

229, e soprattutto la parte della legge 229 che recepisce delle indicazioni del piano sanitario nazionale e che ha che fare con l'integrazione socio - sanitaria. Quindi rete, integrazione socio - sanitaria. Così come la legge recente, che penso che più o meno abbia un mese di vita, di riforma dell'assistenza. E specificamente in quella parte che è la corrispondenza dell'integrazione socio - sanitaria e poi in tutta l'impostazione della legge che ha a che fare con le politiche di inclusione sociale o se si preferisce chiamarle di protezione sociale attiva. Perché dico questo? Perché, per esempio, mi riferivo, nella tipologia di utenza, alle nuove povertà: è chiaro nel momento in cui noi ci confrontiamo con più problematiche contemporaneamente, che c'è l'esigenza, sia all'interno di quel sistema, sia tra i vari sistemi, di avere una correlazione tra di loro più grossa, ma non per uno specifico problema, ma su più specifici problemi. Così come all'interno del singolo sistema, deve avvenire anche tra sistemi. Per esempio all'interno delle aziende sanitarie locali, è stato ricordato ieri come in questi anni c'era la problematica della comorbidità. Soprattutto per quanto riguarda il disagio psicologico. E si metteva in correlazione questo disagio psicologico con due possibili percorsi. Quello di una vulnerabilità da parte di una persona già prima che incontrasse l'esperienza dura della tossicodipendenza, ma non sto parlando di vulnerabilità di nascita, genetica, che non far parte del mio costume e della mia cultura e del mio percorso, ma per quella che è la storia di vita del soggetto dal momento della nascita. E invece una vulnerabilità aggiuntiva nel momento in cui una persona, per molti anni, ha avuto l'esperienza più dura della dipendenza. E' chiaro quindi che ciò ha a che fare con la prima tipologia di utenza e che rimanda, per certi versi, a un rapporto più integrato tra vari servizi e tra varie competenze all'interno dell'azienda sanitaria locale. Però in altri tipi di discorsi, ricordati anche ieri, sempre nei confronti di questa prima tipologia di utenza, cioè quella di lunga dipendenza, quella soprattutto dei dipendenti da eroina, è stato detto come oggi c'è un problema centrale molto grosso, quello dei figli di queste persone. E quindi di politiche, di accoglienze più complessive, di una diversificazione. Per cui il soggetto è un soggetto più collettivo certe volte. È una famiglia, è un nucleo fatto di più persone. E arrivo alla conclusione, partendo dalla tipologia, partendo dalle innovazioni specifiche generali sulle tossicodipendenze, con i modelli delle risposte che noi andiamo ad attuare. Quando si parlava di nuove, anche di esigenze altre, su cui attrezzare delle risposte per la prima tipologia, quella dei dipendenti da eroina di lunga durata, quando si parlava di esigenza di confrontarsi con le nuove povertà, così come con i nuovi consumi e quindi con i territori dell'ipernormalità, c'è una problematica che io vi rimando, cioè quella dei modelli delle risposte. Quali sono i modelli possibili di risposte a rete che devono essere attivati? Forse dovrebbero avere alcune caratteristiche. Per esempio non essere più modelli verso i quali va l'utenza, ma risposte che vanno verso l'utenza. O in un modo dinamico proprio, attivo, motorio, e quindi le unità mobili, e per unità mobili non mi riferisco solamente alla riduzione del danno, ma unità mobili, per esempio, anche nei confronti dei nuovi consumi. Oppure abbassando le soglie. Discorso che è iniziato da alcuni anni. Anche questo è un dinamismo. Ma rimanda anche e soprattutto alle metodologie, a quali sono i contenitori, perché ci sia questa interazione in un modo sistematico. E ritorno a quello che avevo detto inizialmente. La responsabilità oggi degli operatori e di chi di vive a stretto contatto è ancora più grossa. Perché in una logica di organizzazione federale dello stato e di regionalizzazione c'è da una parte la possibilità che le risposte siano più vicine, i modelli siano pensati in un modo più vicino rispetto a dove si vivono le problematiche e a dove si dovrebbero rilevare i bisogni delle persone. Dall'altra parte c'è il rischio di una eterogeneità eccessiva a livello nazionale. Da un altro lato richiama a un impegno, e finisco con quanto aveva detto inizialmente Don GALLO, nel senso che noi abbiamo sicuramente accumulato un patrimonio di sinergie, di integrazione, che forse è ancora poco rispetto a queste nuove esigenze, che richiedono da parte nostra uno sforzo ancora più grosso in termini di creatività, di faticoso e lento pensiero rispetto all'andare a individuare quali sono le modalità che in questi anni ci portano a confrontarci in

una logica di modificazione dei bisogni e delle domande delle persone che hanno queste problematiche e di modificazione legislativa e dell'organizzazione dello Stato, in un modo, attento, continuo, complesso e dinamico.»

Chairman Don Andrea GALLO:- «Sono state messe le basi, una partenza di questo dibattito di oggi, di questa partecipazione. Mi sembra che qui siamo su due binari: il dottor PETRELLA ci ha dato questa indicazione per quello che riguarda proprio le indicazioni legislative politiche, locali. Forse noi le approfondiamo poco a volte, mentre a volte certe leggi ci darebbero un quadro più completo. E soprattutto mi sembra che cominci ad emergere quello che a mio avviso chiamerei proprio il punto di forza, i modelli di servizio integrato. Per le nuove sfide, per il nuovo fenomeno, per le nuove evenienze. Darei subito la parola al dottor Augusto CONSOLI, responsabile del SERT dell'Asl 4 di Torino: mi sembra che il titolo della sua relazione sia: "Aspetti sociali, cultura professionale, dinamiche di mercato nella costruzione delle politiche di integrazione dei servizi".»

