è stata sottolineata la necessità di una revisione dei principi ispiratori della legge attuale che, dal modello della repressione/punizione, conduca a un modello di governo e regolazione sociale del fenomeno, rilanciando i principi della sanità territoriale, delle prestazioni a alta integrazione sociosanitaria orientate alla promozione della salute, del coinvolgimento attivo delle persone direttamente interessate, del sostegno dell'autoregolazione.

Si rileva tuttavia la mancanza di unanimità sulla popolazione a cui ci si riferisce: se da un lato esiste una visione che indirizza le cure a tutte le persone che usano droghe e a coloro che sviluppano una dipendenza, comprendendo nel percorso riabilitativo anche gli interventi di RdD e LdR, dall'altra ci si concentra sul trattamento e la cura delle persone che hanno sviluppato una dipendenza.

La diversificazione dei modelli di uso delle sostanze, con rischi di poliabuso, l'emergere di nuove dipendenze comportamentali, la crescita di comorbidità con patologie internistiche e disturbi psichiatrici, l'invecchiamento della popolazione in carico ai servizi e la scarsa capacità di intercettare precocemente le persone che usano droghe, sono tutti elementi che impongono un adeguamento ed un rafforzamento del sistema di offerta preventiva, terapeutica e riabilitativa e di riduzione del danno.

Come ribadito da tutti gli Organismi ed Agenzie Internazionali, l'assunzione del modello della riduzione del danno e della limitazione dei rischi assume rilievo di strategia trasversale, integrata con il Terzo Settore, secondo modalità di coprogrammazione e cogestione, e con il pieno coinvolgimento delle persone che usano droghe e con dipendenza.

Appare evidente, inoltre, che la riforma del Titolo V della Costituzione ha comportato negli ultimi venti anni una difformità nella programmazione delle attività sanitarie delle Regioni, conducendo a modelli di intervento molto differenziati tra loro, che oggi necessitano di individuare strumenti per superare l'estrema differenziazione tra le politiche adottate delle varie Regioni e le conseguenti disomogeneità inter- ed intra-regionali nell'organizzazione del sistema territoriale dei Ser.D, degli interventi di RdD e LdR innovativi e di prossimità e della loro integrazione con le attività degli EE.LL.. È quindi necessario strutturare un sistema di "*governance diffusa*", definito e coordinato sia in senso verticale che orizzontale che preveda:

- un organo di coordinamento nazionale per la definizione coordinata della programmazione strategica entro cui siano rappresentate le istituzioni centrali (Min. Salute, DPA, altri ministeri, Enti di Ricerca), Regioni, Enti locali, i rappresentanti del Terzo Settore, delle società scientifiche, della società civile, dei portatori di interesse;

Evoluzione delle dipendenze e innovazione del sistema dei Ser.D e delle comunità terapeutiche

- l'adozione di atti di intesa da approvare in Conferenza Unificata (Stato-Regioni-EE.LL.), per rispondere all'esigenza di indirizzi nazionali uniformi e all'autonomia delle Regioni, seguendone l'applicazione con percorsi applicativi coordinati e monitorati;
- nell'ambito delle diverse strutture regionali, la presenza di un Ufficio Dipendenze che coordini un Tavolo Permanente di consultazione, a composizione integrata, per la lettura approfondita del quadro regionale, la programmazione partecipata degli atti strategici ed il loro monitoraggio;
- a livello locale, la definizione dei livelli di governo territoriale che diano concreta applicazione alla programmazione integrata e, allo stesso tempo, costituiscano il perno di reti locali comprendenti il Terzo Settore, le istituzioni locali, le associazioni. Al centro di questo impianto sta il rilancio dei Piani di Zona, sia per la rilevazione dei bisogni che per la programmazione dei servizi.

Condizione imprescindibile per l'avvio di questo complesso processo di riforma è la definizione vincolata delle risorse necessarie al sistema di prevenzione cura e riabilitazione per le dipendenze. Negli anni queste risorse si sono progressivamente ridotte, al punto da divenire oggi totalmente insufficienti. Emblematico in tal senso è l'azzeramento del fondo previsto all'art. 127 della L. 45/99, interamente confluito nel Fondo indistinto delle Politiche Sociali a seguito dell'approvazione della L.328/2000. Il rifinanziamento di quel fondo, che ha garantito percorsi di prevenzione, inserimento socio-lavorativo ed ha consentito sperimentazioni importanti nel campo della cura e della riabilitazione, oggi divenute prassi operative, dovrebbe attestarsi almeno all'1,5% del fondo sanitario. Un incremento di almeno il 35% delle risorse attualmente dedicate ai servizi territoriali delle dipendenze era già previsto nel Piano elaborato dal Comitato di Esperti per la ripresa economica e sociale istituito dalla PDCM nel 2020 per consentire non solo un allineamento agli standard prefissati, ma anche di affrontare le conseguenze della pandemia, con particolare riferimento all'abuso di sostanze e alla diffusione delle dipendenze comportamentali.

L'organizzazione dei Servizi per le Dipendenze in una prospettiva di innovazione

Direttamente connesso alle differenti politiche regionali sta la variabilità dei modelli organizzativi del sistema dipendenze che le regioni italiane hanno adottato: le diversità non riguardano solo la collocazione dei servizi Ser.D nelle macro-articolazioni aziendali, ma più in generale la complessiva articolazione del sistema pubblico/privato ed i meccanismi di collegamento tra i settori pubblici e privati accreditati delle dipendenze, della salute mentale e della medicina interna. Un esempio sono i Servizi Multidisciplinari Integrati (SMI), introdotti per facilitare l'accessibilità alla cura. Nel Panel sono state espresse opinioni rappresentative dell'attuale variabilità inter-regionale e dei differenti orientamenti disciplinari: da un lato la preoccupazione di un assorbimento del sistema dei servizi per le dipendenze nelle macrostrutture dipartimentali per la salute mentale, con il rischio di una "medicalizzazione" dei consumi e della presa in carico; dall'altro la possibilità della integrazione in una macrostruttura aziendale che includa le UU.OO con cui le Dipendenze hanno il maggior numero di interfacce. L'orientamento prevalente negli esperti dell'area dipendenze è quello di pervenire all'istituzione di un Dipartimento per la Tutela della Salute delle Persone che Usano Droghe e/o con Dipendenza comportamentale, con autonomia dirigenziale, organizzativa e funzionale ed articolato per modelli di consumo. Si ritiene peraltro che l'attuale variabilità organizzativa, difficilmente emendabile in costanza di autonomia regionale, possa divenire oggetto di una accurata valutazione comparativa, volta a verificare i parametri di accesso, la specificità e intensità di cura, la globalità di presa in carico, gli esiti clinici e psicosociali. Tale valutazione consentirebbe di identificare standard organizzativi, di risorse e qualità da convogliare in appositi Atti di Intesa Stato-Regioni.

Evoluzione delle dipendenze e innovazione del sistema dei Ser.D e delle comunità terapeutiche

Un elemento di particolare rilievo è la revisione dei criteri di accreditamento con il Terzo Settore. La riformulazione di tali criteri dovrebbe essere coerente con la definizione di tipologie di programmi per soglie di intensità, con tempi flessibili, negoziati con gli utenti, ed introdurre la possibilità di accreditamento di servizi e interventi cogestiti dai servizi pubblici e del privato sociale. Va previsto inoltre l'accREDITamento di Comunità per minori con problemi di dipendenza tenendo conto dei maggiori ed impegnativi bisogni di questa specifica utenza (scuola, attività sportive e ricreative, etc.), che pur nel rispetto del Titolo V della Costituzione, possano condurre a delineare un sistema più unitario.

Un'altra criticità strutturale è il progressivo depauperamento delle risorse umane dei servizi per le dipendenze. È opinione condivisa che sia necessario programmare risorse di personale che rispettino il criterio della multi-professionalità e siano individuate in base a standard quali-quantitativi e ad obiettivi/LEA da garantire.

Alle caratteristiche quantitative del personale vanno sincreticamente collegate quelle qualitative: in tal senso la formazione e la supervisione agli operatori consente da un lato l'aggiornamento e la manutenzione continua delle competenze tecniche e relazionali necessarie ad affrontare le innovazioni, dall'altro contribuisce ad evitare il *burn-out* offrendo occasioni motivazionali per continuare a lavorare sul campo. I piani di aggiornamento e formazione dovranno essere adottati a livello Aziendale e Regionale e rivolgersi in modo integrato tanto al personale del settore pubblico quanto a quello del privato sociale accreditato.

Appropriatezza dei percorsi terapeutici, di riduzione del danno e dei rischi (RdD/LdR), e di promozione della salute, monitoraggio e valutazione degli esiti, presa in carico globale della persona

Il sistema deve essere rimesso in linea con i bisogni e le necessità attuali attraverso la definizione di linee guida/raccomandazioni nazionali basate su un'accurata analisi delle evidenze disponibili, e condivise con le autonomie regionali, che superino la frammentazione e la difformità degli interventi e delle performance dei servizi, analizzati attraverso i flussi informativi nazionali per rilevare le migliori soluzioni organizzative e gli interventi innovativi da diffondere su tutto il territorio. A livello locale ciò dovrà tradursi nella definizione di percorsi di cura integrati e multi-professionali che comprendano dipendenze comportamentali, poli-abuso, comorbilità psichiatriche e interniste e rischi connessi a nuovi modelli di consumo, che orientino il passaggio da un sistema di tipo prestazionale a una progettazione individualizzata ed integrata organizzata sui bisogni individuali e sui contesti diversificati del consumo, piuttosto che sul "tipo" di dipendenza.

Più in generale, la presa in carico multidisciplinare, multifattoriale ed integrata prevede il passaggio da un approccio prioritariamente di "cure" ad un modello di "care" in cui il Budget di salute (v. infra) può costituire lo strumento più appropriato, che preveda tanto l'intervento terapeutico quanto il reinserimento e i processi di inclusione sociale.

L'integrazione tra i servizi socio-sanitari, quella con i medici di medicina generale, con il pronto soccorso, le malattie infettive e, naturalmente, laddove non appartengano a una medesima macrostruttura, con la salute mentale, è condizione essenziale per la definizione dei Percorsi Diagnostico Terapeutici Assistenziali (PDTA). La definizione dei PDTA non può prescindere, inoltre, dall'integrazione inter-istituzionale con i servizi sociali e dal rapporto funzionale con i servizi del Terzo Settore per la presa in carico di soggetti vulnerabili e in condizione di marginalità che sempre più spesso manifestano problemi di dipendenza.

