

## *Normativa sociale e sanitaria e tossicodipendenza*

Il livello di progettazione e di erogazione degli interventi nel campo delle tossicodipendenze e il paradigma degli interventi si spostano sempre più dal luogo statico di riferimento (con i rischi connessi di dipendenza o cronicità degli anni 70-80).

Si spostano dal servizio verso cui affluiscono gli utenti (ambulatorio o comunità residenziale per lunghi periodi) alla rete di opportunità, a servizi integrati tra di loro, a funzioni di servizi ed operatori che individuano bisogni articolati e offrono opportunità diversificate e specifiche agli utenti che afferiscono ai servizi e che ricercano attivamente il contatto con l'utenza sommersa ed i nuovi consumatori (lavoro di strada, unità di strada, centri crisi, progetti di prevenzione, discoteche, scuole, luoghi di aggregazione o di riferimento di vecchie e nuove marginalità).

Questa diversificazione può essere schematizzata con riferimento alle tipologie dell'utenza, costituita dai tossicodipendenti in trattamento, da utenti consumatori attivi di droghe pesanti, da nuovi consumatori o da altri profili.

Di conseguenza, anche le offerte di servizi e le azioni e gli interventi ad essi connessi devono articolarsi in modo diversificato:

- *servizi di accoglimento, diagnosi e cura già esistenti* (ambulatoriali, comunità terapeutiche diurne e residenziali);
- *servizi di strada* (unità mobili, animazione, informazione, riduzione del danno);
- *strutture intermedie flessibili* (centri diurni nel territorio di vita, residenzialità brevi, centri crisi).

Appare sempre più evidente la necessità di realizzare una rete di servizi pubblici e del privato sociale distribuita sul territorio nazionale in rapporto diretto con i bisogni, adeguando gli schemi di organizzazione e di funzionamento finora basati sulle caratteristiche e sulle necessità degli utenti eroinomani, per metterli in grado di cogliere tempestivamente le modificazioni che i consumatori, i produttori e le regole di mercato impongono.

Il sistema dei servizi deve consentire di delineare percorsi integrati, sostenuti sia dai servizi pubblici che dai privati, nei quali le diverse problematiche presentate dalle singole persone siano gestite in un ambito di reale corresponsabilità, connessa cioè ai compiti ed alle specifiche funzioni effettivamente svolte. Si ritiene che queste risposte possono essere realizzate adeguatamente attraverso l'individuazione di un "sistema misto" basato su luoghi condivisi di monitoraggio, progettazione, intervento, verifica e pianificazione a livello locale (ASL, ente locale, enti ausiliari e privato sociale) e, a livello regionale e nazionale, con funzioni, ambiti e contenuti specifici ma integrati fra loro.

Il modello del *Dipartimento per le Tossicodipendenze* è da considerarsi come dimensione organizzativa indispensabile per determinare interventi pluridisciplinari. A tal proposito, è necessario ricordare che occorrono, rispetto alle risorse professionali, ulteriori provvedimenti ministeriali in riferimento alla composizione dell'organico ed ai profili professionali dei servizi pubblici per le tossicodipendenze ed ai profili professionali degli operatori dei servizi privati, ai livelli essenziali di prestazioni che i servizi devono garantire, agli standard del Progetto Obiettivo Quadro previsto dal vigente Piano Sanitario Nazionale.

*Il livello di programmazione strategica e di integrazione istituzionale*

Analizzando i diversi livelli di programmazione strategica, da quello dell'ente locale a quello delle istituzioni centrali, è necessario prevedere un ruolo di rilievo dei Comuni rispetto all'integrazione con le strategie delle Aziende sanitarie locali. Occorre una proposta articolata che supporti le azioni di collegamento e di individuazione di politiche e programmi di intervento rispetto all'ente locale, che preveda modalità per un'ottimale interazione sulle problematiche delle tossicodipendenze tra ente locale, ASL e privato sociale. Questi modelli da definire, così come gli strumenti "*di regia*" (*accordi di programma-quadro, authority, agenzie miste*) necessitano, quindi, di indicazioni anche specifiche per le tossicodipendenze, così come, per ovvi motivi, le indicazioni specifiche devono rientrare all'interno di strategie più complessive tra ente locale ed azienda USL, previste dal decreto legislativo n. 229 del 1999 e dal Piano Sanitario Nazionale 1999-2000.

Ci si riferisce al raccordo con le politiche più generali sulle fasce deboli, sull'integrazione tra prestazioni sanitarie a rilevanza sociale, prestazioni sociosanitarie ad elevata integrazione della azienda USL e prestazioni sociali a rilevanza sanitaria dell'ente locale previste dalla citato decreto legislativo n. 229 del 1999, *art. 3 septies*.

Allo stesso modo, gli interventi socio-sanitari devono interagire in modo più complessivo con le politiche della città per realizzare processi di inclusione sociale nell'ambito delle politiche più generali di protezione sociale attiva predisposte dall'ente locale, come previsto dal testo unificato della legge quadro in materia di assistenza varato dalla XII Commissione permanente della Camera.