Dott. Augusto CONSOLI:- «Certamente rispetto ai molti interventi e alla complessità del tema c'è il rischio di un disallineamento rispetto ai contenuti. Cercherò di essere sintetico con il rischio di impoverire i passaggi che pensavo di fare.

Il punto di vista che vorrei proporvi, per dare il mio contributo a questo aspetto dell'integrazione tra attori diversi, è non tanto di una modellistica relativa ai possibili tipi di rapporto, quanto ad alcuni nodi che in qualche modo stanno un po' a monte della difficoltà ma anche della ricchezza, della possibilità di integrarsi e di collaborare nella costruzione di progetti. Vorrei accennarvi ad alcuni problemi di ordine sociale, nel senso di pensare a questi soggetti, quindi ai vari servizi, ma anche alla cittadinanza come soggetti sociali, portatori di potenzialità, ma anche di preoccupazioni, e anche a quanto le dinamiche di un mercato che di fatto esiste, che è in qualche modo influenzabile da quadri normativi, dal potere centrale o dal potere di norma e di legge dell'ente locale, e a quanto molti di noi, come professionisti, come operatori che hanno sviluppato competenze sul campo, possono influenzare questi processi che possiamo avere. Rispetto ai contenuti, agli elementi sociali mi sembra che una cosa sia da tenere in conto ed è un filone presente in moltissime organizzazioni che per certi aspetti sembra essere ormai assorbito tacitamente, che è quello della ragione strumentale dell'economia. Tutti i servizi, pubblici e privati, pare abbiano assunto come dato ormai interiorizzato che debbono fare economia, ottenere il massimo dell'efficienza; c'è una ingegnerizzazione dei processi di produzione dei servizi ottimale e questo aspetto è quello che pian piano rende tutte le organizzazioni molto simili fra di loro, al di là che siano pubbliche o private, che siano aziende di prodotti materiali o aziende di prodotti immateriali. Nelle Asl si parla di budget, di controllare la spesa. Ma anche negli enti ausiliari, anche in altri servizi, negli enti locali, come se questo fosse l'elemento dominante. E il problema di questo elemento culturale è che è quasi assolutamente interiorizzato dalle strutture organizzative e dalle persone. Non so che confronto fare. Come quando le organizzazioni si basano sui programmi di software che sono presenti oggi sul mercato. Spesso il modellamento delle organizzazioni oggi è fatto, per esempio sull'office automation, sulla base dei software. Nelle banche spesso si organizza il lavoro, perché vengono elaborati dei potenti software che prevedono un certo tipo di processo. Questo aspetto da un lato certamente può essere protettivo dal punto di vista sociale, perché diciamo che questo filone che è quello dell'efficientismo, quello della ragione ingegneristica della costruzione delle organizzazioni, ma in realtà ha anche un'istanza etica, e un po' paternalista, quella della protezione di tutti i cittadini, la protezione civile. Se le banche lavorano bene tutti hanno benessere. Però capite quanto questo in qualche modo rimandi a una dimensione paternalistica, che può estremizzarsi anche in un'omologazione e in una difficoltà di riscontrare le differenze che possono essere presenti in termini sia di cultura che di identità. Certamente il punto non è tanto di eludere questo sistema di burocrazia amministrativa.

Come vedremo non si può eludere il mercato. Si tratta di vedere, da un punto di vista dei mandati che ogni organizzazione ha e delle culture professionali dei singoli operatori, che margine e che spazio c'è per utilizzare questi aspetti di burocrazia amministrativa in termini di protezione e di strumento e non di cultura dominante anche in qualche modo valoriale, per cui il valore è stare nel budget e non è nel produrre contenuti, prodotti fruibili in termini di aiuto alle persone, di riduzione della marginalità sociale, parlando proprio dei nostri servizi.