Il modello del Budget di salute

L'adozione dello strumento del BdS nel sistema delle dipendenze viene ritenuta una opzione strategica che, in attesa di una più compiuta integrazione istituzionale, può consentire la ricomposizione delle componenti sanitarie e sociali sui territori, attraverso la programmazione sociosanitaria integrata di zona, e dare corpo al principio costituzionale della sussidiarietà.

Il BdS è lo strumento a sostegno del Progetto individualizzato in cui la componente terapeutico-riabilitativa derivi dalla valutazione della natura del bisogno; degli obiettivi e i risultati attesi; della rete attivata e dell'articolazione dei diversi interventi; della durata del progetto; delle modalità di verifica; dei costi e della composizione del budget; del case manager del servizio proponente e degli altri servizi coinvolti. Il progetto dovrà essere sottoscritto dal diretto interessato/a e dai responsabili dei servizi pubblici e del privato sociale coinvolti.

Il BdS è la sintesi delle risorse finanziarie del Sistema Sanitario Regionale e del Servizio Sociale Comunale (o di Ambito Territoriale), di quelle individuali, familiari, comunitarie, del volontariato, volte a migliorare la salute nell'ottica del possibile recupero mediante l'attivazione di percorsi evolutivi e delle risorse di comunità secondo la logica del *welfare* generativo.

L'adozione del BdS nell'area delle dipendenze diventa un'opzione strategica fondamentale se sostenuta da una programmazione nazionale, da un sistema articolato di LEA/LEP adeguatamente finanziati, da atti di programmazione regionale che definiscano il sistema di *governance* istituzionale e di pianificazione locale sul versante sanitario, socio-sanitario e sociale.

Partecipazione delle persone con dipendenza e familiari ai percorsi di cura

Tema centrale per una visione innovativa del sistema nelle dipendenze è quello della piena partecipazione delle persone con dipendenza e familiari negli ambiti programmatori, di monitoraggio e di verifica dei percorsi di cura e degli interventi LdR e RdD. In primo luogo questa presenza dovrà sistematicamente essere perseguita nella definizione dei singoli percorsi di cura, quale modalità ineludibile di lavoro nella predisposizione e implementazione dei piani individualizzati.

Il coinvolgimento delle PUD nei percorsi di cura dovrà inoltre avvenire attraverso: la partecipazione a gruppi di auto-mutuo-aiuto attivati all'interno del percorso riabilitativo; il coinvolgimento dei pari negli interventi di riduzione dei danni e dei rischi; il sostegno al supporto tra pari; la partecipazione a percorsi di sostegno alla genitorialità. Il coinvolgimento dei familiari nei percorsi di cura dovrà avvenire attraverso incontri strutturati tra servizi e genitori volti a consolidare l'alleanza terapeutica e gruppi di auto-mutuo-aiuto tra genitori.

Più in generale, la presenza di rappresentanti delle associazioni di persone dipendenti e familiari dovrà essere prevista nella composizione degli organi consultivi aziendali e regionali e negli organismi di programmazione e verifica previsti dalla programmazione sociale (PdZ).

Adeguamento dei servizi alla nuova domanda di trattamento (dipendenze comportamentali; accesso under 25)

Il tema dell'accessibilità dei servizi, ossia l'esigenza di abbassare le soglie di accesso e di disporre di percorsi specifici per le nuove forme di dipendenza e per gruppi di popolazione allo stato difficilmente raggiunti (ad es.: giovani minori con problemi di uso o abuso di sostanze) si coniuga con le opportunità offerte dalla programmazione delle Case della Comunità presente nel PNRR. La possibilità di disporre di spazi e tempi di

Evoluzione delle dipendenze e innovazione del sistema dei Ser.D e delle comunità terapeutiche

primo contatto in contesti de-stigmatizzanti, ad accesso libero e/o su richiesta delle cure primarie o dei servizi sociali, può rivelarsi opzione strategica che deve vedere il sistema delle dipendenze parte integrante della riforma dei servizi territoriali prevista dal PNRR.

Obiettivo primario è la riduzione dei tempi di primo contatto e di attivazione degli eventuali interventi, elemento centrale per la riqualificazione dei servizi nel loro insieme e per la realizzazione di una concreta complementarità tra gli interventi di riduzione del danno ed il trattamento delle dipendenze. Allo stesso tempo, risulta necessario ampliare e innovare le strategie di incontro dei giovani nei contesti “naturali” di consumo, in continuo cambiamento, compresi i contesti del *dark web*, già in sperimentazione in alcune realtà italiane e diffuse in alcuni Paesi europei.

In questo contesto, si inserisce anche la qualificazione del ruolo del terzo settore con la valorizzazione delle sue competenze e approcci multidisciplinari e degli interventi in un'ottica di integrazione con il pubblico.

L'utilizzo delle nuove tecnologie nei percorsi di cura

Per nuove tecnologie si intendono in questa sede quelle rese disponibili dalla diffusione della rete e degli strumenti informatici, che nelle dipendenze possono assumere un ruolo rilevante per migliorare la qualità e la continuità delle cure.

La pandemia da Covid-19 ha messo in evidenza quanto anche nei Servizi per le dipendenze la telemedicina possa consentire l'erogazione di alcuni tipi di prestazioni da remoto, in grado di integrare le prestazioni sanitarie tradizionali. In particolare, in questo periodo nei Ser.D sono stati sperimentati alcuni modelli: Televisita (per medici e psicologi) e Teleassistenza (per professioni sanitarie), che hanno permesso l'interazione a distanza con gli assistiti; Teleconsulto, che ha permesso la comunicazione tra professionisti, colloqui di supporto, valutazioni sanitarie, colloqui di monitoraggio, riunioni di coordinamento e di rete tra professionisti, ecc.

Anche gli interventi erogati a domicilio del paziente possono essere efficacemente supportati da strumenti di gestione della documentazione elettronica (ad es.: monitoraggio dei parametri vitali, registrazione delle prestazioni erogate, somministrazione di test di *assessment*)

Appropriato utilizzo della terapia sostitutiva con farmaci agonisti e affidamento di farmaci agonisti

Dopo 50 anni di esperienza il trattamento a lungo termine di mantenimento con agonisti oppiacei è in grado di controllare la dipendenza da oppiacei, le sue conseguenze, e di migliorare le condizioni psico-fisiche e sociali del paziente. Da una ventina d'anni al metadone è stata affiancata la buprenorfina e numerose preparazioni di ultima generazione stanno per entrare in commercio con l'obiettivo di riuscire a personalizzare al massimo la prescrizione e di gestire il trattamento farmacologico con appropriatezza e sicurezza.

Gli interventi di “riduzione del danno” tuttavia non devono essere considerati in contrapposizione con la prospettiva del trattamento delle dipendenze. Riduzione del danno e trattamento sono strategie complementari, parte dello stesso sistema, nella prospettiva del coinvolgimento e valorizzazione delle risorse e competenze della persona, secondo i principi dell'*empowerment*, interagendo a diversi livelli compresi quelli della cura.

Nel futuro prossimo è possibile prevedere un'organizzazione dell'assistenza alle persone con dipendenza che tenga conto delle mutate condizioni cliniche e possibilità terapeutiche. Come per tutte le altre discipline

mediche l'assistenza andrà organizzata per livelli di intervento con l'utilizzo dei principi generali del trattamento a lungo termine.

Sviluppo di osservatori provinciali e regionali e loro integrazione con l'Osservatorio Nazionale Dipendenze

Il DPR 309/90 disciplina l'istituzione di un Osservatorio permanente che verifica l'andamento del fenomeno delle "tossico"-dipendenze. Ha rilevanti funzioni di analisi delle attività dagli assistiti in carico ai Ser.D, mercato delle sostanze, organizzazione servizi sul territorio, ecc. Queste funzioni non sono state replicate in tutte le regioni o province: i costi, l'impegno e le risorse economiche necessarie sono allo stato insostenibili per molte regioni. Laddove è stato formalmente istituito un osservatorio locale, esso ha funzioni molto specifiche e parziali. È quindi necessaria la riorganizzazione di un Osservatorio nazionale che sia un punto centrale e sistematico dell'attività di rilevazione delle informazioni e si avvalga di un sistema di rete organizzato in cui vi siano singoli "local point" che forniscano informazioni specifiche, tempestive, utili alla programmazione e alle politiche.

A supporto di questa strategia multilivello potrebbero essere rilanciati anche gli osservatori regionali, attraverso norme nazionali in grado di definirne chiaramente la *mission* e garantire l'uniformità delle funzioni, al fine di raggiungere il coordinamento auspicato.

Mobilità interregionale e compensazione.

Particolare attenzione va infine rivolta all'eliminazione delle barriere alla mobilità interregionale, nel rispetto della libertà di scelta del luogo di cura da parte delle persone, e di conseguenza, all'esigenza di allineare i meccanismi di "compensazione" interregionali nel campo delle dipendenze a ciò che avviene negli altri comparti della sanità. In particolare, si rileva la necessità di aggiornare i documenti normativi e di indirizzo esistenti e di individuare le modalità per trasformarli in atti di intesa, tenendo conto del rapporto tra Stato e Regioni.

È peraltro evidente che senza una valorizzazione specifica delle prestazioni puntuali e degli interventi complessi non sarà possibile dare luogo a una modalità di compensazione interregionale che tenga conto dell'effettivo impegno di risorse.

Le statistiche



Evoluzione delle dipendenze e innovazione del sistema dei Ser.D e delle comunità terapeutiche

8.1 Gli Esperti

Ai lavori del Tavolo Tecnico hanno partecipato in totale (compresi gli assenti al *webinar*) 22 Esperti, per il 68,2% di genere maschile.

Amministrazioni Centrali, Servizi Pubblici e Privato Sociale sono rappresentati in egual misura (18,2%), seguiti dalle Regioni (13,6%), da Società Civile, Società Scientifiche e Università/Enti di Ricerca (9,1%). Il restante 4,5% è presente in rappresentanza degli Enti Locali.

