



Sintesi degli orientamenti espressi dagli operatori nella V Conferenza Nazionale sulle Politiche Antidroga

Trieste 12-14 marzo 2009

Premesse

Queste considerazioni sono state messe a punto sulla base delle conclusioni e delle sintesi delle varie sessioni di lavoro presentate durante i lavori della V Conferenza Nazionale sulle Politiche Antidroga (Trieste 12 – 14 Marzo 2009) a cui hanno partecipato 1400 operatori. In base allo svolgimento dei lavori ed alle indicazioni date dagli operatori durante le preconsultazioni sono state identificate alcune aree di interesse prioritarie.

A queste aree sono stati correlati dei macro obiettivi concreti che rappresentano l'aspettativa e l'impegno che la Conferenza ha espresso nel suo insieme di rappresentanze e nell'articolata e vivace discussione. Vengono indicate, inoltre, delle specifiche, tratte dagli spunti ed indicazioni provenienti dalle sessioni di lavoro e dai vari documenti presentati, che vogliono essere delle ulteriori informazioni per rendere ancora più concreto l'approccio e l'impegno che le organizzazioni dovrebbero, in responsabilità e competenza diretta, assumersi.

E' chiaro che, come tutte le sintesi conclusive, non può essere esaustiva di tutti i problemi emersi e di tutte le possibili soluzioni identificate, ma certamente questa "agenda" è un buon promemoria di quanto, per macro argomenti, è scaturito dalla Conferenza e di dove, secondo gli operatori e le maggiori organizzazioni partecipanti, bisognerebbe concentrare maggiormente la nostra attenzione e orientare i sistemi e gli interventi.

Non vi è dubbio che la problematica più rilevante di ordine generale, manifestata e segnalata da più parti, riguarda la difficile situazione derivante dall'attuale organizzazione ed impostazione delle politiche di programmazione territoriale sulle tossicodipendenze che risentono di una regionalizzazione che, ad oggi, non è stata ritenuta in grado di garantire una politica nazionale unitaria, coerente ed omogenea in tutte le varie Regioni e P.A..

Da più parti durante i lavori della Conferenza è stata invocata la richiesta di un maggiore coordinamento centrale, non certamente per una mera questione di potere, ma perché si è avvertita la necessità di dare un'unitarietà sovra regionale a strategie, interventi ed azioni che necessitano di ritrovare omogeneità e concretezza su tutto il territorio

Struttura della Sintesi

Un'Agenda Post-Conferenza

La necessità di maggior coordinamento



nazionale.

L'Italia, da questo punto di vista, rappresenta il paradosso europeo. Non esiste nessun altro Paese che abbia un frazionamento così importante e una possibilità da parte delle Regioni di poter decidere di intraprendere (o non) azioni anche in deroga, se non addirittura in opposizione, alle politiche, agli accordi Stato-Regioni e alle linee strategiche nazionali.

Questo paradosso è sostenuto da un sistema di poteri (più o meno rilevanti) che si sono andati a formare e consolidare nel corso degli anni, e che ha portato ad una situazione, ad oggi inaccettabile, di estrema eterogeneità, di inadeguatezza dell'offerta e dell'organizzazione rispetto all'evoluzione del fenomeno. In questi anni, inoltre, si sono accumulati gravi ritardi nei pagamenti delle rette (che risultano peraltro estremamente diversificate) verso "Fornitori privilegiati" di prestazioni residenziali complesse ed indispensabili, come le Comunità Terapeutiche, generando enormi difficoltà economiche e di sopravvivenza operativa. Da non dimenticare, inoltre, la grave crisi organizzativa e motivazionale dei servizi pubblici, asse portante dell'intero sistema, che vede ridurre sempre di più il numero di risorse umane dedicate e gli investimenti. Contemporaneamente, si assiste da vari anni ad un incremento costante dell'utenza in termini numerici, accompagnato da un aumento della complessità clinica e dell'impegno necessario per assicurare una buona gestione.

In questo contesto i Servizi sono costretti ad organizzare e fornire prestazioni sostenibili e attuabili, facendo fronte alla meglio a gravi ed impegnative problematiche dell'utenza, ma che, a volte, si connotano purtroppo di basso profilo qualitativo, e non certo per volontà degli operatori. Questa perdita di qualità, secondaria alla carenza di risorse e di veri investimenti nel settore, ha comportato anche spesso l'insorgenza di terapie farmacologiche non sempre gestite secondo buone prassi e poco integrate con il supporto psicologico e sociale. Pertanto, è la scarsità di investimento da considerare come il vero "generatore di cronicità", unitamente alla riproposizione di modelli troppo spesso basati sull'ideologia (e in questo caso si tratta di un fenomeno perfettamente "bipartisan") più che sulle prove di efficienza scientifica.

Le evidenze scientifiche, però, non bastano a giustificare le scelte e le decisioni strategiche di orientamento degli interventi e delle organizzazioni, perché necessariamente devono essere integrate con visioni e criteri anche di altro tipo, quali la sostenibilità finanziaria, il grado di priorità sociale e sanitario del problema nel contesto sociale e sanitario generale del Paese, l'accettabilità sociale (sulla base della cultura e delle tradizioni) di certe scelte, ma soprattutto il valore che vogliamo concretamente dare alla vita umana, sia in termini quantitativi sia qualitativi. Le evidenze scientifiche difficilmente potranno giustificare, da sole, la rinuncia a voler perseguire percorsi riabilitativi finalizzati al recupero totale della persona tossicodipendente, accontentandosi di stabilizzare, in un percorso di cronicità, giovani vite dotate di alto potenziale umano. Risulta chiaro quindi che, in fondo, è necessario basare i nostri interventi oltre che sull'etica della prevenzione e della cura, anche sull'etica irrinunciabile della riabilitazione.

Non va dimenticato infatti che la tossicodipendenza non è una scelta, ma una malattia che si basa fondamentalmente sull'annullamento della volontà del soggetto, mediante precisi meccanismi neuropsicologici legati direttamente all'effetto delle sostanze e alle caratteristiche di vulnerabilità individuali ed ambientali della persona malata.