Nel decreto legislativo n. 229 del 1999 vengono coerentemente demandati i passi più decisivi dell'integrazione ad atti emanati di concerto tra Comuni e Ministeri.

Si ritorna quindi alla necessità di una stretta correlazione tra leggi più generali in materia sanitaria e sociale ma anche tra queste e le legislazioni e i documenti riferiti ad altri Ministeri

(Pubblica Istruzione, Ricerca ecc. )

E' necessaria pertanto l'organizzazione di un coordinamento interministeriale più forte per evitare rilevanti ritardi che rischiano di inficiare l'attuazione delle riforme.

Alle nuove indicazioni legislative corrisponde, però, un'offerta di servizi pubblici e del privato sociale (seppure con alcune eccezioni) ancora basata sui vecchi modelli.

Vi è, quindi, la necessità di strumenti normativi, culturali ed organizzativi di integrazione ai diversi livelli tra Ministeri, Regioni, Enti Locali, Aziende USL, affinché venga portata avanti gradualmente ma con decisione e coerenza l'attuazione del processo di riforma.

*Individuazione di obiettivi prioritari*

Livello operativo

- Ricerca di sinergie in termini di azioni e risorse tra servizi e azioni specifiche (tossicodipendenza, salute mentale, handicap) ed azioni e servizi rivolti all'esclusione sociale più generale (reinserimento lavorativo, protezione sociale, posizione reddituale).
- Realizzazione, anche nell'ambito del sistema dei servizi per le tossicodipendenze, delle indicazioni sull'integrazione sociosanitaria previste dalla riforma sanitaria, con forte caratterizzazione distrettuale;
- Individuazione di forme di coordinamento all'interno delle Aziende USL tra i vari servizi rivolti alle fasce deboli;
- Individuazione, all'interno dell'ente locale (medi e grandi comuni innanzitutto) di uguali obiettivi e linee guida per le forme di coordinamento sulle fasce deboli;
- Progettazione condivisa.

Livello di pianificazione zonale

- Predisposizione di accordi di programma e piani zionali in grado di coinvolgere tutti gli attori;
- Determinazione di forme di coordinamento istituzionale tra servizi sanitari e sociali rispetto alle fasce deboli, anche nella prospettiva di un possibile orientamento della spesa e delle procedure di accreditamento e di vendita/acquisto dei servizi.

Livello politico-programmatico

- Realizzazione di un sistema misto pubblico/privato, al cui centro sia collocato il diritto del cittadino ad essere tutelato nello stato di salute e benessere;
- Realizzazione di progetti-obiettivo e piani a termine coerentemente costruiti sui bisogni e verificabili;
- Integrazione tra politiche sociosanitarie, percorsi di inclusione sociale e politiche di vivibilità della città;
- Piano di lavoro, nella prospettiva delle *politiche urbane regionali e nazionali, per i giovani e in stretta connessione con la legge n. 285 del 1997* e con le varie ipotesi di intervento e

finanziamento sui temi legati alla cultura giovanile.

- Integrazione tra enti locali, Aziende USL e soggetti del *no profit* (authority, agenzia ad hoc, società miste, accordi-quadro di programma) che rispondano all'esigenza di nuove modalità organizzative delle risposte.

- Dotazione ai servizi pubblici e del privato sociale di ulteriori strumenti di qualità che si affianchino alle forme già individuate: elenco dei prodotti, carta dei servizi, formazione integrata;

- Individuazione di nuovi profili professionali e di criteri organizzativi delle prestazioni più rispondenti alla metodologia degli interventi di rete ed alle caratteristiche di flessibilità organizzativa e di mobilità nel territorio.

Questo obiettivo va perseguito sia in relazione all'atto di definizione dell'organico dei Servizi che del Progetto Obiettivo Quadro, che dei decreti di attuazione dell'Area Sociosanitaria prevista dal decreto legislativo n. 229 del 1999.

- Definizione di linee guida e di strumenti idonei finalizzati a determinare un orientamento per amministratori ed operatori finalizzato ad una lettura ed un'applicazione coerenti della legislazione specifica sulle tossicodipendenze all'interno di quelle sociosanitarie più generali (Progetto Obiettivo Tossicodipendenze, decreti attuativi della legge n. 45 del 1999, decreti interministeriali attuativi del decreto legislativo n. 229 del 1999);

- L'integrazione dell'Osservatorio Permanente per la verifica dell'andamento delle tossicodipendenze istituito presso il Dipartimento per gli affari sociali, con una funzione di monitoraggio e di valutazione che determini rilevazioni periodiche:

- dell'applicazione decentrata, da parte degli enti preposti, delle indicazioni legislative;

- delle tendenze di espressione del fenomeno e delle risposte, a livello locale e regionale, che non si basi solo sulla registrazione dei dati sull'utenza dei servizi ma che intervisti periodicamente operatori e altri interlocutori significativi (attraverso modalità di ricerca e rilevazione attiva e qualitativa);

- delle esperienze più coerenti ed innovative rispetto all'integrazione ed agli interventi di rete.