Un secondo elemento che mi sembra possa aiutarci a capire le difficoltà, e vedremo come questi elementi ricadono in termini di aiuto o di difficoltà all'integrazione, è quello di una certa frammentazione sociale, cioè del fatto che in qualche modo sia difficile pensare a una dimensione di costruzione di progetti che abbiano un senso per la collettività, una visibilità, mentre spesso si può osservare come ci sia una costruzione di prestazioni. E allora un SERT fa certe cose, offre certe prestazioni, la comunità offre certe prestazioni, l'ente locale offre certe prestazioni. Una somma di prestazioni che in qualche modo non costituiscono in termini di appartenenza, di visibilità, di costruzione fatta insieme, un prodotto. I sociologi, negli ultimi anni, ci hanno insegnato delle buone cose su che cos'è un prodotto immateriale. Noi possiamo percepire un prodotto immateriale come appartenente alla nostra storia, come fruibile e come generatore di senso, che è di senso sociale, costruttore di legame quando, nella preparazione di questo servizio, il cliente non è più solo un cliente. Il cliente partecipa alla costruzione di senso di questo servizio e questo servizio, passo passo, diventa quindi un servizio condiviso, compreso, fruibile, utilizzato e, come valore aggiunto, diventa un costruttore di legame, di cultura che si oppone alla frammentazione sociale. Questi aspetti della frammentazione sociale sono anche molto connessi a un altro problema che è quello di un'idea che esiste in molte organizzazioni, che esse si costruiscano di per sé stesse, in modo un po' magico. C'è una legge che istituisce, non so, il servizio per le tossicodipendenze piuttosto che un settore dell'ente locale, piuttosto che una fondazione di un ente ausiliario, che nasce intorno a un'esigenza di identità, di servizio. E spesso questa ricerca di identità è un elemento presente in tutti i tipi di organizzazione, diventa spesso autoreferente. Quindi spesso buona parte dell'attività, anche rivolta all'esterno, alla dimensione sociale del territorio, è fortemente orientata a mantenere un'identità di questa struttura, di questa organizzazione. Questo problema di un'individualità degli enti finisce con l'essere interessante nel senso di riportare al mandato principale, per cui un ente si interroga, spesso, in questo modo su chi è. Posso fare questa cosa con quell'altro, in questo modo, perché sono un ente che deve fare questo? Posso, devo fare questo intervento? Sì, perché ho un mandato sociale o legislativo. Quindi, da un lato, l'individualità degli enti aiuta a delle funzioni di integrazione, ma nello stesso tempo ovviamente crea delle difficoltà di collegamento, perché tutte le volte che ci si avvicina alla costruzione insieme di un progetto può essere messa in pericolo questa identità, quando è troppo marcata, quando è troppo autoreferenziale. In questo senso allora vediamo che tipo di ricaduta questi elementi possono avere sugli aspetti di integrazione. Certamente se parliamo di integrazione possiamo partire dal dato che ci sono delle esigenze precise, il dottor PETRELLA lo ricordava prima. Diceva: ma ci sono delle tipologie di utenza, ci sono dei bisogni. Ed è un dato di realtà ineludibile. Però in qualche modo quando pensiamo che il SERT deve integrarsi nel territorio, ci sembra un roba da poco, ma in realtà rimanda ad un problema esattamente opposto. Perché il SERT non è integrato nel territorio? E' una domanda non da poco, perché vuol dire che dentro c'è forse un non detto, un qualcosa di non articolato sui problemi, in termini non solo di collegamento produttivo, ma di che immagine abbiamo del contesto sociale del territorio. In linea di massima non ci poniamo il problema di dire: ma il panettiere deve integrarsi nel territorio. Non ci fa specie. Diciamo solo: vende poco, vende molto. Allora dietro c'è un problema su qual è l'immagine precedente o preesistente sul contesto territoriale e su quale dovrebbe essere l'immagine. Questa articolazione quindi sta non soltanto sul piano di cosa si deve produrre, ma sul piano di quali

immagini sociali abbiamo e di come questi problemi di frammentazione sociale, di prevalenza di burocrazia amministrativa e di individualità e di individualismo delle organizzazioni giocano a ricostruire un'immagine di integrazione. In questo senso una forte spinta la dà proprio il mercato, perché mentre noi riflettiamo sulle dinamiche, sui problemi di integrazione, il mercato è vivo, il mercato è quello in cui in qualche modo si compra, si vende, si producono servizi. E le configurazioni che questo mercato può avere sono diverse. È chiaro che il mercato non è mai vero, quando parliamo del mercato dei servizi. Nel senso che i mercati sono sempre fortemente influenzati proprio dal sistema amministrativo burocratico, o dai trust, dalle alleanze. Poi ci sono anche le leggi antitrust contro le alleanze sleali. C'è una dimensione di mercato che può avere una sua vitalità, è quella del mercato totale, in cui, per esempio, il fruitore del servizio può scegliere da solo qualsiasi servizio. Questa è una cosa che nel nostro settore non funziona, ma comincia a succedere in certi settori della sanità. Pensate che fino a un po' di tempo fa, fino a qualche anno fa, la funzione di diagnosi e orientamento era ascritta in modo forte alla sanità, per cui uno se doveva andare in una casa di cura per fare un intervento di appendicite, il medico di base doveva scrivere: hai bisogno dell'appendicite. Oggi questa cosa è un po' diversa, per cui uno si può rivolgere direttamente alla casa di cura e fare questo intervento. È una situazione di mercato quasi reale quella in cui l'utilizzatore può decidere: compro questo disco in questo negozio, in quest'altro, eccetera. Su altri aspetti più complessi, più delicati, in cui si pensa che il fruitore non può direttamente sapere che cosa è meglio per lui, ci sono delle situazioni di mercato parziale, quello che si dice il mercato segmentato, cioè in cui uno dà delle cose e un altro dà altre cose. Che è un quasi mercato. Oppure ci sono dei mercati complementari in cui uno arriva a dare un certo numero di prestazioni specifiche, che possono integrare le prime che vengono date da un altro soggetto, in modo indifferente. Oppure c'è il mercato residuale, in cui uno fa tutto. Se avanza qualcosa, che sono poi le cose più rognose, più residuali, le fa un altro. Queste dimensioni di mercato rimandano a dei problemi di identità non da poco rispetto ai vari soggetti, perché rinviano a delle funzioni complesse che si sovrappongono. Se in una situazione di verifica, di determinazione di certe regole di mercato, chi le determina è anche chi offre il servizio, una parte dei servizi, questo crea delle contraddizioni molto grosse. Nel senso che, se un venditore di dischi, a un certo punto, è anche chi ha il potere di controllo sui tipi di negozio che vendono i dischi, qualcuno potrebbe dire: ma qui o vendi i dischi o ti occupi del controllo di qualità dei dischi. Questi aspetti di gestione della situazione, di disegno del quadro di mercato e di essere allo stesso tempo fornitore delle prestazioni, sono stati affrontati in diverse sedi, anche normative, e credo che ciò debba spingerci a considerare una diversità di queste funzioni in termini di costruzione di un sistema di regolazione, accreditamento, come diceva il dottor PETRELLA, e autorizzazione ai funzionamenti.