Figura 8.1.1 – Percentuale degli Esperti per genere

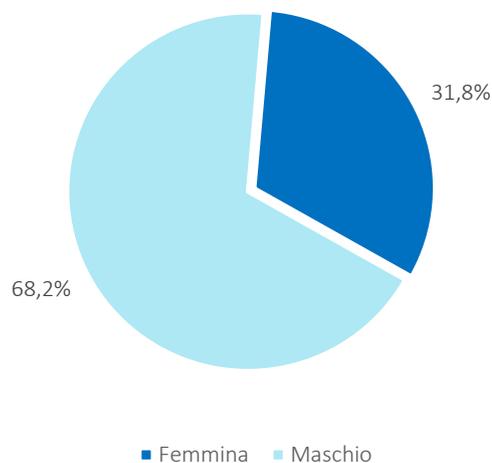
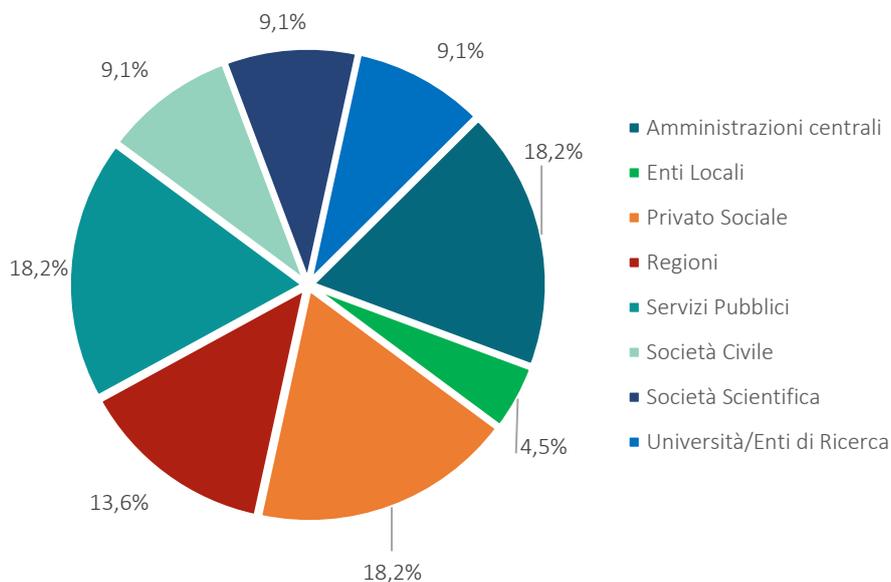


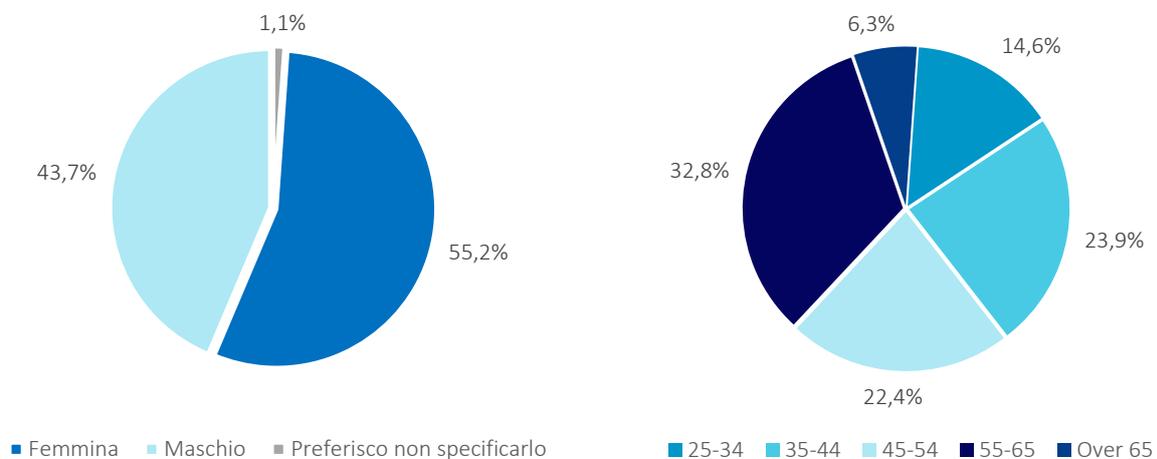
Figura 8.1.2 – Percentuale degli Esperti per ente di appartenenza



8.2 Il pubblico iscritto

Dei 268 partecipanti iscritti ai lavori del Tavolo il 55% è di genere femminile, il 44% di genere maschile e il restante 1% preferisce non indicare il proprio genere. La fascia di età maggiormente rappresentata è quella dai 55 ai 65 anni (33%), seguita da quelle dei 35-44enni (24%), dei 45-54enni (22%) e dei 25-34enni (15%). Meno rappresentata nel campione degli iscritti la fascia degli over 65 anni (6%) e assente quella dei più giovani (18-24 anni).

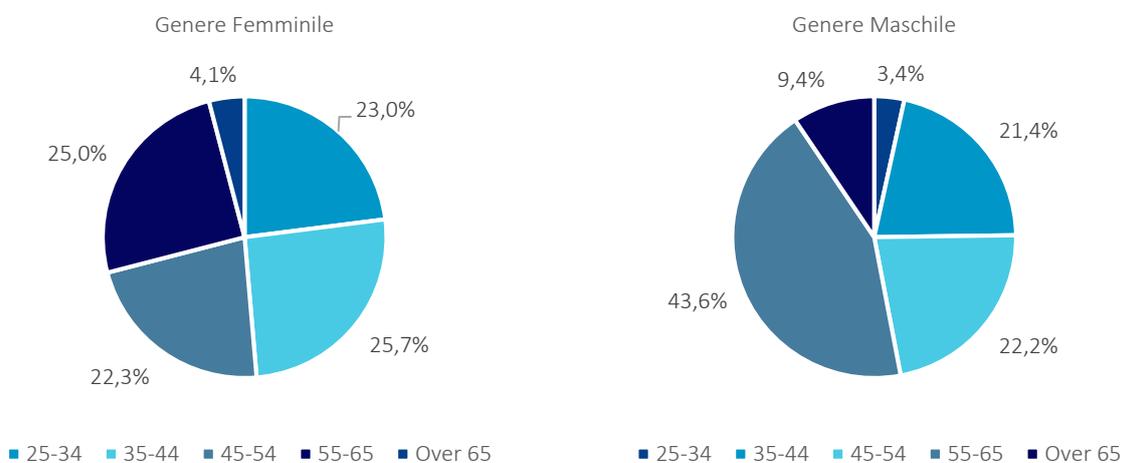
Figura 8.2.1 – Percentuale degli iscritti al Tavolo per genere e fasce di età



Fonte: elaborazioni CNR-IFC

La distribuzione per genere e fasce di età mostra che tra le iscritte il 26% ha un'età tra i 35 e i 44 anni, il 25% tra i 55 e i 65 anni, il 23% tra i 25 e i 34 anni e il 22% tra i 45 e i 54 anni. Tra gli spettatori di genere maschile il 44% è nella fascia di età 55-65 anni, il 21% e il 22% hanno, rispettivamente, tra i 35 e i 44 anni, e tra i 45 e i 54 anni.

Figura 8.2.2 – Distribuzione degli iscritti di genere femminile e maschile per fasce di età

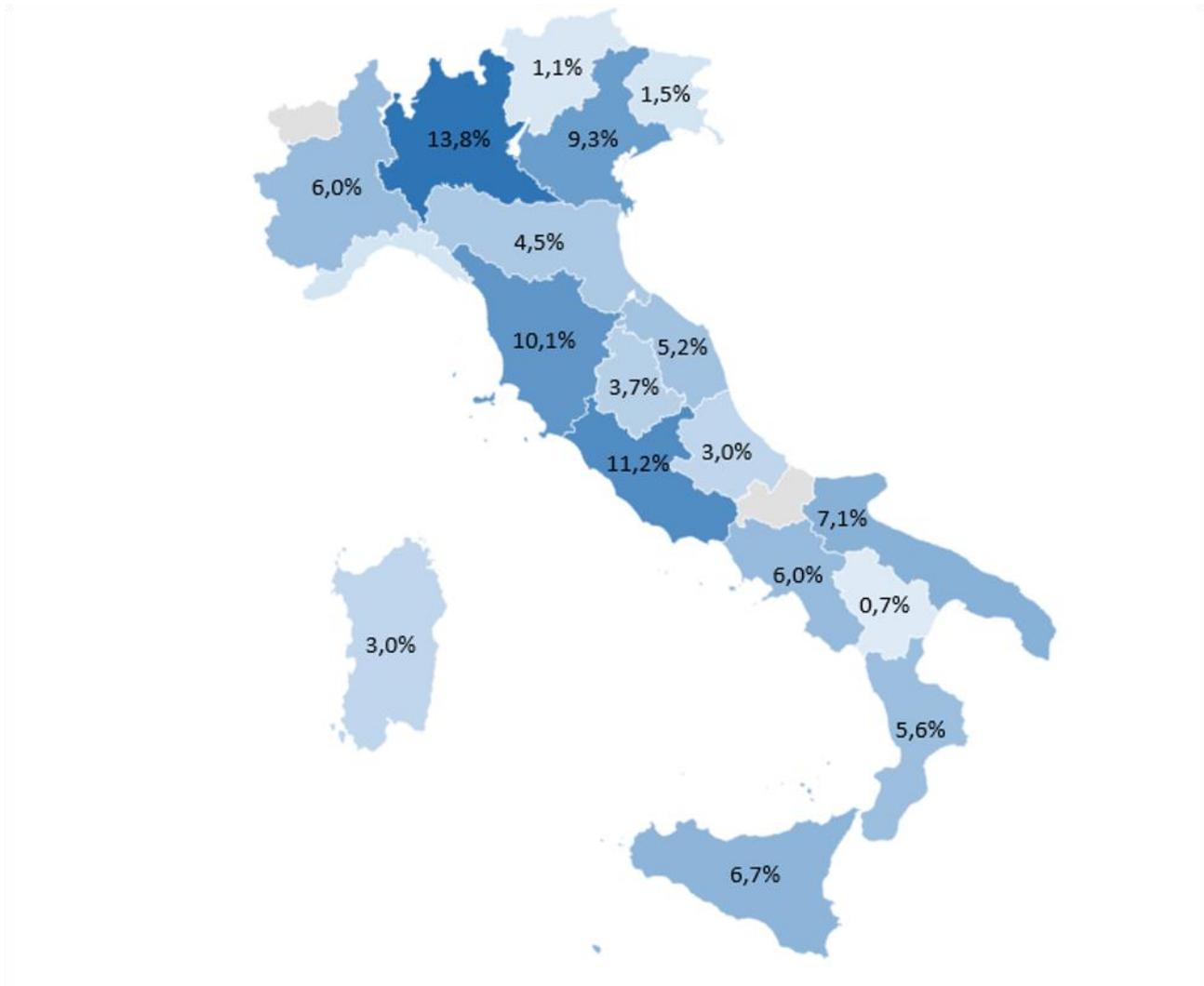


Fonte: elaborazioni CNR-IFC

Evoluzione delle dipendenze e innovazione del sistema dei Ser.D e delle comunità terapeutiche

In termini di distribuzione regionale, il campione degli iscritti al Tavolo mostra un'ampia partecipazione dalle regioni Lombardia (14%), Campania (11%) e Toscana (10%), seguite da Veneto (9%) e Puglia (7%).