Il paradosso italiano

I Servizi pubblici

Le evidenze scientifiche

La tossicodipendenza è una malattia



Se così è, risulta chiaro che queste persone vanno aiutate a ritrovare il loro stato fisiologico di piena autonomia, libertà e responsabilità decisionale e, conseguentemente, di controllo volontario dei comportamenti e delle loro scelte di vita.

A questo proposito, risulterà fondamentale riuscire a promuovere e sviluppare anche nuove linee di ricerca scientifica nell'ambito delle neuroscienze e del neuroimaging, non solo quindi nel campo epidemiologico o farmacologico, che riescono a farci comprendere meglio i meccanismi del craving, del controllo volontario del comportamento e dei fattori neuropsichici, educativi e sociali che stanno alla base del successo o dell'insuccesso delle terapie. Questo in molti Paesi è già il presente, mentre in Italia potrebbe rappresentare un futuro interessante ed utile al riorientamento della pratica clinica e riabilitativa.

Per fare questo è necessario che le Organizzazioni ritrovino unità di intenti e di vedute.

I messaggi più forti usciti dalla Conferenza sono stati senz'altro quello di ritrovare un'unitarietà di azione, di coordinamento nazionale, di maggior investimento e di innovazione delle strategie, dei metodi, ma anche di un sistema che appare oggi poco orientato ed appropriato ai nuovi bisogni.

Il Dipartimento Politiche Antidroga ha perfettamente compreso la necessità espressa dagli operatori riuniti a Trieste sia dentro che fuori la Conferenza, facendo proprie le indicazioni uscite dai dibattiti e dalle discussioni di approfondimento. Nel contempo, il DPA ha provveduto a formalizzare e diffondere, in maniera sistematica e capillare, tutta la documentazione prodotta e ha programmato fino al mese di dicembre continue consultazioni permanenti al fine di approfondire ulteriormente gli argomenti, anche quelli più scottanti e fonti di polemiche.

In conclusione, si vuole ringraziare tutti i partecipanti alla Conferenza, ma in particolare gli operatori, i colleghi dei Ser.T., delle Comunità Terapeutiche e delle Associazioni per aver colto lo spirito con cui il DPA ha voluto organizzare la V Conferenza Nazionale sulle Politiche Antidroga. Questi 1400 colleghi hanno dimostrato serietà, professionalità e rispetto delle differenze, anche se con qualche eccesso folkloristico e di esagerate proteste che, a distanza di qualche mese, valutate nella loro reale portata, risultano solo un'esternazione di pochi. Queste manifestazioni isolate, in realtà, hanno fatto comprendere meglio agli operatori le differenze tra chi vuole guardare e costruire un futuro diverso per il sistema dei servizi, partendo dal riequilibrio anche dei modi e dei linguaggi del confronto, e chi, invece, vuole restare intrappolato in stereotipi orientati al passato e conflittuali.

Va sottolineato infine che, al di là delle apparenti divisioni, in realtà nella concretezza e nella operatività di tutti i giorni, le sinergie e la comunione di intenti sono sempre state trovate dagli operatori e le ritrovano ancora tutti i giorni con il loro buon senso, lo spirito di servizio e il prendersi cura delle persone tossicodipendenti e delle loro famiglie.

Il ripristino dello stato fisiologico

Nuovi orizzonti scientifici

Unità di intenti e di azioni

Il ruolo del Dipartimento Politiche Antidroga

Conclusione

**Il Capo Dipartimento
Dr. Giovanni Serpelloni**



Indice

1. Nuove Strategie generali e Piano di Azione 2009 – 2012
2. Rapporto tra Regioni ed Amministrazioni Centrali (DPA)
3. Applicazione degli atti di intesa Stato-Regioni
4. Fondo nazionale “Lotta alla Droga”
5. Fondi indistinti Sanitari trasferiti alle Regioni (quota del livello II della spesa sanitaria) per la tossicodipendenza
6. Riforma dei servizi pubblici e privati
7. Dipartimenti delle dipendenze
8. Prevenzione patologie correlate (Riduzione del danno - RD)
9. Crediti delle comunità /debiti delle Regioni (circa 26 milioni di euro non pagati delle attività svolte in questi anni – stima minima)
10. Difformità delle rette delle comunità terapeutiche
11. Accertamento credito d’imposta tramite “Equitalia”
12. Attivazione nuovi progetti di reinserimento (nuovo orientamento) lavorativo e sociale
13. Rilancio di un nuovo e vero piano di prevenzione nazionale
14. Tossicodipendenti e svolgimento di lavori con mansioni a rischio
15. Prevenzione incidenti stradali droga/alcol correlati
16. Flussi dati, sistema informativo e monitoraggio permanente
17. Consumatori Cronici e studio dei fattori di cronicizzazione
18. Donne e Dipendenze: la maggiore vulnerabilità
19. Legislazione
20. Sistema Nazionale di Allerta Precoce
21. Valutazione dei risultati
22. Nuovo ruolo del DPA