Ridefinizione delle funzioni. In questo senso, parlando del nostro settore, c'è tutto il filone dell'applicazione del nuovo atto di intesa, che in molte Regioni è ancora lontano. Ma è lontano per aspetti normativi, perché c'è bisogno di sviluppare un po' gli impedimenti, ma anche le sinergie che ci possono essere tra i diversi servizi e l'ente locale, i servizi sociali e sanitari, il privato sociale. Come e quanto concludere, la cultura professionale può aiutare in questo impasse di un mercato che non è ancora definito, è molto complesso? Le esigenze che venivano espresse nella relazione precedente di dare servizi diversificati e ottimali. Credo che la cultura professionale possa aiutarci su due o tre punti. Un primo punto che ritengo superiore a tutti gli altri è questo: è lo sforzo di riuscire a esplicitare, a definire qual è l'oggetto del nostro lavoro e ad avere delle rappresentazioni condivise di questo oggetto; quindi non tanto le soluzioni o i programmi, che possono essere mille. Ma bisogna riuscire a costruire il problema. Perché i problemi non esistono di per sé stessi. Mentre noi siamo fuori da qui, ci saranno mille problemi o non ci saranno, ma i problemi non esistono di per sé stessi, i problemi si generano intorno a un'articolazione degli eventi, a una lettura degli eventi e a quanto noi facciamo da spec-

chio rispetto a questi eventi; e a quanto noi riusciamo a far circolare queste letture, queste rappresentazioni della realtà. Spesso quando parliamo con persone magari lontane dall'assistenza ai tossicodipendenti ci arrabbiamo quando cerchiamo di spiegare il lavoro che facciamo, ognuno di noi diverso certo, ma con la sensibilità che può legarci. Ci arrabbiamo perché vediamo che l'altro non capisce. Diciamo: ma tu non capisci niente, tu sei così reattivo verso i tossicodipendenti. Io ho il barista sotto casa, che è un ragazzo bravissimo, tutte le volte mi dice: ma io gli sparerei a tutti. Malgrado tenti di modificare questo punto di vista non ci riesco, e bisognerebbe riuscire a spendere del tempo non sulle cose da fare, ma a riunirci con l'ente locale, con gli uffici comunali, con i servizi della sanità, con i servizi sociali, con il privato sociale, per dire: ma di che cosa stiamo parlando? Com'è che problematizziamo questo aspetto in termini di difficoltà dei singoli soggetti che hanno un'esperienza di tossicodipendenza? Il contesto sociale, per esempio, quanto deve sopportare il problema della tossicodipendenza? Qual è il punto di vista del contesto sociale? Allora bisogna avere una rappresentazione condivisa dei problemi e costruire insieme i problemi, non inventarsi i problemi, ma costruire insieme la definizione del problema. Come quando c'è un problema alla scuola media e all'alunno si dice: dato questo problema. Perché in realtà questo è quello che spesso impedisce la costruzione dei progetti di produzione di servizi.

Un secondo aspetto è quello di spingersi in una direzione di costruzione di prodotti e non di prestazioni. Questa è una cosa che è possibile soltanto in una dimensione operativa professionale, perché le linee di indirizzo più generali di gestione delle amministrazioni, come dicevo prima, vanno in una direzione opposta. Quella è la cultura amministrativa della spesa, del budget. La cultura imprenditiva manageriale che dice "tu devi raggiungere quell'obiettivo" è solo formale. Chi lavora nelle organizzazioni più complesse, ed è qui in sala, lo sa bene. Un direttore generale di una Asl viene mantenuto non tanto e non solo perché ha creato un buon ambiente tra i suoi operatori o perché ha salvato tre vite in più nella sua popolazione di duecentomila persone. Quel dato, per di più, non lo sa nessuno. Cioè il dato dell'outcome, dell'esito, manca in quasi tutte le organizzazioni delle Asl italiane. Il direttore viene mantenuto se sta nella spesa, se sta nel budget, se riesce. E credo che in parte questo interessi tutti. Interessi anche il privato sociale, l'ente locale. Allora bisogna tendere a realizzare dei prodotti, come dicevamo prima, che non siano una somma di prestazioni. Ma per fare questo, per interrogare i clienti, il territorio, gli operatori di un altro servizio, se questo non deriva dalla cultura professionale, non può derivare da nessun'altra fonte, né normativa, né progettuale astratta, né amministrativa. Allora è un compito delicato, non da poco, quello che ci tocca. Un ultimo elemento, che attiene a una dimensione culturale, professionale, e anche, se volete, imprenditiva, è la visibilità che questi prodotti possono avere e devono avere. Parlo di una visibilità fatta di informazione, ma non solo, di una visibilità che è costruzione di legami, che è il tentativo di far circolare, di far appropriare le singole persone, ma non soltanto i fruitori, di prodotti costruiti come costruzione di legame, oltre che di servizio. Questo ci può consentire di fare esperienza di una costruzione e non soltanto di un'astratta progettazione, ci può far in qualche modo pensare quanto anche l'identità fortemente presente in ogni azione, le forti preoccupazioni che ognuno di noi ha nel conservare l'identità personale e delle proprie organizzazioni, non viene messa in pericolo nella costruzione di prodotti che abbiano questo tipo di condivisione. Questo è un valore aggiunto non da poco. Parlo di valore aggiunto perché ha quasi lo stesso costo della costruzione del prodotto, ma è un valore aggiunto in termini di costruzione di senso, che è poi quello che, certe volte anche in modo un po' angosciante, cerchiamo quando parliamo di integrazione. Credo che una forte domanda sottesa all'integrazione tra i vari servizi non sia tanto e solo quella di produrre in modo più economico. Noi diciamo prevalentemente questo. Ma credo che la domanda sia legata a dei registri più interni di constatazione, di ansia per la difficoltà di ricostruire un legame sociale che abbia un significato per tutti noi, oltre che per le persone a cui ci rivolgiamo.»