Figura 8.2.3 – Distribuzione percentuale degli iscritti per regione di provenienza

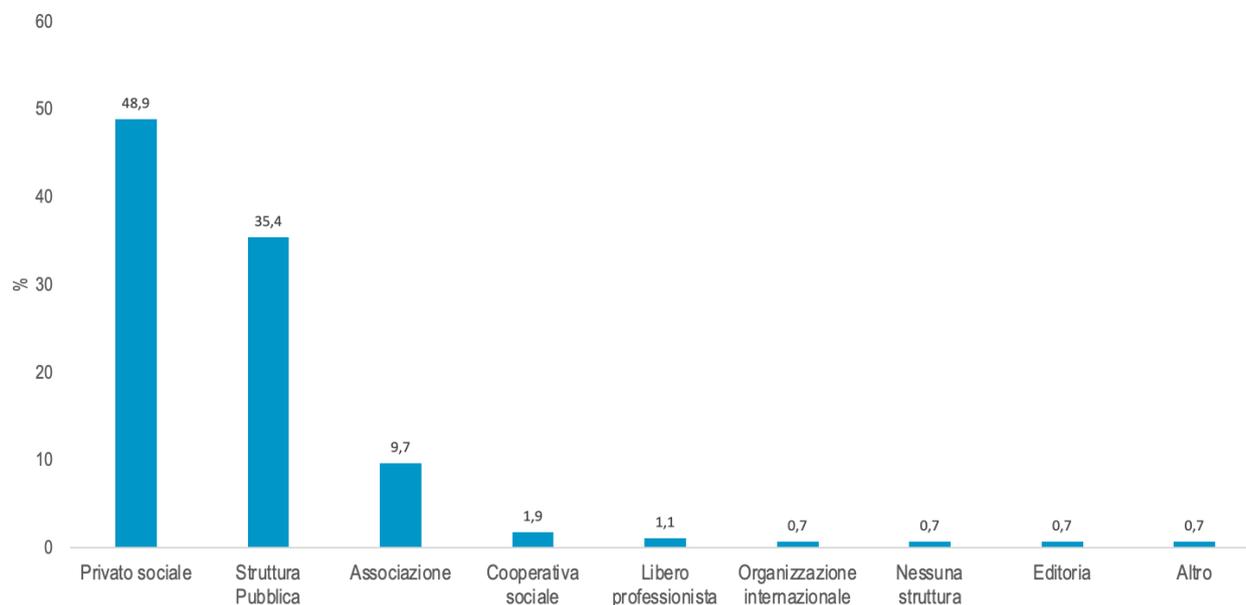


Fonte: elaborazioni CNR-IFC

L'analisi delle informazioni raccolte al momento dell'iscrizione, consente di rappresentare la distribuzione percentuale delle affiliazioni degli iscritti al Tavolo Tecnico, come mostrato in Figura 8.2.4. I dati mostrano un'ampia partecipazione da parte di iscritti provenienti dal Privato sociale (49%) nonché da Strutture Pubbliche (35%). Seguono associazioni col 10%.

Evoluzione delle dipendenze e innovazione del sistema dei Ser.D e delle comunità terapeutiche

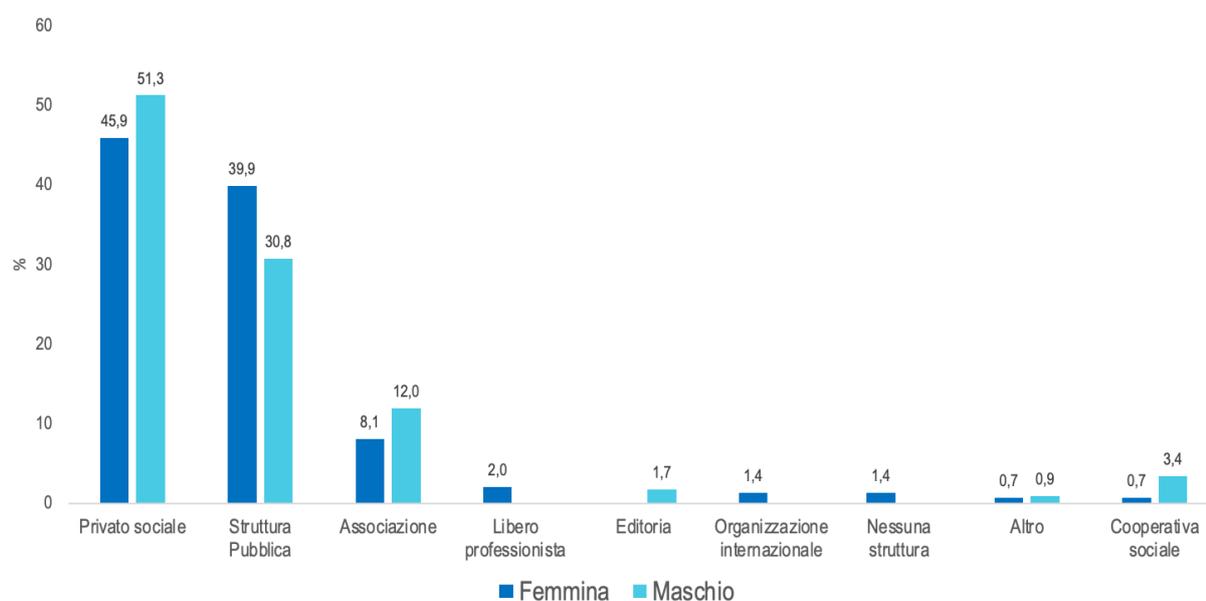
Figura 8.2.4 - Distribuzione percentuale degli iscritti per strutture di appartenenza



Fonte: elaborazioni CNR-IFC

La stessa distribuzione osservata per genere mostra una partecipazione femminile più alta tra le strutture pubbliche.

Figura 8.2.5 - Distribuzione percentuale degli iscritti per strutture di appartenenza e per genere

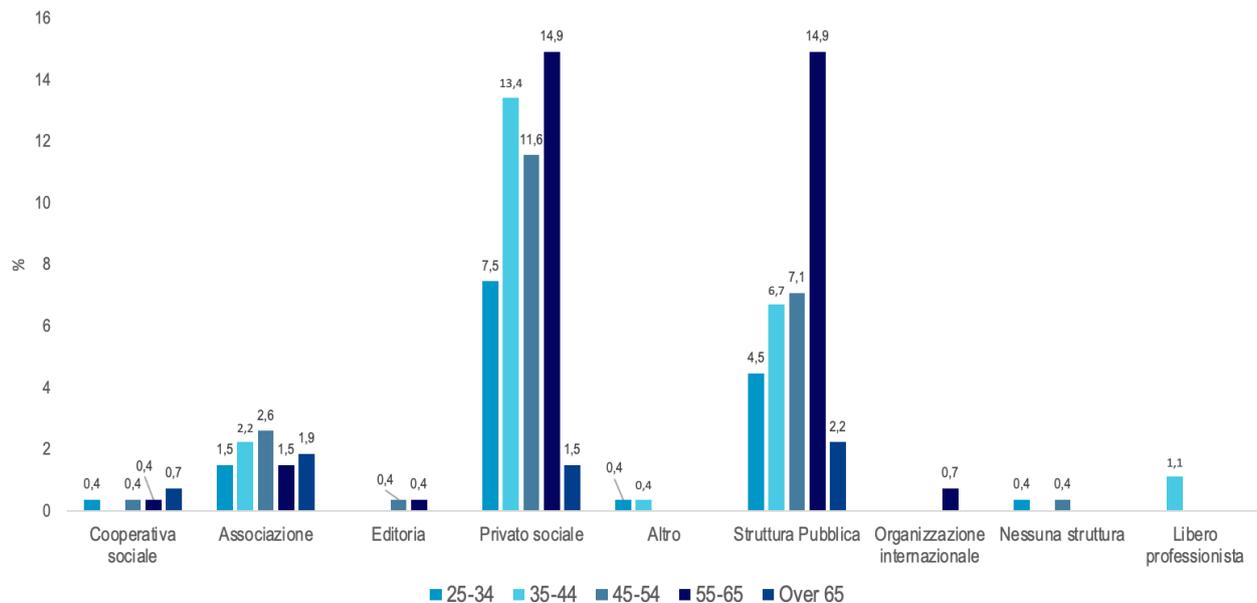


Fonte: elaborazioni CNR-IFC

Evoluzione delle dipendenze e innovazione del sistema dei Ser.D e delle comunità terapeutiche

Tra gli iscritti appartenenti alle strutture pubbliche e nel Privato Sociale la fascia di età maggiormente rappresentata è quella 55-65 anni. Nel Privato Sociale seguono i 35-44enni (13%) che invece, nei Servizi Pubblici, sono superati dalla fascia 45-54 anni.

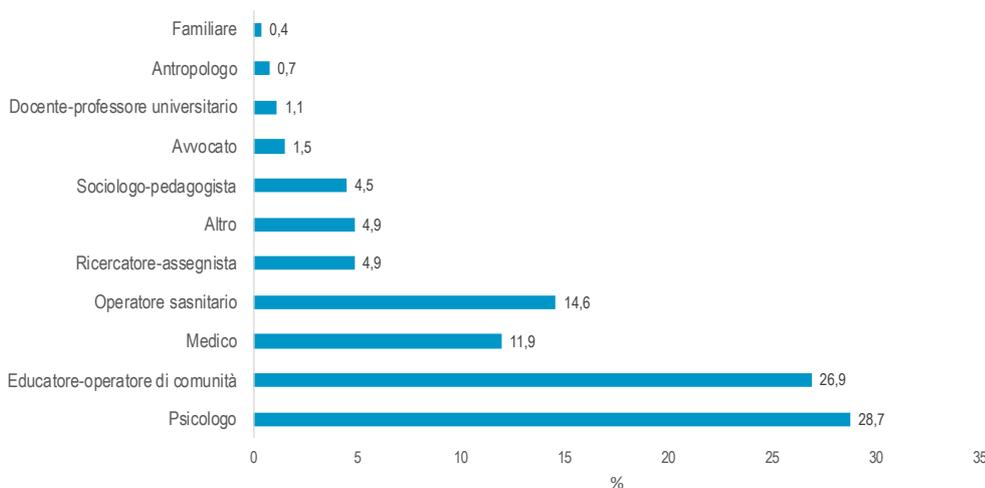
Figura 8.2.6 - Distribuzione percentuale degli iscritti per strutture di appartenenza e per fasce d'età



Fonte: elaborazioni CNR-IFC

Infine, la Figura 8.2.7 mostra la percentuale di professioni riferite dagli iscritti al momento della registrazione al Tavolo Tecnico. I dati evidenziano un'ampia partecipazione di psicologi ed educatori-operatori di comunità, seguiti da operatori sanitari e personale medico.