Area di interesse	Macro obiettivo	Specifiche
1. Nuove Strategie generali e Piano di Azione 2009 - 2012	<p>– Ridefinire le strategie generali nazionali di intervento concretizzandole in un realistico e sostenibile Piano d’Azione 2009 - 2012 mediante concertazione tra tre attori:</p> <ul style="list-style-type: none">▪ Amministrazioni Centrali;▪ Regioni e P.A;▪ Organizzazioni non governative di settore.	<p>Identificare le linee portanti nazionali e l’orientamento generale nei vari ambiti di interesse e nel contesto normativo esistente: prevenzione, cura, prevenzione delle patologie correlate, riabilitazione, reinserimento, organizzazione, ricerca e formazione.</p> <p>È necessario valutare bene la matrice di priorità utilizzata dal Piano d’Azione Europeo:</p> <ul style="list-style-type: none">▪ Coordinamento▪ Riduzione domanda▪ Riduzione offerta▪ Cooperazione internazionale▪ Informazione/ricerca/valutazione <p>A. <u>Per il nuovo piano nazionale si identificano 6 Aree di intervento principali</u> (aree di intervento/azione):</p> <ol style="list-style-type: none">1. Prevenzione2. Diagnosi, cura e prevenzione patologie correlate3. Reinserimento4. Monitoraggio del fenomeno5. La valutazione dei risultati6. Contrasto <p>(1+2+3) = <i>riduzione domanda</i> (5) = <i>riduzione offerta</i></p> <p>B. <u>Azioni trasversali</u> (azioni comuni da assicurare nelle varie aree)</p> <ul style="list-style-type: none">▪ Coordinamento (concertazione e coerenza delle varie azioni e continuità operativa).▪ Cooperazione (internazionale, europea, nazionale, regionale).▪ Sensibilizzazione opinione pubblica (informazione).▪ Raccolta dati e valutazione degli esiti e dei costi delle singole aree e azioni di competenza.▪ Ricerca scientifica di area.▪ Formazione degli operatori.▪ Organizzazione per programmazione. <p>Su tutti questi aspetti andrà redatto un piano NAZIONALE che contenga e scaturisca da vere strategie di respiro nazionale tendenti all’unitarietà ed ispirato al Piano di Azione Europeo. Al Piano di Azione Nazionale (PAN), di livello strategico, dovranno seguire dei “programmi regionali” personalizzati sui bisogni e le caratteristiche del fenomeno droga delle singole Regioni e P.A., corredati di budget specifico e articolati in progetti ed indicazioni strategiche, per l’orientamento delle attività ordinarie, coerentemente con il PAN. I programmi regionali dovranno quindi essere definiti e differenziati nelle azioni, sulla base di</p>



Area di interesse	Macro obiettivo	Specifiche
2. Rapporto tra Regioni ed Amministrazioni Centrali (DPA)	<ul style="list-style-type: none">- Rimodulare il rapporto al fine di rendere le azioni ed i programmi di intervento più coordinati ed omogenei su tutto il territorio nazionale. Superare la frammentazione e la troppa differenziazione dei vari modelli di intervento ed organizzativi, ritrovando una vera unitarietà nazionale di azione contro i problemi droga correlati.- Allinearsi ai modelli organizzativi generali degli Stati Europei che non prevedono una frammentazione ed una possibilità di differenziazione estrema delle politiche e degli interventi a livello	<p>analisi quantitative dei bisogni che mostrino in modo oggettivo la dimensione del problema, e la variazione rispetto al trend nazionale che lo rende rilevante per il territorio in esame. Le azioni che si andranno a definire devono tener conto che il problema, per essere affrontato efficacemente, deve essere reso coerente con le strategie generali del PAN, e, successivamente, frazionato con logiche territoriali differenziando quindi gli interventi di risposta ma mantenendo omogeneità e coerenza nell'organizzazione dei servizi. Andranno quindi differenziate anche le varie offerte di base, specializzandole in relazione a bisogni e fenomeni emergenti con progetti ad hoc. Vi è la necessità, pertanto, di concertare maggiormente da parte delle Regioni i propri programmi con le strategie nazionali di competenza governativa. Nel contempo, è indispensabile comprendere che non si risolverà il problema invocando l'autonomia regionale sempre e comunque nel decidere su ciò che avviene in materia di droga sul territorio della propria Regione, come se fosse un "paese isolato e autonomo". Non esiste alcun esempio europeo simile a quello italiano dove attualmente non si ritrova "una politica antidroga nazionale" ma varie politiche differenziate, non coordinate e a volte addirittura assenti. La droga non ha confini e, certamente, non rispetta quelli regionali, ancor meno le competenze e i poteri che noi stessi vogliamo a volte ostinatamente darci in maniera autoreferenziale.</p> <ul style="list-style-type: none">- Ridefinire un nuovo modello di competenze centrali e regionali introducendo nuovi strumenti normativi che consentano un miglior coordinamento delle azioni su tutto il territorio italiano.- Coniugare più fortemente gli aspetti sanitari con quelli sociali attraverso un duplice rapporto con Assessori competenti.- Realizzare un duplice rapporto con Assessorati ai servizi sociali e Assessorati alla Salute interfacciandosi con la Commissione salute e la Commissione Politiche Sociali.- Instaurare un rapporto diretto con tutte le Regioni e le P.A. e non mediato da una sola Regione come capofila e coordinatore (evitare le concentrazioni di potere e i giochi di lobby con antagonismi spesso solo su base di antagonismo politico Governo – Regioni).- Di conseguenza, è necessario differenziare il rapporto delle Amministrazioni centrali con le Regioni e P.A. in base alle loro peculiari esigenze, generate dalle specifiche problematiche territoriali, dalle differenti risposte organizzate e dai diversi sistemi socio-sanitari esistenti. Si riconosce che,