Chairman Don Andrea GALLO:- «Diamo la parola al direttore del Dipartimento Prevenzione del Ministero della Sanità, dottor Fabrizio OLEARI.»

Dott. Fabrizio OLEARI:- «Faccio una premessa a questa breve disamina dello scenario normativo alla base dei problemi dell'integrazione che sono stati appena accennati. Nel nostro paese, e in tutti i paesi europei, la salute è considerata un bene pubblico, public goods, e, in quanto evidentemente bene pubblico, la nostra normativa dice che devono essere garantiti dei livelli essenziali uniformi e appropriati di assistenza. Così li definisce lo Stato. Dopo di che le Regioni hanno una serie di altri compiti che analizzeremo brevemente. Un'altra definizione. Abbiamo parlato e si parla sempre molto di rete dei servizi. Che cosa significa rete dei servizi? E se facessi un'altra domanda e se chiedessi la definizione di territorio, uno dei termini più usati, ma relativamente usati in diverse accezioni anche a livello normativo, che cosa intendiamo noi per territorio? Innanzitutto rete vuol dire che, al principio gerarchico di porsi uno rispetto all'altro dei servizi, si sostituisca un principio di selettività. Questo lo diceva riguardo alle reti economiche un insigne economista americano, Paul KRUGMAN. Questa selettività è funzionale non al fatto di produrre la singola prestazione, ma un pacchetto di prestazioni. Che è esattamente quello che ci proponiamo di produrre quando facciamo un progetto personalizzato sul paziente e quando in questo sono necessarie le prestazioni di diverse strutture operative. In questo senso noi diamo una definizione tecnica, alla luce dello scenario normativo, che ci pare coerente anche con i principi della gestione economica del servizio.

Riguardo allo scenario delle normative sulle tossicodipendenze, vedete che la prima normativa, istituzione CMAS, risale al 1975, ben prima che venisse data una configurazione organizzativa evidente ai SERT, il cui finanziamento avviene de facto, nella prima fase, sui finanziamenti nazionali. Nel '78, per quel che riguarda lo scenario nazionale, abbiamo la 883, che per prima unifica l'attività delle diverse strutture in una sola organizzazione, che è l'unità socio - sanitaria locale, o unità sanitaria locale. E dobbiamo arrivare fino al 1992 per avere il processo di aziendalizzazione che va di pari passo con l'enunciazione di quelli che allora si chiamavano livelli uniformi di assistenza. Voi sapete che nell'ultimo piano sanitario nazionale questi vengono chiamati livelli essenziali, uniformi e appropriati di assistenza. Col decreto legislativo 229 viene rivisto il decreto legislativo 502, anche alla luce di quello che era stato indicato nel piano; in questi giorni ho sentito parlare molto poco di distretto e una delle novità del 229 è che il distretto non è più soltanto e unicamente un'area di produzione di servizi, assimilata in questo senso all'ospedale a contabilità separata nella gestione del bilancio dell'azienda Usl piuttosto che all'azienda ospedaliera. Il distretto, proprio perché c'è il comitato dei sindaci, proprio perché ci sono coinvolti i Comuni, proprio perché bisogna fare il piano territoriale della salute, o piano attuativo locale, chiamatelo come volete, è quel territorio in cui si stabilisce una rete di servizi, che per l'assistenza primaria saranno rivolti alla popolazione del distretto; ma se parliamo di neurochirurgia dovranno acquisire servizi anche al di fuori del distretto. Di qui la necessità di individuare delle funzioni di rete distrettuale, delle funzioni di rete che vanno al di là del distretto. Ovviamente, tutto questo coesiste con un finanziamento del servizio sanitario nazionale, ovvero del fondo sanitario nazionale, che avviene a quota capitaria. Ponderata per che cosa? Per la mortalità, che fra l'altro è ben correlata alle caratteristiche socio - economiche della popolazione e sulla base della spesa storica, il che è correlato con l'utilizzazione dei servizi e quindi trova l'accordo delle Regioni. Cosa succede a questa quota finanziaria definita a livello nazionale? La quota finanziaria passa, viene riunificata nei fondi sanitari regionali, ciascuna Regione rifà i suoi calcoli, tendenzialmente sulla base di questi principi che vi ho appena accennato, dopo di che distribuisce alle aziende una quota capitaria per le aziende. Le aziende sono libere di allocare, in rapporto al piano presentato alla Regione, questa come vogliono. Che cosa vuol dire? Vuole dire che la facoltà allocativa, quella che consente di scegliere di fare un investimento piuttosto che un altro, è colloca-