Figura 8.2.7 - Distribuzione percentuale degli iscritti per strutture di appartenenza



Fonte: elaborazioni CNR-IFC



Evoluzione delle dipendenze e innovazione del sistema dei Ser.D e delle comunità terapeutiche

Appendice



Evoluzione delle dipendenze e innovazione del sistema dei Ser.D e delle comunità terapeutiche

9.1. Dr.ssa Roberta Balestra - Presa in carico globale della persona e sviluppo di percorsi multidisciplinari. Il modello del Budget di salute nell'area delle dipendenze

VI CONFERENZA NAZIONALE
SULLE DIPENDENZE

Oltre le fragilità

Presidenza del Consiglio dei Ministri
Dipartimento per le Politiche Antidroga

Tavolo tecnico 3

**Evoluzione delle dipendenze e innovazione del sistema dei
Ser. D. e delle comunità terapeutiche**

14 - 15 ottobre
Online

Roberta Balestra
Vice Presidente nazionale FeDerSerD

Consiglio Nazionale delle Ricerche
IFC - Istituto di Fisiologia Clinica

VI CONFERENZA
NAZIONALE
SULLE DIPENDENZE

Oltre le fragilità

Preso in carico globale della persona e sviluppo di percorsi multidisciplinari

Il modello del budget di salute nell'area delle dipendenze

Definizione di budget di salute

Strumento operativo che consente di riconvertire risorse finanziarie del Sistema Sanitario Regionale e del Servizio Sociale Comunale (SSC), per affrontare più efficacemente i bisogni della persona, secondo una presa in carico globale.

Erogazione diretta e/o indiretta di interventi, con partners del territorio coinvolti nel programma terapeutico riabilitativo individualizzato (PTRI).

Evolutione delle dipendenze e innovazione del sistema dei Ser.D e delle comunità terapeutiche

Presa in carico globale della persona e sviluppo di percorsi multidisciplinari

Il modello del budget di salute nell'area delle dipendenze

Progetto terapeutico riabilitativo individualizzato

Viene elaborato con la persona e con i familiari, quando coinvolti, controfirmato dai diversi attori. Nel caso di problemi complessi, patologie correlate o comorbili il PTRI viene costruito con altri servizi sanitari, sociosanitari e sociali e con eventuali soggetti del contesto di vita della persona. Il PTRI viene aggiornato in base al divenire del percorso.

E' fondamentale occuparsi anche dei determinanti non sanitari di salute, come l'abitare, la qualità delle relazioni familiari e sociali, il reddito, la scolarità, il lavoro.

Presa in carico globale della persona e sviluppo di percorsi multidisciplinari

Il modello del budget di salute nell'area delle dipendenze

Finalità dei PTRI con budget di salute

- assicurare risposte tempestive, flessibili, interdisciplinari, modulate a diversa intensità assistenziale
- incrementare l'efficacia degli interventi attraverso la realizzazione di percorsi maggiormente personalizzati
- garantire una reale partecipazione ed un effettivo protagonismo delle persone, delle famiglie
- sviluppare l'integrazione tra servizi sanitari, sociosanitari, sociali e della rete informale in una logica di "sistema di *care* territoriale"

Presenza in carico globale della persona e sviluppo di percorsi multidisciplinari

Il modello del budget di salute nell'area delle dipendenze

Finalità dei PTRI con budget di salute

- sperimentare nuove modalità di partenariato tra pubblico e privato, per superare la logica cliente/fornitore, a favore di quella di corresponsabilità nello svolgimento di una funzione pubblica e di sviluppo della comunità
- riconvertire l'utilizzo delle risorse, sperimentando soluzioni amministrative innovative che consentono di offrire risposte più coerenti con i bisogni rilevati

Presenza in carico globale della persona e sviluppo di percorsi multidisciplinari

Il modello del budget di salute nell'area delle dipendenze

Tipologia degli interventi

L'intensità del progetto può variare da bassa ad altissima. Alcuni esempi di interventi:

- ◆ supporto individuale socio-educativo, territoriale, domiciliare, presso strutture residenziali o di ricovero;
- ◆ promozione della domiciliarità, affiancamento nella gestione/adequamento dell'alloggio;
- ◆ risposte residenziali alternative a quelle comunitarie e/o istituzionalizzanti;
- ◆ affiancamento personalizzato anche sulle 24 ore per la gestione della crisi o di impreviste criticità;
- ◆ tutoraggio personalizzato di tipo scolastico, formativo-lavorativo, anche con incentivi motivazionali;
- ◆ interventi economici diretti erogati per perseguire gli obiettivi previsti nel PTRI.

Presenza in carico globale della persona e sviluppo di percorsi multidisciplinari

Il modello del budget di salute nell'area delle dipendenze

Criticità

- sperimentazione del BdS in poche realtà italiane, per vari motivi
- mancanza di risorse finalizzate alla sperimentazione
- risorse di budget vincolate e difficilmente riconvertibili attraverso scelte di management da parte del direttore della struttura (rigidità e resistenze di sistema)
- non accesso al fondo per l'autonomia possibile (FAP), previsto per altri target di soggetti svantaggiati

Presenza in carico globale della persona e sviluppo di percorsi multidisciplinari

Il modello del budget di salute nell'area delle dipendenze

Proposte:

- formazione specifica su PTRI e BdS
- risorse finalizzate per la sperimentazione nei SerD (FAP dipendenze?)
- Piani di azione, obiettivi strategici e linee guida (nazionali e regionali) vincolanti per Aziende sanitarie e Comuni, che prevedano l'utilizzo del BdS nelle dipendenze

9.2 Dr.ssa Angela Bravi - Per un sistema di governo integrato, definito e coordinato, dal livello nazionale a quello regionale e locale

VI CONFERENZA NAZIONALE
SULLE DIPENDENZE

Oltre le fragilità

Presidenza del Consiglio dei Ministri
Dipartimento per le Politiche Antidroga

Tavolo tecnico 3

**Evoluzione delle dipendenze e innovazione del sistema dei
Ser. D. e delle comunità terapeutiche**

14 - 15 ottobre
Online

ANGELA BRAVI – Gruppo tecnico interregionale «Dipendenze»

Consiglio Nazionale delle Ricerche
IFC - Istituto di Fisiologia Clinica

VI CONFERENZA
NAZIONALE
SULLE DIPENDENZE

Oltre le fragilità

Verso una «governance diffusa», di sistema

Per un sistema di governo integrato, definito e coordinato, dal livello nazionale a quello regionale e locale

Le modalità attuali di governo del sistema definito, non correttamente, «delle dipendenze» sono afflitte da limiti che è necessario superare:

- La frammentazione e lo scollamento tra le competenze di livello nazionale,
- La sostanziale assenza di indicazioni nazionali aggiornate,
- L'eccessiva differenziazione tra le Regioni, e anche tra singoli territori,
- L'insufficiente integrazione intersettoriale, a partire dalla insufficiente concretizzazione dell'integrazione sociosanitaria

Verso una «governance diffusa», di sistema

Per un sistema di governo integrato, definito e coordinato, dal livello nazionale a quello regionale e locale

L'impostazione di un nuovo sistema di governo deve basarsi su:

A. Collocazione entro il campo della «salute pubblica», in quanto interesse prevalente

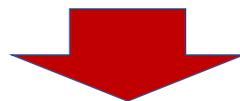
B. Coerenza con le caratteristiche di complessità peculiari dell'area di intervento:

- ... indirizzata a un ventaglio di fenomeni, dal consumo al «disturbo da...», e problemi correlati
- ... rivolta non al solo ambito clinico o al singolo, ma alla collettività
- ... imperniata sui 4 pilastri dell'EU, che coinvolgono a loro volta un ventaglio di politiche

C. Salvaguardia dell'identità specifica dell'area dipendenze, evitando incorporazioni che ne impoveriscano l'incisività e ne depotenzino le spinte all'innovazione

Verso una «governance diffusa», di sistema

Per un sistema di governo integrato, definito e coordinato, dal livello nazionale a quello regionale e locale



PROPOSTE PER UN NUOVO SISTEMA DI GOVERNO

che sia caratterizzato da:

- «Governance diffusa», integrata e partecipata
- Chiara definizione formale
- Coordinamento, sia in senso verticale che orizzontale
- Inserimento nel campo della Salute Pubblica

Verso una «governance diffusa», di sistema

Per un sistema di governo integrato, definito e coordinato, dal livello nazionale a quello regionale e locale

A livello nazionale

ORGANISMO DI COORDINAMENTO NAZIONALE

- Composto da rappresentanti delle istituzioni centrali, Regioni, Enti locali
- In rapporto strutturato con Terzo settore, società scientifiche, società civile, associazioni comprese le ass. dei consumatori
- Con solida struttura tecnica di supporto



Elaborazione partecipata di documenti di indirizzo strategico
Finalizzazione condivisa e coordinata di fondi dedicati

Va in questa direzione:
Tavolo nazionale sulle
dipendenze, costituito dal
Ministero della Salute
(PNP 2020-25)

Verso una «governance diffusa», di sistema

Per un sistema di governo integrato, definito e coordinato, dal livello nazionale a quello regionale e locale

Rapporto tra livello nazionale, Regioni, Enti locali

ATTI DI INTESA TRA STATO-REGIONI-ENTI LOCALI

- Elaborati dall'organismo di coordinamento nazionale e approvati dalla Conferenza Unificata
- Percorso di applicazione con monitoraggio/valutazione costante
- Percorso di applicazione supportato da coordinamento tra Regioni e con rappresentanza degli Enti locali

Va in questa direzione:
Piano Nazionale di Prevenzione 2020-25, approvato con Intesa Stato-Regioni, che prevede indicazioni stringenti per i Piani regionali, sottoposti a valutazione ex ante e in itinere da parte del Ministero della Salute, in quanto LEA

Verso una «governance diffusa», di sistema

Per un sistema di governo integrato, definito e coordinato, dal livello nazionale a quello regionale e locale

Livello regionale

- Ufficio dedicato presso tutte le Regioni e PA
- Tavolo permanente di consultazione
- Rete interistituzionale, a partire da integrazione sociosanitaria



Letture del quadro regionale
Elaborazione partecipata e monitoraggio degli atti di rilevanza strategica, recepimento e attuazione degli indirizzi nazionali
Partecipazione agli organismi di coordinamento interregionale

Verso una «governance diffusa», di sistema

Per un sistema di governo integrato, definito e coordinato, dal livello nazionale a quello regionale e locale

Livello locale

- Servizi ASL: forme organizzative che, pur nel rispetto dell'autonomia regionale, garantiscano la salvaguardia dell'identità specifica dell'area e l'attribuzione di risorse economiche e professionali adeguate
- Organismi per la programmazione integrata tra area sanitaria delle ASL e area sociale dei Comuni (Tavoli integrati?)