Area di interesse	Macro obiettivo	Specifiche
	regionale come quelli esistenti in Italia. – Rivalutare gli svantaggi e gli effetti negativi che ad oggi l'impostazione di questo regionalismo estremo nelle politiche sulla droga ha portato.	purtroppo, in questi anni il coordinamento tecnico delle Regioni, tramite la Commissione Salute, ha esercitato sulle strategie antidroga più un ruolo di controllo politico/ideologico, che un vero e proprio coordinamento sugli standard e sugli interventi. Oltre a questo, si lamenta la mancanza di un coordinamento sociale delle Regioni, parte importante ed irrinunciabile nelle strategie di lotta alla droga.
3. Applicazione degli atti di intesa Stato-Regioni	– Richiedere ed ottenere l'applicazione dell'atto di intesa Stato-Regioni, attualmente ancora inavaso in molte Regioni e P.A.	– Verificare la corretta acquisizione e reale applicazione da parte delle Regioni e P.A. degli atti di intesa ancora attualmente inavasi. – Attivare processi di contestazione formale e di obbligo al rispetto degli accordi sottoscritti.
4. Fondo nazionale "Lotta alla Droga"	– Ripristino e ricentralizzazione del fondo Nazionale Lotta alla Droga	– Fondo nazionale gestito dal DPA mediante selezione con bando pubblico ed affidamento di progetti a valenza nazionale, opportunamente finanziati, gestiti da enti esecutori (centri collaborativi del DPA), su strategie e pianificazioni nazionali concordate per quanto di competenza con le Regioni e P.A. – Inserire in finanziaria.
5. Fondi <u>indistinti</u> Sanitari trasferiti alle Regioni (quota del livello II della spesa sanitaria) per la tossicodipendenza	– Finalizzazione con vincolo di destinazione di una percentuale minima (non meno del 1,5%) di questi fondi per interventi nell'ambito della lotta alla droga in ogni singola Regione	– Concertare con le Regioni un'azione normativa in tal senso (Atto di Intesa), assicurandosi che tale vincolo di destinazione venga poi rispettato anche a livello delle Aziende Sanitarie territoriali. – Predisporre meccanismi di controllo e sanzione per chi non rispetta tale vincolo.
6. Riforma dei servizi pubblici e privati	– Ripensare e riprogettare la rete dei servizi introducendo modifiche strutturali e funzionali che li rendano più appropriati all'attuale realtà.	– Maggior orientamento al contatto con i servizi o indentificazione precoce dei comportamenti a rischio di assunzione di sostanze. – Maggior sostegno alle famiglie soprattutto nelle fasi precoci di scoperta del problema. – Introdurre modelli di diagnosi precoce e di "parent notification", cioè di comunicazione di allerta tra genitori consapevoli e responsabili che scoprono che i propri figli frequentano il gruppo di ragazzi (figli di altri genitori) che usano droghe o abusano di alcol. – Alta Integrazione, con passaggio dai principi ai modelli organizzativi, "pari dignità & pari responsabilità". – Sviluppare LEA – <u>LIVEAS</u> specifici ed aggiornati sulla tossicodipendenza: diritto esigibile da non delegare ai soli tavoli regionali – Ricercare l'integrazione della funzione di servizio e non della sola "rete di appartenenza".
7. Dipartimenti delle Dipendenze	– Attivare i Dipartimenti delle Dipendenze in tutte	– Si riconosce la necessità e la validità dell'organizzazione dipartimentale nell'area



Area di interesse	Macro obiettivo	Specifiche
	le Regioni e le Province Autonome	<p>delle dipendenze, al fine di garantire una risposta territoriale organizzata e coordinata al problema delle dipendenze su tutti i territori nazionali.</p> <ul style="list-style-type: none">- Si ritiene indispensabile l'attivazione dei dipartimenti in forma strutturale e dotati di autonomia tecnico-funzionale e di budget.- Non si ritiene una scelta efficace e corretta che i Ser.T. e/o i dipartimenti delle dipendenze, per le specificità della materia, vengano inglobati nei Dipartimenti di Salute Mentale. Questa operazione viene ritenuta strategicamente e tecnicamente inappropriata, pertanto è necessario provvedere ad una distinzione dei settori e, contemporaneamente, ad accordi di collaborazione per la gestione della comorbilità psichiatrica.- I dipartimenti delle dipendenze devono essere i veri strumenti dell'integrazione pubblico-privato sociale, dove si realizza la pari dignità attraverso una programmazione comune e condivisa degli interventi sul territorio, ma soprattutto degli standard e dei criteri operativi. Strumento programmatico e decisionale dell'integrazione è il Comitato di Dipartimento del quale devono far parte anche i rappresentanti del privato sociale.- Si ritiene fondamentale sostenere concretamente la formazione permanente degli operatori, assicurando loro la possibilità di partecipazione ad incontri accreditati.- È indispensabile operare in modo che si possano realizzare anche percorsi specialistici post-universitari nella "disciplina delle dipendenze", interessando le strutture competenti ministeriali per la creazione delle specifiche condizioni legislative.- L'attuale carenza di personale dovrà essere colmata ripristinando per lo meno gli standard previsti dai sistemi di accreditamento. È necessario che le Regioni e P.A. e le Aziende Sanitarie siano consapevoli che la carenza di organico comporta la compromissione delle buone prassi cliniche che non possono essere regolarmente adottate e perseguite in mancanza di un livello minimo di personale.- In considerazione dell'evoluzione del fenomeno e dei nuovi trend di consumo precoce, si ritiene indispensabile sviluppare ed attivare nuove unità operative dipartimentali, specializzate negli interventi di prevenzione indicata/selettiva. Tali unità dovranno essere dislocate in aree diverse dai Ser.T. ed accoglieranno soprattutto le persone minorenni e le loro famiglie. In queste unità operative verranno promosse attività di



Area di interesse	Macro obiettivo	Specifiche
		diagnosi precoce (early detection), anche tramite drug-testing professionale e supporto psico-educativo alle famiglie.
	<ul style="list-style-type: none">- Incrementare e mantenere la capacità di diagnosi precoci e terapie specifiche per le malattie infettive	<ul style="list-style-type: none">- Considerata la forte potenzialità di sviluppare ricerche cliniche e nel campo delle neuroscienze, si ritiene fondamentale per il futuro, promuovere e attivare ricerche nei dipartimenti delle dipendenze finalizzate soprattutto a migliorare le conoscenze sui meccanismi neuropsicologici (anche attraverso il ricorso al neuroimaging) che sostengono il craving, i danni cognitivi delle funzioni superiori e i possibili nuovi trattamenti più efficaci.- Prevedere, al fine di migliorare e garantire l'accesso precoce alle terapie e l'aderenza al trattamento, e strutturare delle unità specifiche, interne ai Dipartimenti, per la gestione delle malattie infettive correlate (HIV, HBV, HCV, TB, altre MTS) relativamente alle procedure diagnostiche (testing con counseling precoce e costante), alla sorveglianza clinica delle persone risultate positive, al monitoraggio sierologico di quelle sieronegative ed alla gestione delle terapie specialistiche attive e operative presso il Ser.T., anche in collaborazione con i reparti di Malattie Infettive.- Promuovere ed attivare programmi Contact-tracing e partner notification secondo le linee guida Europee.- Mantenere e valutare costantemente programmi vaccinali per l'Epatite da HBV presso i Ser.T.
	<ul style="list-style-type: none">- Unità per la diagnosi clinico-tossicologica	<ul style="list-style-type: none">- Attivare unità operative specifiche per la diagnosi clinico-tossicologica finalizzate a sostenere gli accertamenti di II livello da eseguire per i lavoratori con mansioni a rischio e quelli per i conducenti di auto, finalizzate alla verifica tossicologica di guida sotto l'effetto di sostanze stupefacenti (art. 187 del C.d.S.).
8. Prevenzione patologie correlate (Riduzione del danno - RD)	<ul style="list-style-type: none">- Definire nuove linee nazionali di indirizzo operative per l'attivazione, mantenimento e/o riorientamento delle attività di prevenzione delle patologie correlate - PPC (prevenzione secondaria, definita anche riduzione del danno) sul territorio nazionale.- Collegare fortemente queste attività con le	<ul style="list-style-type: none">- Definire i principi e gli assunti di base per le attività di prevenzione secondaria adattati alla realtà italiana.- Definire un elenco sintetico delle misure/azioni concrete che sarebbe necessario perseguire al fine di ottenere un'efficace e permanente prevenzione secondaria delle principali patologie correlate (infezione da HIV, Epatiti, TBC, malattie sessualmente trasmesse ecc.) all'uso di sostanze stupefacenti.- Operare una valutazione e specificazione delle compatibilità e/o incompatibilità e/o sinergie e/o complementarità delle azioni di PPC, valutando anche tali aspetti con le misure/azioni di prevenzione primaria e