ta a livello, prima, de facto, delle Regioni, con i piani annuali e pluriennali, e, soprattutto, a livello dell'azienda. Nell'azienda, occorre distinguere le strutture operative da quelle che non lo sono. E la direzione generale non è una struttura operativa. Il dipartimento di prevenzione, il SERT o le strutture operative, che, dopo la 229, si collocano nell'area del distretto per erogare assistenza primaria, hanno un proprio budget. In questo caso sono strutture operative. Occorre quindi che noi conciliamo tendenza generalista e autonomista, che è quella che vediamo nelle legislazioni principali di settore. C'è la legge 59 e soprattutto la 112 del '98, sulla base della quale vengono ridefiniti i compiti dello Stato e delle Regioni. Allo Stato, fra gli altri, resta il compito di definire indirizzi per l'accreditamento e indirizzi per i requisiti minimi, che è la cosa che ci interessa maggiormente in questo caso. A seguito di questo, e alla luce del sistema integrato dei servizi, poi abbiamo che cosa? La 328 e la 45, che conoscete meglio di me, le quali non fanno altro che riprendere queste indicazioni che vengono dalle leggi che hanno prodotto la cosiddetta deconcentrazione, la devolution finale delle decisioni allocative a livello delle Regioni. Naturalmente uno dei principi della gestione del territorio, se lo consideriamo funzionale a una rete di servizi, è contenuto, per esempio, nel decreto legislativo 229. Che cosa abbiamo infatti? Abbiamo il principio dell'autorizzazione. Voi sapete che all'autorizzazione contribuiscono i sindaci e la Regione, nell'ambito delle sue competenze. Questa è in qualche modo strettamente legata al fabbisogno. Il fatto che si parli di rete è evidente quando il 229 si riferisce, per esempio all'accessibilità ai servizi e alla localizzazione dei presidi. Stiamo parlando sempre dello stesso articolo.

La seconda fase importantissima prevista, che significa collocare sul versante dei fornitori, cioè dei produttori, determinate strutture operative, compresi i dipartimenti, se sono strutturati, o le strutture operative che compongono funzionalmente il dipartimento, è il principio dell'accreditamento istituzionale. C'è un problema essenziale che dovete tener presente e che è quello affermato dall'articolo 8 quater del decreto legislativo 229 sul principio della remunerazione prospettica. Non esiste budget se non esiste remunerazione prospettica. Non esiste budget se non esiste una previsione di produzione di prestazioni. Non esiste budget delle strutture socio - sanitarie, siccome nessuna struttura è in grado di erogare da sola tutte le prestazioni che servono al progetto centrato sul paziente, se non c'è a monte un budget che riguardi il processo e non la singola struttura operativa. Non ha senso cioè che un SERT o un ospedale o una qualunque altra struttura operativa faccia quadrare i conti, per così dire, se la sua produzione non è congrua alla produzione delle altre strutture, ai fini di realizzare obiettivi di salute derivanti dal singolo progetto sul paziente. E quindi c'è il concetto di pacchetto di prestazioni. Occorre che abbiamo la forza, alla fine, di uscire dalla logica delle strutture operative che ragionano solo in funzione del loro budget. Occorre che definiamo quali sono i pacchetti di prestazioni che servono ai diversi target dell'utenza. Che fra l'altro il decreto legislativo 229, all'articolo 3 septies definisce in maniera molto puntuale. Voi sapete che l'area della tossicodipendenza è proprio collocata nell'area delle prestazioni a elevata intensità sanitaria, nell'ambito dell'integrazione socio - sanitaria, e che quindi i suoi finanziamenti, lo dice la legge, derivano dal fondo sanitario. E quindi dal fondo sanitario regionale. Il distretto è un territorio privilegiato per quello che riguarda l'integrazione socio - sanitaria, la legge socio - sanitaria. Le leggi, come quelle che avete visto nella terza colonna della prima diapositiva che, alla fine sortiscono la deconcentrazione, il decentramento, la devoluzione, sono fortemente connesse, cioè devono funzionare perché possano essere garantiti livelli essenziali di assistenza sanitaria.

Per quel che riguarda il SERT e l'area delle prestazioni a elevata integrazione sanitaria, l'articolo 3 septies e 3 opties, quello che riguarda l'area delle professioni socio - sanitarie, sono abbastanza chiari nel connotare quest'area: la collocano specificamente nell'ambito del servizio sanitario nazionale. Sto parlando di SERT, non della rete. Pongono l'accento sulla formazione e professionalità degli operatori, riconoscono che questi SERT si collocano nell'area ad alta intensità di integrazione, una predominanza delle attività