Programmazione locale integrata in attuazione degli indirizzi nazionali/regionali.
Costruzione/consolidamento di reti locali (istituzioni locali, terzo settore, associazioni).
Attivazione della comunità locale.

9.3 Dr. Pietro Canuzzi, Dr.ssa Liliana La Sala - Spunti per il potenziamento della presa in carico delle persone con disturbi correlati all'assunzione di sostanze psicoattive e la programmazione omogenea delle attività sanitarie a livello nazionale

Tavolo tecnico 3

Evoluzione delle dipendenze e innovazione del sistema dei Ser. D. e delle comunità terapeutiche

14 - 15 ottobre
Online

Dott. Pietro Canuzzi – Dot.ssa Liliana La Sala
Ufficio VI – Direzione generale prevenzione sanitaria

Spunti per il potenziamento della presa in carico delle persone con disturbi correlati all'assunzione di sostanze psicoattive e la programmazione omogenea delle attività sanitarie a livello nazionale

- Le dipendenze da sostanze e comportamentali rappresentano un importante problema di sanità pubblica, di natura proteiforme e in continua evoluzione.
- L'assistenza alle persone tossicodipendenti, che rientra nei livelli essenziali dell'assistenza socio-sanitaria (LEA) garantiti su tutto il territorio nazionale, è assicurata da un sistema integrato di servizi che coinvolge sia il Sistema Sanitario Nazionale, attraverso i servizi per le dipendenze delle Aziende Sanitarie Locali, sia gli enti del Terzo Settore, sia il mondo del volontariato e dell'associazionismo.
- Il sistema dei servizi, pubblici e del privato sociale, che si occupano sia di prevenzione che di riduzione del rischio e del danno, di diagnosi, trattamento terapeutico-riabilitativo e reinserimento sociale delle persone con disturbi correlati all'assunzione di sostanze psicoattive o di comportamenti additivi, si articola, nel nostro Paese in: -servizi a bassa soglia, centri drop-in, unità mobili e servizi di pronta accoglienza; - servizi ambulatoriali; - servizi semi-residenziali/diurni, residenziali e specialistici.
- I servizi ambulatoriali per le dipendenze, sia pubblici (SerD), sia privati multidisciplinari integrati (SMI), presenti anche all'interno degli istituti penitenziari, sia in forma strutturata sia come equipe specialistica, offrono consulenza e assistenza specialistica, medica-sanitaria e psicologica attraverso l'attuazione di programmi terapeutico-riabilitativi e farmacologici rivolti sia ai consumatori sia ai familiari.

Evoluzione delle dipendenze e innovazione del sistema dei Ser.D e delle comunità terapeutiche

Spunti per il potenziamento della presa in carico delle persone con disturbi correlati all'assunzione di sostanze psicoattive e la programmazione omogenea delle attività sanitarie a livello nazionale

I punti che, ad avviso di questo Dicastero, necessitano di essere urgentemente affrontati sono i seguenti :

- la revisione del DPR 309/90 e s.m.i. per tutte le questioni attinenti la presa in carico, la terapia e la riabilitazione dei pazienti affetti da dipendenza, comprensiva di un adeguato cambio di terminologia che vada ad evidenziare come, negli anni recenti, le dipendenze non sono più limitate al solo abuso di sostanze, ma comprendono anche una serie di comportamenti patologici (disturbo da gioco d'azzardo, gaming disorder, internet addiction ecc.); inoltre sempre più frequenti e problematici appaiono i fenomeni di poliabuso. Infine, una riflessione attenta dovrà riguardare anche le differenze di genere e le comorbidità psichiatriche e internistiche (infettivologiche ecc.)
- l' istituzione di un osservatorio per le dipendenze a livello locale (provinciale, regionale) che vada ad interfacciarsi con l'Osservatorio Nazionale del Dipartimento Politiche Antidroga;
- il potenziamento e l'adeguata formazione del personale dedicato socio-sanitario, in quanto, nelle ultime decadi, si è assistito al progressivo depauperamento del personale, con conseguenti carichi di lavoro insopportabili e frequenti episodi di burn out;

VI Conferenza Nazionale sulle dipendenze - Tavolo tecnico 3

3

Spunti per il potenziamento della presa in carico delle persone con disturbi correlati all'assunzione di sostanze psicoattive e la programmazione omogenea delle attività sanitarie a livello nazionale

- Appare evidente che la riforma del titolo V del 2001 della Costituzione ha comportato una difformità nella programmazione delle attività sanitarie tra le varie Regioni, creando una difformità di vision tra le varie Regioni e a volte dentro la Regione stessa; pertanto è si rendono necessarie delle linee di indirizzo omogenee a livello nazionale (ad esempio per la questione dell'affido della terapia sostitutiva)
- Appare ormai inderogabile una azione di sistema che istituisca nei corsi universitari di Medicina e Chirurgia la disciplina specifica delle dipendenze.
- Il sistema SIND (sistema informativo nazionale dipendenze), la cui estensione al disturbo da gioco d'azzardo e all'alcol dipendenza è già in corso, deve entrare a regime quanto prima.
- In attuazione dei LEA, i Dipartimenti delle dipendenze in tutte le Regioni devono adeguare le proprie competenze in relazione anche alle esperienze esistenti in Italia in tema di riduzione del danno e limitazione dei rischi.

VI Conferenza Nazionale sulle dipendenze - Tavolo tecnico 3

4

9.4 Dr. Riccardo Gionfriddo - Revisione Legge 309/90 / Dipartimento per le Dipendenze / Integrazione socio-sanitaria

VI CONFERENZA NAZIONALE
SULLE DIPENDENZE

Oltre le fragilità

Presidenza del Consiglio dei Ministri
Dipartimento per le Politiche Antidroga

Tavolo tecnico 3

**Evoluzione delle dipendenze e innovazione del sistema dei
Ser. D. e delle comunità terapeutiche**

14 - 15 ottobre
Online

Dott. Riccardo Gionfriddo

Consiglio Nazionale delle Ricerche
IFC - Istituto di Fisiologia Clinica

VI CONFERENZA
NAZIONALE
SULLE DIPENDENZE

Oltre le fragilità

Revisione Legge 309/90 - Dipartimento per le Dipendenze - Integrazione socio-sanitaria

REVISIONE LEGGE 309/90

Necessaria una profonda modifica considerati i cambiamenti sopravvenuti e la complessità del fenomeno

- Organizzazione Dipartimentale dei Servizi per le Dipendenze
- Autonomia Dirigenziale, Organizzativa e Funzionale
- Alta integrazione tra i Ser.D. ed i Servizi del Privato Accreditato

- Definire gli Standard del personale (D.M. n. 444/90)

- Ricostituire il fondo specifico riservato alla 309/90

Evoluzione delle dipendenze e innovazione del sistema dei Ser.D e delle comunità terapeutiche

Revisione Legge 309/90 - Dipartimento per le Dipendenze - Integrazione socio-sanitaria

ISTITUZIONE DIPARTIMENTI DIPENDENZE

- Indicazioni vincolanti per le Regioni d'intesa con La Conferenza Stato Regioni
- In atto vi è una organizzazione diversa da Regione a Regione
- L'assistenza ai soggetti dipendenti non può essere assimilata alla psichiatria
- Ipotizzare delle U.O. di confine
- Governance istituzionale unitaria e integrata tra servizi pubblici e privati accreditati

VI Conferenza Nazionale sulle dipendenze - Tavolo tecnico 3

3

Revisione Legge 309/90 - Dipartimento per le Dipendenze - Integrazione socio-sanitaria

INTEGRAZIONE SOCIO-SANITARIA

- Marginalizzazione e disabilità sociale
- Necessario il concorso di tutti i soggetti interessati
 - sanità pubblica
 - enti locali
 - privato sociale ed imprenditoriale
 - Associazionismo
 - cooperazione sociale
- Pensare interventi ricostruttivi e di valorizzazione dei contesti ambientali, sociali e relazionali

VI Conferenza Nazionale sulle dipendenze - Tavolo tecnico 3

4

INTEGRAZIONE SOCIO-SANITARIA

- L'area delle Dipendenze Patologiche è ormai considerata ad alta integrazione socio-sanitaria
- Un intervento esclusivamente tecnico-sanitario può provocare cronicizzazione e disabilità
- La modifica del contesto disabilitante non può essere modificato solo dal sistema sanitario
- Necessità di incontro con le risorse locali, familiari e sociali
- Possibilità di accesso a tutte le risorse umane, professionali ed economiche al pari delle altre persone
- BUDGET DI SALUTE strumento centrale dell'integrazione socio-sanitaria
- Passaggio da un sistema di protezione sociale ad una realtà che produce benessere
- Interventi socio-sanitari integrati per migliorare la qualità della vita e produrre benessere nella Comunità.

9.5 Dr. Alfio Lucchini - I Servizi delle Dipendenze in una nuova sanità territoriale

Tavolo tecnico 3

Evoluzione delle dipendenze e innovazione del sistema dei Ser. D. e delle comunità terapeutiche

14 - 15 ottobre
Online

Alfio Lucchini

Psichiatra- Past President di FeDerSerD
alfiolucchini@gmail.com

I Servizi delle Dipendenze in una nuova sanità territoriale

Nella discussione preparatoria di questa VI Conferenza nazionale il tema del mio contributo ha trovato grande interesse. I cambiamenti nelle dipendenze sono di ordine:

- sociale,
- culturale,
- clinico,
- organizzativo

e non mi soffermo in questo contributo.

Il termine *innovazione* è spesso utilizzato in modo improprio e consiglio di valutare i bisogni storici persistenti nella operatività del sistema dei servizi e le nuove realtà e linee di intervento evidenziabili o in sviluppo secondo dati epidemiologici o previsionali.