Area di interesse	Macro obiettivo	Specifiche
	attività ed i programmi di cura e riabilitazione delle persone tossicodipendenti.	<p>trattamenti farmacologici e riabilitativi.</p> <ul style="list-style-type: none">– Definire gli ambiti di applicazione, identificando limiti, opportunità e possibilità.– Creare uno statement sintetico che sia finalizzato alla divulgazione ed adozione permanente di tali misure iniziando uno studio per la proposizione di specifici LEA, chiaramente da concertare con le Regioni e P.A.– Studiare una proposta tecnica per le Regioni per poter strutturare permanentemente le unità operative di PPC (comprese quelle mobili di strada) all'interno del Dipartimento delle Dipendenze, uscendo quindi dalla logica "a progetto" ed entrando nella logica "strutturale" e permanente.– Definire l'impatto e la concreta applicazione di quanto sopra riportato relativamente alle implicazioni sulle terapie farmacologiche sostitutive, con particolare riferimento alle problematiche connesse con l'aumento dell'utilizzo di terapie di mantenimento e dell'affidamento domiciliare dei farmaci.– Analisi di fattibilità e sostenibilità finanziaria delle varie soluzioni proponibili.
9. Crediti delle comunità /debiti delle Regioni e P.A. (circa 26 milioni di euro non pagati delle attività svolte in questi anni – stima minima)	<ul style="list-style-type: none">– Attivare un progetto per la creazione di una Associazione/Consorzio di impresa temporaneo (in cui associare tutte le comunità con crediti) al fine di poter accedere a finanziamenti erogati dal DPA in una quota proporzionale alla quota di crediti con le Regioni e P.A.	<ul style="list-style-type: none">– È necessario che le comunità autonomamente e opportunamente supportate attivino un consorzio temporaneo di impresa a cui aderiranno tutte le comunità interessate ad accedere ai finanziamenti del DPA.– Il DPA metterà a disposizione una quota totale pari alla quantità di denaro necessaria a coprire gli interessi passivi di un anno dell'ammontare del volume creditizio.– L'adesione al progetto e l'accesso ai finanziamenti è vincolato a 2 condizioni:<ul style="list-style-type: none">▪ Attivazione di richiesta formale da parte della comunità del pagamento degli interessi delle quote di crediti da parte delle aziende sanitarie debentrici.▪ Adesione alle procedure consorziate di recupero crediti nei confronti delle Regioni debentrici.– Il consorzio pertanto provvederà per tutti gli aderenti, con un'azione unitaria, al recupero dei crediti.
10. Difformità delle rette delle comunità terapeutiche	<ul style="list-style-type: none">– Rendere omogenee le tariffe delle rette delle comunità terapeutiche a livello nazionale (ad ISO prestazioni)	<ul style="list-style-type: none">– Verificare e quantificare la reale difformità di tariffazione con rilevamento contemporaneo delle prestazioni erogate (valutazione della qualità, quantità e ambiente di erogazione).– Identificazione di tariffe unitarie e valutazione del possibile impatto finanziario sui sistemi regionali (grado di sostenibilità reale).– Elaborazione di un profilo sostenibile e proposta, accettabile dalle ONG, alle Regioni e P.A.



Area di interesse	Macro obiettivo	Specifiche
11. Accertamento credito d'imposta tramite "Equitalia"	<ul style="list-style-type: none">– Risolvere il problema del debito di imposta per le comunità che hanno crediti con le Regioni	<ul style="list-style-type: none">– Attivazione Tavolo di Lavoro per studiare come risolvere il possibile blocco Equitalia dell'erogazione dei finanziamenti pubblici alle comunità in debito d'imposta.
12. Attivazione nuovi progetti di vero reinserimento (nuovo orientamento) lavorativo e sociale	<ul style="list-style-type: none">– Promuovere mediante un progetto nazionale un forte riorientamento alla riabilitazione e al reinserimento sociale e lavorativo.	<ul style="list-style-type: none">– Implementare il principio secondo cui gli interventi di reinserimento accompagnano tutto il trattamento fin dall'inizio.– Strutturazione di metodi di cura e trattamento orientati concretamente al reinserimento della persona e non alla "cristallizzazione" sociale nel ruolo di tossicodipendente cronico.– Non considerare il concetto di "trattenimento in terapia" unicamente come indicatore di outcome finale, cioè come il solo parametro di valutazione del successo di una terapia (farmacologia o residenziale), ma considerarlo anche come la condizione di base necessaria per realizzare gli interventi, finalizzando però gli sforzi futuri all'affrancamento da sostanze e al reinserimento (anche se nel lungo termine).– Promuovere e sostenere modelli "imprenditoriali" che incentivino l'inserimento lavorativo della persona tossicodipendente mediante attività strutturate, produttive ed in grado di automantenersi.
13. Rilancio di un nuovo e vero piano di prevenzione nazionale	<ul style="list-style-type: none">– Definire linee di indirizzo innovative e di impatto concreto nel prevenire l'uso di sostanze ed individuare e risolvere precocemente le situazioni di rischio	<ul style="list-style-type: none">– Definire linee guida, un "disciplinare di base" sostenibile e concretamente attivabile, per le agenzie e le organizzazioni che hanno compiti di intervento concreto.– Prevedere accordi e impegni specifici con le Regioni e P.A. che attualmente non presentano un piano nazionale coordinato.– Realizzare e diffondere Linee di indirizzo per la prevenzione dell'uso della Cocaina nei Minori.– Promuovere un più forte orientamento educativo ma soprattutto indirizzato verso gli adulti/educatori al fine di far acquisire abilità per saper affrontare questi problemi e trasmettere life skill protettive ai propri figli.– Trasmettere chiari messaggi contro la normalizzazione dell'uso di sostanze stupefacenti e alcol.– Promuovere interventi fortemente integrati con le strategie antialcool.– Riattivare le reti educative attualmente "scomparse" o molto ridotte: scuola e famiglia e associazionismo.– Puntare a sviluppare fattori di protezione e riconoscere precocemente fattori di rischio.– Programmare e attivare una conferenza specifica sulla prevenzione a frequenza biennale.
14. Tossicodipendenti e svolgimento di lavori con mansioni a rischio	<ul style="list-style-type: none">– Standardizzare sul territorio nazionale le procedure di valutazione	<ul style="list-style-type: none">– Chiarire l'impossibilità, purtroppo, di svolgere mansioni a rischio per pazienti con terapie al metadone e, contemporaneamente, studiare