sanitarie. Infatti le aree di prestazioni che il comma 4 del 3 septies riconoscono essere ad alta intensità sanitaria, sono proprio quelle che voi vedete. L'area materno - infantile, ricordo il progetto "Obiettivo materno infantile", l'area anziani, ricordo il progetto "Obiettivo anziani", le patologie psichiatriche, ricordo il progetto "Obiettivo tutela salute mentale", le cose che sono state fatte dal ministero. Ricordo tutti gli atti che hanno a che fare con le dipendenze, il progetto "Obiettivo HIV" e le patologie, dice il comma 4, anche cronico - degenerative in fase terminale. Chiaramente questa è puramente indicativa, nel senso che tutto questo ci rimanda a una serie di possibili strutture operative, del pubblico e del privato accreditato. Le quali tutte devono far convergere la loro azione a realizzare quello che qui si è detto in più momenti. Il progetto personalizzato sul paziente. E qui vedete una serie di tipologie di servizi che rientrano nell'area ad alta integrazione sanitaria, che tuttavia, consentitemi di dirlo, isolati e se interpretati solo attraverso le prestazioni che ciascuno di essi dà, non servono per capire di che natura sia la rete; cosa contraddistingue, in particolare, un territorio da un altro territorio. Chiaramente sapete che con l'accordo Stato - Regioni del 19 gennaio '99 è stato varato il dipartimento tossicodipendenze, si è sottolineato anche il problema dell'integrazione pubblico - privato. Il dipartimento non significa semplicemente mettere un nome diverso su una cosa che già esiste. No, perché altrimenti di nomi ne sono già stati cambiati alcuni, non si vede perché debbano continuare ad essere cambiati. Quella che importa è la sostanza. Il dipartimento implica di per sé la presa in carico da parte dell'azienda che deve istituire, alla luce delle indicazioni regionali, le proprie strutture operative, le cosiddette economie di scala. E quindi se pensate che già la legge 595 del 1985 parlava di area funzionale omogenea per gli ospedali e che ancora oggi, pur essendo stato di nuovo asserito dal decreto legislativo 502, spesso negli ospedali il dipartimento c'è più di nome che di fatto, capite quanto lavoro ci manca per realizzare il dipartimento delle tossicodipendenze. Il che significa mettere insieme non solo tutte le risorse, e per risorse non intendo soltanto quelle economiche, all'interno di un determinato contesto organizzativo, ma significa soprattutto porsi il problema di come relazionarsi coi pazienti per cercare di realizzare i progetti personalizzati e poi di tradurli in qualcosa che dia un'idea all'azienda di cosa economicamente occorre, uscendo dalla logica, secondo me errata e comunque non più applicabile dopo le leggi di decentramento amministrativo, di fissare dei tetti finanziari. Voi sapete che le aziende non vanno più al bilancio finanziario, ma vanno ormai a contabilità economico - patrimoniale. Quindi il dipartimento tossicodipendenze questo problema se lo deve porre. Sapete anche che con l'atto di intesa del 5 agosto sono stati individuate, per quel che riguarda i servizi privati, cinque tipologie. Si tratta semplicemente di indirizzi che si danno. Per consentire che, muovendosi all'interno di questi indirizzi, si riesca in effetti a costruire in sede locale una rete di servizi, che comprendano gli uni e gli altri in diversa misura e in rapporto a quello che diremo dopo, si faccia il progetto personalizzato. L'atto di indirizzo che dovrebbe uscire a seguito dell'articolo 3 septies, parla di prestazioni sanitarie a rilevanza sociale che evidentemente sono a carico del fondo sanitario, poi di prestazioni sociali a rilevanza sanitaria che evidentemente sono a carico dei Comuni, quindi si pone immediatamente un secondo problema. Nella gestione del territorio, ma questo lo diceva già il 229, se ci occupiamo di queste aree di integrazione, è praticamente impossibile fare a meno dell'integrazione dell'attività dei servizi comunali con i servizi delle Asl. Siamo d'accordo? Quindi entra di forza un altro attore nel contesto. Infine le prestazioni socio - sanitarie ad elevata intensità, che, come dice la legge, giacciono tutte nel finanziamento del fondo sanitario regionale. Quindi se c'è un assistente sociale al SERT, lo stipendio glielo paga l'azienda e non glielo paga, evidentemente, il Comune.

Non è ancora uscito l'atto di indirizzo e coordinamento, tanto per intenderci, è in corso di ampia discussione con le Regioni. Però quali sono alcuni dei fattori che secondo noi devono stare alla base dell'accordo, dell'atto? Innanzitutto la natura del bisogno; abbiamo distinto quattro aree funzionali, che poi vedremo, e la complessità e l'intensità del-

l'intervento assistenziale e la sua durata. Questi parametri sono relativamente pochi, ma interconnettendoli, facendo insomma tutte le varie combinazioni, è possibile creare il progetto personalizzato. Perché innanzitutto si va dalle funzioni psicofisiche, relativamente alle quattro funzioni che ho accennato prima, ai fattori di contesto ambientale - familiare. Vedete che la componente sanitaria va diminuendo, proporzionalmente, dalla prima all'ultima area di funzioni. E poi si distingue, per quanto riguarda la durata, la fase intensiva dalla fase estensiva, dalla fase di lungo assistenza, dove evidentemente, nel progetto assistenziale, sarà vario e diverso l'apporto delle diverse strutture operative accreditate con le quali evidentemente si istituisce de facto un accordo di fornitura fra l'azienda e le stesse. E naturalmente la complessità deriva dalla composizione in fattori produttivi, e quindi dal mix di prestazioni richieste e dal relativo costo. Quando parliamo di mix di prestazioni non diciamo che il costo totale è uguale alla somma dei costi delle singole prestazioni. Diciamo che il costo del mix di prestazioni è diverso se queste sono un pacchetto, dal fatto che siano singole prestazioni. Perché c'è un costo marginale, che è il costo dell'ennesima unità prodotta, che influisce o il costo dell'elemento essenziale della materia prima all'interno del pacchetto di prestazioni, che influisce su tutto il costo del pacchetto. Ecco perché bisogna fare il budget per questo e non per altro. Il tutto per sortire il progetto personalizzato.

Chiaramente andiamo verso una realtà che dal 2001 dovrebbe sortire la rimozione del vincolo sul fondo sanitario regionale. Le regioni hanno un contenitore, dove ci sono tutti i fondi. Devono allocarli e ciò significa decidere autonomamente su quali attività andare ad investire. Attenendosi evidentemente a degli indirizzi che derivano dalla legge, dalla normativa primaria e dalla normativa secondaria. Fra la normativa secondaria ci infiliamo dentro anche quelle cose che abbiamo citato nel corso di questa brevissima e sinteticissima disamina, fino agli atti di intesa e alle indicazioni. E poi ci sarà alla fine una completa autonomia dell'allocazione delle risorse dal 2004.