Rimando a documenti di riferimento. (1)

(1) Report europei; relazioni annuali al parlamento italiano; progetto Status Quo 2.0 sulla governance e management dei sistemi delle dipendenze prodotto dal DPA; studio CREA Sanità su realtà dei servizi, prestazioni, costi/benefici; documenti e pubblicazioni di FeDerSerD relativi a realtà dei servizi, organizzazione, costi/benefici, programmazione ed evoluzione sociosanitaria. www.federserd.it

Evoluzione delle dipendenze e innovazione del sistema dei Ser.D e delle comunità terapeutiche

I Servizi delle Dipendenze in una nuova sanità territoriale

Da qui partirei per le necessità di riorganizzare i Servizi nella nuova sanità territoriale come prevista dal PNRR. (2)(3)

Sicuramente mi sento di richiamare in primis una necessaria agilità e flessibilità di intervento dei Servizi, per una presa in carico precoce.

Da prevedere la revisione del modello lavorativo per renderlo più consono alle esigenze prima evidenziate.

Inoltre sviluppare il modello multidisciplinare che è sicuramente vincente e riconosciuto, quasi esclusivo nella sua completezza del settore delle dipendenze, che deve essere ben curato. La carenza di risorse umane lo rende sempre più difficile da perseguire.

Credo molto in un maggiore investimento in formazione, nella obbligatorietà della supervisione clinica ed organizzativa dei servizi, in una migliore definizione dei compiti del case manager, figura obbligatoria per ogni paziente.

Necessarie variazioni legislative specifiche alle norme del pubblico impiego per consentire un lavoro flessibile in luoghi e tempi.

(2) *FeDerSerD e Recovery Fund: Priorità e Proposte operative per i Servizi delle Dipendenze.* Editoriale di FeDerSerD su Italian Quarterly Journal of Addiction, Mission, n. 54. Franco Angeli Editore, Milano, ottobre 2020.

(3) *Rilancio dell'Italia. Una nuova stagione per i Servizi delle Dipendenze.* Editoriale di FeDerSerD su Italian Quarterly Journal of Addiction, Mission, numero 55. Franco Angeli Editore, Milano, giugno 2021.

3

VI Conferenza Nazionale sulle dipendenze - Tavolo tecnico 3

I Servizi delle Dipendenze in una nuova sanità territoriale

Bisogna finalizzare e utilizzare le nuove opportunità e gli investimenti in sanità pubblica previsti dal PNRR; questa è la questione centrale.

Vi è un sistema socio sanitario territoriale da rifondare e al suo interno la collocazione dei Servizi delle Dipendenze è ancora da definire.

Le indicazioni generali del PNRR e i documenti applicativi quali quelli di AGENAS (4) ribadiscono la *collocazione territoriale delle Dipendenze*.

La collocazione nelle nuove strutture previste, quali le Case di Comunità, appare come *raccomandazione* e quindi da discutere e valutare.(5)

(4) *Modelli e standard per lo sviluppo dell'Assistenza Territoriale nel Sistema Sanitario Nazionale-* AGENAS – www.quotidianosanita.it, 30 luglio 2021

(5) *I SerD e i Dipartimenti delle Dipendenze in una sanità territoriale da rifondare.* Quotidiano Sanità, 31 agosto 2021. www.federserd.it

4

VI Conferenza Nazionale sulle dipendenze - Tavolo tecnico 3

I Servizi delle Dipendenze in una nuova sanità territoriale

Bisogna finalizzare e utilizzare le nuove opportunità e gli investimenti in sanità pubblica previsti dal PNRR; questa è la questione centrale.

Vi è un sistema socio sanitario territoriale da rifondare e al suo interno la collocazione dei Servizi delle Dipendenze è ancora da definire.

Le indicazioni generali del PNRR e i documenti applicativi quali quelli di AGENAS (4) ribadiscono la *collocazione territoriale delle Dipendenze*.

La collocazione nelle nuove strutture previste, quali le Case di Comunità, appare come *raccomandazione* e quindi da discutere e valutare.(5)

(4) *Modelli e standard per lo sviluppo dell'Assistenza Territoriale nel Sistema Sanitario Nazionale*- AGENAS – www.quotidianosanita.it, 30 luglio 2021

(5) *I SerD e i Dipartimenti delle Dipendenze in una sanità territoriale da rifondare*. Quotidiano Sanità, 31 agosto 2021. www.federserd.it

4

VI Conferenza Nazionale sulle dipendenze - Tavolo tecnico 3

I Servizi delle Dipendenze in una nuova sanità territoriale

Siamo in una fase con forti spinte istituzionali verso il cambiamento e l'innovazione;

Bisogna portare i Servizi su posizioni sempre più adeguate ai cambiamenti del fenomeno e del contesto d'intervento.

Revisioni di normative sul welfare sia regionali che nazionali avvenute o in corso sollecitano ad assumere posizioni più proattive e meno conservatrici.

I Servizi per le Dipendenze devono riconoscersi e farsi riconoscere un ruolo da protagonisti, accettando la sfida delle prese in carico multicentriche e della contaminazione dei saperi e delle competenze.

All'interno di un percorso di questo genere, i SerD dovrebbero assumere e vedersi riconoscere un *ruolo di guida* nella realizzazione della nuova sanità territoriale. (6)

(6) Cozzolino E. *Nuove formulazioni, personalizzazione delle terapie, protagonismo dei pazienti, Recovery e nuove organizzazioni: scenari di cambiamento dei SerD nel rilancio della medicina territoriale*. Relazione al webinar FeDerSerD, 28-29 settembre 2021, www.federserd.it

5

VI Conferenza Nazionale sulle dipendenze - Tavolo tecnico 3

I Servizi delle Dipendenze in una nuova sanità territoriale

La valutazione e lo sviluppo del modello dipartimentale ne è parte essenziale.

- Sul Dipartimento delle Dipendenze con Intesa Stato Regioni del 1999 venne indicata la forma dipartimentale come la più adeguata per gli aspetti polimorfi che il tema droga richiama. (7)
- La nuova prospettiva territoriale della sanità pubblica che si basa sulla capacità di operare con maggiore prossimità deve rivalutare questa indicazione,
- Al di là delle diverse competenze dello Stato e fondamentali delle Regioni, bisogna studiare la migliore forma organizzativa, gestionale o funzionale ad esempio.
- Dopo l'Intesa del 1999 circa 15 Regioni deliberarono i Dipartimenti delle Dipendenze; ad oggi in 6 Regioni sono ancora autonomi, in altrettante sono compresi in un Dipartimento con la Salute Mentale, nelle restanti i Servizi sono distrettualizzati in varie forme.
- Quindi il modello dipartimentale è ritenuto comunque il più idoneo.

(7) Accordo di cui al provvedimento 21 gennaio 1999 (pubbl. sulla G.U. n. 61 del 15 marzo 1999). *Accordo Stato-Regioni per la "Riorganizzazione del sistema di assistenza ai tossicodipendenti"* (repertorio atti n. 593)

6

VI Conferenza Nazionale sulle dipendenze - Tavolo tecnico 3

I Servizi delle Dipendenze in una nuova sanità territoriale

La *complessità* è riconosciuta.

I SerD devono rapportarsi con gli Enti Locali, con il privato sociale, con il volontariato, con le agenzie formative e del lavoro, con la cooperazione sociale e di reinserimento.

E poi i rapporti strutturati con l'Ospedale, la Scuola, la Prefettura, la Magistratura, le Forze dell'Ordine,

Ne deriva un'area assolutamente unica per necessità di programmazione dalla prevenzione alla riabilitazione e per una governance allargata e dipartimentale.

7

VI Conferenza Nazionale sulle dipendenze - Tavolo tecnico 3

Evoluzione delle dipendenze e innovazione del sistema dei Ser.D e delle comunità terapeutiche



I Servizi delle Dipendenze in una nuova sanità territoriale

Lo sviluppo di Dipartimenti di Salute mentale e delle Dipendenze in Regioni fondamentali viene spiegato con ragioni organizzative e scientifiche.

Lo sviluppo del territorio che la Pandemia Covid ci ha invocato di perseguire richiede filiere snelle ed omogenee da studiare con forme organizzative non ingessate o troppo spurie.

Molte competenze di sanità pubblica delle dipendenze appaiono estranee alla psichiatria, come parzialmente curati aspetti centrali per le Dipendenze di medicina interna ed infettivologia.

Aree come l'alcolologia vedono le società scientifiche (FeDerSerD, SITD e SIA) in un documento in pubblicazione chiedere di risancire la collocazione del settore nel Dipartimento autonomo delle Dipendenze.

Importanti sono le affinità scientifiche con la salute mentale, ma il modello autonomo appare il migliore e auspicabile.

8

VI Conferenza Nazionale sulle dipendenze - Tavolo tecnico 3



I Servizi delle Dipendenze in una nuova sanità territoriale

Dopo l'Intesa Stato Regioni del 1999 segnalò il documento FeDerSerD – FICT – CNCA del 2003 sul Dipartimento delle Dipendenze, discusso nel Paese e in sede istituzionale, e il documento di sviluppo operativo del Dipartimento delle Dipendenze approvato alla V Conferenza nazionale di Trieste, presentato da DPA, FeDerSerD, FICT, CNCA, Università Bocconi.(8), a cui seguirono progetti nazionali specifici (9).

Propongo un dovuto aggiornamento della Intesa Stato Regioni.

Modifiche al TU 309/90 sui punti esaminati (10)...