Area di interesse	Macro obiettivo	Specifiche
	di secondo livello nei Ser.T.	<p>percorsi alternativi e di protezione per il mantenimento/trasferimento della persona tossicodipendente in terapia in attività lavorativa con mansioni non a rischio.</p> <ul style="list-style-type: none">– Realizzare linee di indirizzo e/o circolari esplicative tecniche per le Regioni e P.A., in particolare per i dipartimenti delle dipendenze.– Definire schede standard per la trasmissione dati tossicologici e clinici ai medici competenti. È necessario documentare e trasmettere ai medici competenti tutti i dati anamnestici, comprese le precedenti ed attuali terapie specifiche per la tossicodipendenza, documentare inoltre l'uso occasionale o <u>periodico</u>, oltre l'eventuale stato di dipendenza.– È il medico competente il solo responsabile della certificazione di idoneità alla mansione, sulla base dei dati anamnestici, clinici e tossicologici forniti dalle strutture di II livello e dai laboratori accreditati.
15. Prevenzione incidenti stradali droga/alcol correlati (area prioritaria)	<ul style="list-style-type: none">– Attivare in forma permanente il protocollo <u>DOS</u> (accertamenti clinico-tossicologici "on site" o presso i Ser.T.) già sperimentato e testato nella sua efficacia e fattibilità, in grandi realtà italiane.– Definire linee di indirizzo integrate tra i vari settori coinvolti.	<ul style="list-style-type: none">– Relativamente alla prevenzione degli incidenti stradali droga e alcol correlati, attivare quattro linee di azione:<ul style="list-style-type: none">▪ Interventi di informazione/educazione dirette ai giovani per la prevenzione della guida di autoveicoli sotto l'effetto di alcool e/o di droghe.▪ Attivare maggiori controlli su strada con metodi ed accertamenti clinico tossicologici on site in grado di sostenere eventuali ricorsi.▪ Miglioramento ed integrazione dell'attuale normativa in tema di prevenzione e attività sanzionatoria.▪ Sviluppo di studi e ricerche per ulteriori presidi tecnologici di prevenzione (engineering)– Diffondere il Progetto Drugs on Street completo di manuale di attivazione (come paradigma nazionale) a tutte le Prefetture, i Comuni e le Regioni d'Italia.– Promuovere e sviluppare ricerche nell'ambito degli strumenti di rilevamento tossicologico "on site" di primo livello.
16. Flussi dati, sistema informativo e monitoraggio permanente	<ul style="list-style-type: none">– Creazione di un Data Base Integrato (DBI) centralizzato presso il DPA.– Realizzare ed attivare un osservatorio nazionale permanente sulle Dipendenze presso il DPA (art. 1, DPR 309/90).– Attivare il flusso SIND dalle Regioni e P.A. e i	<ul style="list-style-type: none">– Vi è la necessità di portare a termine il lavoro impostato con il progetto SESIT e con il Gruppo SIND del Ministero della Salute, al fine di attivare i flussi dati secondo gli standard Europei.– Tutti i vari flussi dati dovranno trovare unitarietà, mantenendo contemporaneamente il data base originale di arrivo presso le singole Amministrazioni in un unico DB integrato, in modo tale da permettere una lettura migliore del fenomeno. Si auspica la centralizzazione del flusso dati presso un



Area di interesse	Macro obiettivo	Specifiche
	flussi dalle Amministrazioni Centrali verso tale Osservatorio.	osservatorio nazionale istituito e mantenuto nel DPA, con una rete di osservatori autonomi regionali da collegare centralmente e operanti con standard condivisi. <ul style="list-style-type: none">– Monitoraggio delle caratteristiche del fenomeno con formati standard per le varie Regioni e P.A..– Attivare progetti specifici per il monitoraggio dei risultati (volume di attività ed esiti di trattamenti – effectiveness).
17. Consumatori Cronici e studio dei fattori di cronicizzazione	– Comprendere i fattori determinanti al fine di ridurre la cronicizzazione dei pazienti	– Necessità di rivalutare i trattamenti a lungo termine e mantenimento con farmaci sostitutivi. <ul style="list-style-type: none">– Necessità di integrare sempre i trattamenti farmacologici con interventi di supporto psicologico, educativo e di reinserimento sociale e lavorativo. Si riconosce che la mancanza di questa integrazione è il fattore principale di cronicizzazione.– Si sottolinea come l'appiattimento verso le terapie farmacologiche non integrate sia da mettere in relazione anche alla carenza di risorse umane, di formazione e, in ultima analisi, di investimenti sul sistema dei servizi.– Si ritiene che sia necessario avviare studi sui fattori di cronicizzazione anche al fine di valutare la necessità, l'opportunità e la fattibilità di una riforma dei servizi.
18. Donne e Dipendenze: la maggiore vulnerabilità	– Attivare interventi e programmi specifici e linee di indirizzo destinate alle donne tossicodipendenti	– Il genere femminile è particolarmente vulnerabile alle conseguenze negative droga correlate (violenze psicologiche e fisiche, abusi sessuali, prostituzione, ecc.). <ul style="list-style-type: none">– Vi è la necessità di sviluppare programmi specifici di prevenzione primaria e secondaria, anche mediante l'attivazione di progetti.– Madre-Bambino:<ul style="list-style-type: none">▪ Individuazione precoce della gravidanza e misure per ridurre l'uso di sostanze ed evitare crisi di astinenza del neonato▪ Attività di informazione e preparazione al parto e all'accudire il bambino e realizzazione di strutture di assistenza alla mamma e al bambino per diminuire il rischio di inadeguatezza alla funzione genitoriale.– Procreazione assistita sicura:<ul style="list-style-type: none">▪ Fornire alle coppie in cui la donna è HIV- e l'uomo HIV+ informazioni sulle tecniche di procreazione assistita sicura per il concepimento di bambini sani▪ Favorire l'accesso al PAS▪ Fornire sostegno psicosociale– Training per competenze al femminile al Servizio Dipendenze<ul style="list-style-type: none">▪ Favorire l'accesso nei Servizi per le



Area di interesse	Macro obiettivo	Specifiche
		Dipendenze di personale femminile che possa fornire alle donne tossicodipendenti: <ul style="list-style-type: none">a. Percorsi per l'educazione sessuale e l'affettività;b. Informazioni sulle contraccezionec. Somministrazione facilitata di contraccettivid. Accesso ai servizi specialistici
		– Linea Rosa nei centri di informazione e consulenza nelle scuole: <ul style="list-style-type: none">▪ Al fine di evitare l'abuso di sostanze e il rischio di sfruttamento sessuale nelle ragazze minorenni:<ul style="list-style-type: none">a. Attivazione di spazi di informazione, riflessione e confrontob. Fornire consulenza e sostegno specialistico
		– Donne e Alcool: <ul style="list-style-type: none">▪ Attivazione di spazi di informazione e confronto per aumentare la conoscenza sui rischi legati all'abuso di alcool▪ Fornire consulenza e sostegno specialistico▪ Attivare percorsi di disintossicazione e riabilitazione
		– Droga e Disturbi Alimentari nei Servizi per le Dipendenze: <ul style="list-style-type: none">▪ Creare percorsi di formazione per gli operatori delle dipendenze per l'individuazione precoce dei disturbi alimentari nelle ragazze che hanno cominciato ad assumere droga ai fini del dimagrimento▪ Creare percorsi di formazione per gli operatori delle dipendenze per attività di sostegno alle ragazze che hanno cominciato a far uso di sostanze a seguito di disturbi alimentari (anoressia e bulimia)▪ Fornire consulenza, sostegno e accompagnamento ai servizi specialistici
		– Tossicodipendenza e prostituzione: <ul style="list-style-type: none">▪ Interventi di educazione sessuale per ridurre il rischio di contagio di malattie sessualmente trasmissibili in donne tossicodipendenti dedite alla prostituzione▪ Ammissione veloce a terapie per ridurre l'astinenza e quindi la ricattabilità da parte dei clienti▪ Percorsi di accompagnamento e protezione per favorire l'uscita dalla tossicodipendenza



Area di interesse	Macro obiettivo	Specifiche
19. Legislazione		<ul style="list-style-type: none">- Maltrattamenti e abusi: Per evitare il rischio di violenze e abusi legati all'uso di droghe e alcool:<ul style="list-style-type: none">a. Percorsi di sensibilizzazione e formazione per gli operatori delle dipendenzeb. Servizio di accoglienza e ascolto per far emergere situazioni di maltrattamento e fornire informazioni sui servizi preposti esistentic. Servizi di consulenza e sostegnod. Percorsi di accompagnamento per favorire comportamenti protettivie. Servizi di informazioni, sostegno e accompagnamento per donne che rischiano sotto effetto di sostanze di perpetrare maltrattamenti nei confronti dei familiari <hr/> <ul style="list-style-type: none">- Si sono evidenziate alcune distonie e sono stati quindi discussi e indicati alcuni opportuni aggiustamenti:<ul style="list-style-type: none">▪ È stata segnalata auspicabile la possibilità di introdurre nuove e più duttili sanzioni nell'ottica della prevenzione.▪ È stato indicato del tutto opportuno reintrodurre la possibilità di sospendere il procedimento sanzionatorio nel caso in cui il tossicodipendente trasgressore si sottoponga ad un contestuale programma di recupero (e non lo abbandoni).▪ L'istigazione all'uso di sostanze meriterebbe una soluzione invero radicale, attraverso un chiaro e definito "irrobustimento" delle attuali sanzioni per la propaganda abusiva delle sostanze vietate; l'art. 84 della normativa antidroga non appare più coerente con il proliferare ad es. del fenomeno degli "smart shop".▪ È stato lamentato che alcuni tossicodipendenti in cura presso strutture di recupero vengono ancora prelevati, su disposizione di magistrati, dalle Forze dell'Ordine e condotti in carcere per scontarvi un residuo periodo di pena detentiva, anche per condanne inferiori ai sei anni.▪ In materia di legge penitenziaria è stato suggerito di valutare l'opportunità di prevedere una modifica dell'art. 54 quater della legge 354/75 al fine di poter concedere la misura alternativa alla pena