(8) Documenti V Conferenza Nazionale sulle Politiche Antidroga e sintesi degli orientamenti espressi dagli operatori nella V Conferenza Nazionale sulle Politiche Antidroga - Trieste 12-14 marzo 2009. Presidenza Consiglio dei Ministri - DPA. www.politicheantidroga.gov.it

(9) Progetto INTEGRA 2010 – Continuità assistenziale ed integrazione nei Dipartimenti delle Dipendenze: modelli avanzati di risposta ad un fenomeno in cambiamento. DPA – ASL Milano 2.0

(10) Lucchini A. Testa Unico 309/90: i cambiamenti per Servizi del terzo millennio, relazione al webinar introduttivo al IX congresso nazionale di FeDerSerD, 13 novembre 2020. www.federserd.it

9

VI Conferenza Nazionale sulle dipendenze - Tavolo tecnico 3

9.6 Dr. Alessio Saponaro – Nuovo Osservatorio e Tecnologie per le Dipendenze

Tavolo tecnico 3

Evoluzione delle dipendenze e innovazione del sistema dei Ser. D. e delle comunità terapeutiche

14 - 15 ottobre
Online

Dott. Alessio Saponaro

Nuovo Osservatorio e Tecnologie per le Dipendenze

Gli «osservatori» sulle dipendenze

Attualmente vi sono diversi «osservatori» sulle «dipendenze»:



Sistema informativo
nazionale dipendenze –
Ministero della salute



Osservatorio nazionale
permanente sull'andamento
del fenomeno delle
tossicodipendenze presso il
DPA



Osservatorio nazionale
alcol (Ona), istituito presso
l'ISS



Osservatorio per il contrasto
della diffusione del gioco
d'azzardo e dipendenza, presso
il **Ministero della Salute**



Ricerche su popolazione
IPSPAD ed ESPAD del **CNR**



Sistema di allerta per
l'individuazione di nuove
sostanze psicoattive nel
consumo, organizzato da **DAP**
e **ISS**



L'OEDT fornisce
informazioni sulle
droghe e
tossicodipendenze,
istituito dalla **UE**

REGIONI

Gli Osservatori delle
singole **Regioni** sulle
dipendenze

**Aziende
Sanitarie**

Gli Osservatori delle
singole **Aziende
sanitarie**

Evoluzione delle dipendenze e innovazione del sistema dei Ser.D e delle comunità terapeutiche

Nuovo Osservatorio e Tecnologie per le Dipendenze Potenzialità e limiti

Potenzialità

- Analisi complessiva delle dipendenze e delle conseguenze
- Diversi attori competenti (sanità, giustizia, ...)
- Potenza informativa, come si riscontra in pochi ambiti

Limiti

- Obiettivi diversi
- Coordinamento tra Osservatori, rete poco collaborante
- Poca condivisione delle informazioni
- Modelli di reperire le informazioni diverse
- Difficoltà del fruitore ultimo a reperire le informazioni
- Basso impatto sulle politiche nazionali

Nuovo Osservatorio e Tecnologie per le Dipendenze

Una proposta

- Una funzione di coordinamento/Osservatorio nazionale che raccolga sistematicamente le informazioni utili (alert, programmazione delle politiche), e che si occupi unitariamente di «**dipendenze**», senza frammentare il fenomeno delle dipendenze da sostanze e comportamentali
- L'individuazione di «local point» qualificate che possano fornire dati qualificati
- Individuazione di modalità di comunicazione delle informazioni, che siano tempestive e facilmente reperibili

Nuove tecnologie

Le tecnologie possono essere validi strumenti per affrontare alcune delle problematiche che caratterizzano i Servizi per le dipendenze (e i servizi sanitari in generale):

- Carenza di medici
- Utenti che abitano in zone distanti dei SerD (es. zone montane)
- Uso di strumenti elettronici per facilitare/migliorare la comunicazione e facilitare la gestione della documentazione socio-sanitaria

Alcuni esempi

Telemedicina:

- Televisita/Teleassistenza
- Teleconsulto (anche con residenze)
- Altri specialità (teleradiologia, teledermatologia, ...)

Strumenti per la documentazione socio-sanitaria:

- Cartella cliniche elettroniche
- Uso di tablet per attività domiciliari
- Uso di tablet per la testistica per assessment e outcome

Nuovo Osservatorio e Tecnologie per le Dipendenze
Mobilità interregionale e compensazione

Argomento poco o per nulla discusso

- Limitata solo ad alcune regioni italiane
- Trasferimenti temporanei della terapia farmacologica
- Rimborso «solo» del farmaco e non delle altre attività (esami urine, attività amministrativa, documentazione, ...)

9.7 Dr. Biagio Sciortino - Verso una *governance* innovativa: razionalizzazione dei servizi sulle dipendenze

Tavolo tecnico 3

Evoluzione delle dipendenze e innovazione del sistema dei Ser. D. e delle comunità terapeutiche

14 - 15 ottobre
Online

Biagio Sciortino

Contenuto

- Osservatori Regionali (presenza e compiti)
- Osservatori Provinciali (presenza e compiti)
- Mancanza di visione complessiva a causa della frammentarietà degli Osservatori
- Dispositivo normativo più stringente e ben definito in materia di Osservatori
- Mobilità Regionale e S.S.R. e libertà di cura

Evoluzione delle dipendenze e innovazione del sistema dei Ser.D e delle comunità terapeutiche

VERSO UNA GOVERNANCE INNOVATIVA: RAZIONALIZZAZIONE DEI SERVIZI SULLE DIPENDENZE

- Superare la frammentarietà degli Osservatori Regionali.
- Implementare la connessione tra gli Osservatori e la Cabina di Regia Nazionale.
- Integrare i dati del privato sociale accreditato e dei Servizi Specifici presenti nel territorio all'interno del sistema di rilevazione delle dipendenze.
- Rivedere le *mission* dei vari Osservatori territoriali.

VI Conferenza Nazionale sulle dipendenze - Tavolo tecnico 3

3

VERSO UNA GOVERNANCE INNOVATIVA: RAZIONALIZZAZIONE DEI SERVIZI SULLE DIPENDENZE

- Applicare una strategia di azioni condivise tra le varie Regioni.
- Rivedere l'organizzazione di tutto il sistema delle dipendenze.
- Dalle poli-dipendenze da sostanze alle dipendenze comportamentali.
- Presa in carico globale dell'utente.
- Co-progettazione e co-programmazione degli interventi.

VI Conferenza Nazionale sulle dipendenze - Tavolo tecnico 3

4

Evoluzione delle dipendenze e innovazione del sistema dei Ser.D e delle comunità terapeutiche

VERSO UNA GOVERNANCE INNOVATIVA: RAZIONALIZZAZIONE DEI SERVIZI SULLE DIPENDENZE

- Costituire un dispositivo normativo Nazionale stringente e ben definito che disponga l'attivazione a livello capillare degli Osservatori con dei compiti minimi prestabiliti.
- Mobilità interregionale da rendere più efficiente.
- Libertà di scelta di un servizio di cura il più adatto possibile alle esigenze personali dell'utente.
- Garanzia su tutto il territorio Nazionale della libertà e del diritto di cura

VI Conferenza Nazionale sulle dipendenze - Tavolo tecnico 3

5

VERSO UNA GOVERNANCE INNOVATIVA: RAZIONALIZZAZIONE DEI SERVIZI SULLE DIPENDENZE

- Rivedere i meccanismi di compensazione nel campo delle dipendenze.
- Applicazione al sistema del terzo settore dei meccanismi di compensazione utilizzati dagli altri comparti sanitari.
- Ricostituire e finanziare adeguatamente il Fondo Nazionale per la Lotta alla Droga.
- La presa in carico di soggetti dipendenti.
- Ridurre i tempi di risposta terapeutica all'insorgenza di problematicità

VI Conferenza Nazionale sulle dipendenze - Tavolo tecnico 3

6

Evoluzione delle dipendenze e innovazione del sistema dei Ser.D e delle comunità terapeutiche

9.8 Dr. Stefano Vecchio - Verso un cambiamento della legge e della *governance* per restituire dignità e diritti alle persone che usano droghe

VI CONFERENZA NAZIONALE
SULLE DIPENDENZE

Oltre le fragilità



Presidenza del Consiglio dei Ministri
Dipartimento per le Politiche Antidroga

Tavolo tecnico 3

***Evoluzione delle dipendenze e innovazione del sistema dei
Ser. D. e delle comunità terapeutiche***

|
14 - 15 ottobre
Online

Dott. Stefano Vecchio – Presidente Forum Droghe

Consiglio Nazionale delle Ricerche
IFC - Istituto di Fisiologia Clinica

VI CONFERENZA
NAZIONALE
SULLE DIPENDENZE

Oltre le fragilità

**Verso un cambiamento della legge e della *governance* per restituire
dignità e diritti alle persone che usano droghe**

Lo stato dell'arte della valutazione della legge

Verso un cambiamento della legge e della governance per restituire dignità e diritti alle persone che usano droghe

Alcuni spunti per una analisi degli effetti del DPR 309/90 sul fenomeno delle droghe in Italia

Verso un cambiamento della legge e della governance per restituire dignità e diritti alle persone che usano droghe

Gli effetti

Verso un cambiamento della legge e della governance per restituire dignità e diritti alle persone che usano droghe

Per una modifica sostanziale del DPR 309/90

- *dal modello della repressione/punizione a un modello di governo politico e regolazione sociale del fenomeno : depenalizzare e decriminalizzare, legalizzare (regolazione legale) della cannabis*
- *Ridefinire e ripensare, in questa prospettiva, i modelli organizzativi dei servizi e gli orientamenti culturali, liberati dal modello punitivo*
- *Principi della sanità territoriale (L. 833/78) e dell'integrazione sociosanitaria (DL n. 229/99)*
- *Dipartimento per la Tutela della Salute delle Persone che Usano Droghe (PUD) e con una Dipendenza comportamentale, autonomo e articolato per modelli di consumo*

Verso un cambiamento della legge e della governance per restituire dignità e diritti alle persone che usano droghe

*Prevedere un forte raccordo tra le ASL e i Comuni
nella prospettiva della integrazione socio-sanitaria.*

Verso un cambiamento della legge e della governance per restituire dignità e diritti alle persone che usano droghe

Alcune azioni intermedie

1. **Calendarizzazione proposta di legge sulla "Lieve entità" e l'autocoltivazione (Magi-Pierantoni)**
2. **Atto di indirizzo RdD/LdR nazionale della Conferenza Stato-Regioni**
3. **Individuare un vincolo di spesa ordinario nel budget del SSN e dei SSR per l'intero arco degli interventi sulle droghe.**
4. **Individuare nel PNRR una quota di finanziamento per attuare gli interventi di RdD/LdR e per implementare il personale.**
5. **Modificare dell'Atto di indirizzo dei Servizi Pubblici: istituzione del Dipartimento Tutela della Salute autonomo per le PUD e le persone con una dipendenza comportamentale.**
6. **Modificare e integrare l'Accreditamento con il Terzo Settore:**
 - **Riformulare e ridefinire le tipologie dei programmi**
 - **Introdurre l'Accreditamento per servizi e interventi integrati territoriali**

VI Conferenza Nazionale sulle dipendenze - Tavolo tecnico 3

7

Verso un cambiamento della legge e della governance per restituire dignità e diritti alle persone che usano droghe

7. **Promuovere rapporti interistituzionali tra le ASL e i Comuni in una logica di governo e regolazione dei fenomeni**
8. **Piano Nazionale per le Misure Alternative alla detenzione sia terapeutiche che sociali e Attivazione di Agenzie per il dopo detenzione**

VI Conferenza Nazionale sulle dipendenze - Tavolo tecnico 3

8

Evoluzione delle dipendenze e innovazione del sistema dei Ser.D e delle comunità terapeutiche

Verso un cambiamento della legge e della governance per restituire dignità e diritti alle persone che usano droghe

**Sistema integrato di rilevazione nazionale e locale,
di supporto alla valutazione *delle politiche sulle droghe***