Area di interesse	Macro obiettivo	Specifiche
		<p>(affidamento in prova, semi libertà), così come le altre misure premiali (ad es. permessi premio) alle persone detenute che abbiano commesso il reato (ex art. 385 C.P.) di evasione dagli arresti domiciliari, trattandosi invero di fatto ben diverso (ma sanzionato ugualmente) dalla classica evasione dal carcere, ma sanzionato nella stessa materia.</p> <ul style="list-style-type: none">▪ Si auspica la modifica dell'art. 14 del DPR 230/2000, che disciplina le modalità di ricezione, acquisto e consumo di generi alimentari all'interno degli Istituti Penitenziari, prevedendo il divieto il consumo e la somministrazione (anche a titolo oneroso) di qualsivoglia bevanda alcolica.▪ L'opportunità di prevedere solo come ipotesi illecita amministrativa quella relativa a fatti di danneggiamento di bene pubblico quando lo stesso abbia un valore inferiore ai 200 euro, purché sia effettivamente risarcito dal detenuto nel termine di 30 giorni dalla contestazione e, comunque, prima della scarcerazione.
20. Sistema Nazionale di Allerta Precoce	<ul style="list-style-type: none">- Attivare e mantenere il sistema nazionale di allerta precoce, centralizzato e collegato con quello europeo	<ul style="list-style-type: none">- Il sistema deve possedere un'architettura e struttura WEB di livello nazionale, centralizzata e secondo standard OEDT.- Deve essere in grado di assicurare tempestività e osservazione di livello nazionale con collegamenti Europei (OEDT, Europol, EMEA).- Evitare l'attivazione di sistemi locali e la possibile frammentazione, per inefficacia dimostrata nel creare allerte tempestive ed efficaci su vaste aree territoriali, oltre a risultare economicamente svantaggiosi per assenza di economie di scala.- Porre attenzione a non creare multi standard per attivazione di sistemi regionali non coordinati.- Attivare collegamenti con sistemi regionali regolamentati, soprattutto per la finalità riguardante le segnalazioni provenienti dalle "unità di contatto" e l'attivazione, in caso di allerta, delle "unità di risposta" (Pronto Soccorso, 118, Ser.T., unità mobili, etc etc).- Promuovere l'attivazione delle reti territoriali di primo contatto ed osservazione, e la messa in comune delle informazioni.- Attivare sistemi per il monitoraggio del fenomeno droga in Internet.- Attivare sistemi per il rilevamento e la messa in rete tempestiva di metodi di occultamento



Area di interesse	Macro obiettivo	Specifiche
21. Valutazione dei risultati	<ul style="list-style-type: none">– Attivare sistemi permanenti della valutazione degli esiti dei trattamenti (efficacia in pratica - effectiveness) e considerare l'esistenza e l'utilizzo di tali sistemi criterio necessario per la finanziabilità dei sistemi e dei progetti	<p>presso aeroporti, porti, valichi di frontiera.</p> <ul style="list-style-type: none">– Attivare progetti specifici per sviluppare sistemi permanenti di valutazione degli esiti su base nazionale, sia per quanto riguarda i risultati ottenibili durante il trattamento, sia per monitorare nel lungo termine dopo la fine del trattamento.– Promuovere interventi, utili alla pratica clinica, che mirino a definire e costruire modelli coordinati e standardizzati e sistemi di valutazione permanente degli esiti dei trattamenti (efficacia in pratica) presso i dipartimenti delle dipendenze e i Ser.T.– Nella strutturazione dei modelli, e dei relativi sistemi, vi è la necessità di mettere in relazione dati di efficacia in pratica e di costo in modo tale da poter comprendere anche gli aspetti relativi all'efficienza produttiva e alla performance/economicità degli interventi.
22. Nuovo ruolo del DPA	<ul style="list-style-type: none">– Definire nuovi compiti, funzioni e ambiti di un possibile coordinamento nazionale così come richiesto in V conferenza Nazionale	<ul style="list-style-type: none">– Coordinamento nazionale delle Politiche Antidroga sulla base di:<ul style="list-style-type: none">▪ Necessità di ritrovare unitarietà sulle linee strategiche generali nazionali.▪ Le principali funzioni di cui viene richiesta la centralizzazione sono: la funzione epidemiologica di lettura del fenomeno attraverso un regolare flusso dati dalle Regioni e P.A. e dai Servizi; la gestione di un Fondo Nazionale Lotta alla Droga; il coordinamento di progetti nazionali per problematiche transregionali; la definizione di linee di indirizzo nazionali tecniche nei temi della prevenzione, trattamento e prevenzione delle patologie correlate, reinserimento, valutazione e monitoraggio del fenomeno; la definizione dei livelli essenziali di assistenza sia in ambito sanitario che sociale; il Piano di Azione Nazionale concertato.▪ Quanto sopra riportato è supportato anche dalle funzioni previste dall'art. 1 del DPR 309/90.

Conclusioni

La sintesi qui riportata si completa necessariamente con le altre risultanti dalle sessioni di lavoro, a cui si rimanda per un più approfondita analisi, e che fanno parte integrante delle conclusioni della V Conferenza Nazionale sulle droghe.

Alla Conferenza di Trieste hanno partecipato operatori di tutti i settori dimostrando impegno e serietà, a cui va tutto il nostro riconoscimento per il buon lavoro svolto.

I lavori di consultazione e concertazione con gli operatori continueranno durante tutto l'anno secondo un calendario e su temi specifici, concertati durante le preconsultazioni. Qui di seguito si riporta lo schema degli incontri programmati.

Data	Mattina	Pomeriggio
5 maggio 2009	I servizi pubblici: vecchi problemi, nuovi scenari e l'integrazione possibile	La cura delle dipendenze da sostanze in Italia
4 giugno 2009	Carcere e droghe: aspetti organizzativi	Uso del drug test professionale nei programmi di prevenzione precoce: risorsa o rischio?
15 settembre 2009	La prevenzione delle patologie correlate alla tossicodipendenza e delle situazioni devianti: quali evidenze di utilità ed efficacia?	
13 ottobre 2009	Trattamenti: le evidenze scientifiche a confronto	Le nuove dipendenze: gambling, digital addiction, shopping compulsivo, sesso compulsivo, ecc
3 novembre 2009	Il quadro internazionale: le politiche europee e le opportunità per il sistema Italia	Drug test nei lavoratori con mansioni a rischio
10 dicembre 2009	Le programmazioni regionali	

Anche le successive conclusioni saranno oggetto di trasmissione al Parlamento, così come esplicitamente previsto dall'art. 1, comma 15 del DPR 309/90.