Non vado a fare discorsi complessi sul documento di programmazione economico - finanziaria. Ma questa sicuramente sarà una enorme novità perché implica l'aver creato, l'aver individuato, ricordate l'autorizzazione e l'accreditamento, tutti i fornitori necessari per realizzare il pacchetto di servizi considerato e aver allocato le quote finanziarie corrispondenti. E da parte dei cosiddetti "produttori", sapete che il 229 ha un po' superato il concetto thatcheriano della divisione fra produttori, o providers par chasers, e gli acquirenti di servizi sanitari, e le strutture operative, e quindi le aziende, per poterlo negoziare con la regione, dovranno fare una previsione di produzione sulla base di progetti personalizzati. Se questo non succede, l'integrazione socio - sanitaria non si verifica da sola, soltanto perché gli operatori si incontrano una volta al mese o una volta alla settimana o tre volte al giorno prima dei pasti. Non si realizza l'integrazione in quel modo lì. Non si realizza quell'integrazione che è richiesta dalla norma e che è alla base di una precisa policy. Questo investe evidentemente tutti i responsabili di struttura operativa. In primis il dipartimento delle tossicodipendenze e le comunità terapeutiche. Ma anche gli altri servizi. Non abbiamo parlato per esempio di alcolismo o di altre dipendenze. È evidente che gli altri servizi dell'azienda USL non sono tagliati fuori dal discorso. Per esempio altri servizi che producono prestazioni di un certo tipo, vi basti pensare agli screening, anche se non c'entrano niente con la tossicodipendenza, ma c'entrano anche quelli, che vengono fatti magari in collaborazione con l'ospedale o con i laboratori. Questo è il progetto di policy complessiva, per quel che riguarda i servizi. Poi la gestione del territorio è molto più complessa di quanto non sia la composizione dei servizi.

Quando si chiede di individuare il territorio, se lo chiedo ai SERT o ai dipartimenti tossicodipendenze mi danno una cartina bianca della USL con su indicati i punti neri dove sono i SERT. Se lo chiedo agli ospedali mi danno la stessa cartina bianca dove sono indicati gli ospedali. Se lo chiedo all'azienda tranviaria mi dà la stessa cartina bianca con le stazioni. Se lo chiedo alle Ferrovie dello Stato fa lo stesso. Questo non è un buon sistema per individuare le necessità del territorio. Il territorio è qualcosa di molto più com-

plesso. Tutti nel fare i loro progetti personalizzati, se vogliamo tenere conto anche dell'ultima funzione, il contesto ambientale - familiare, devono porsi nella logica di vedere il territorio in maniera un po' più complessa. E di imparare, sperimentando, a gestirne la complessità. Perché se così non sarà, credo che, almeno sul versante della sanità, ci potranno essere dei problemi. Ma non ci potranno non essere invece dei risultati evidenti, che per altro siamo in grado di valutare, almeno in grado di riduzione della mortalità, soprattutto per quel che riguarda il raggiungimento degli obiettivi di salute.»

Chairman Don Andrea GALLO:- «Anche se sentiamo che il discorso è un po' arduo, però via via mi sembra che vada sempre più evidenziandosi il nostro obiettivo, che è quello di prendersi cura, cioè di farsi carico della persona. Quindi sembra che immediatamente questo impegno, questa fatica di stamattina valga veramente la pena di essere fatta. Passerei subito, a proposito di sistema di rete e di strumenti e condizioni, a chiedere veramente un quadro alla regione della Basilicata, col dottor Franco Celeste GIANNOTTI.»

Dott. Franco Celeste GIANNOTTI:- «Leggerò, così faccio più in fretta. Veramente sono stato indicato dal coordinamento delle Regioni, anche se in qualche modo lavoro in Basilicata o anche in Basilicata. Alla conferenza di Napoli di tre anni fa è stata posta con molta forza l'esigenza di costruire un sistema di servizi in grado di contrastare efficacemente la tossicodipendenza, l'uso e l'abuso di sostanze psicoattive, la domanda di queste sostanze. È stata affermata l'indispensabilità di un diverso rapporto tra pubblico e privato, e i rispettivi servizi. Si è analizzata e richiesta di pari dignità tra tutti coloro che a vario titolo lavorano nel settore. Nel contempo è stato chiaramente sottolineato come non fosse sufficiente semplicemente avere o affermare buona volontà in questa direzione ma come fossero necessari strumenti e condizioni adatte, aggiornando, rivedendo o adeguando la normativa di settore e gli indirizzi organizzativi ed emanando specifici provvedimenti. In questi tra anni da Napoli a Genova, almeno nel settore dell'organizzazione dei servizi, si è fatto molto e si sono mantenuti praticamente tutti gli impegni assunti. Sono state emanate leggi e provvedimenti specifici nel campo delle dipendenze e leggi più generali nel campo della sanità e dell'assistenza sociale che cambiano profondamente il quadro di riferimento, spesso la natura dei servizi, danno indirizzi culturali, tecnici e operativi diversi da quelli sin qui seguiti, indicano e propongono strumenti adeguati e innovativi. Vorrei qui velocemente richiamare queste leggi, di cui molto si è discusso e a volte polemizzato, sottolineando alcuni aspetti che non sempre sono stati all'attenzione degli operatori. Anzi citerei gli aspetti che non sono stati all'attenzione degli operatori, ma che a me sembrano invece fondamentali. Innanzitutto l'accordo Stato - Regioni, quello del 21 gennaio del '99, sulle linee di indirizzo e di riforma dei servizi di assistenza per le tossicodipendenze, che personalmente ritengo il documento fondamentale, di gran lunga il più importante del settore. Il documento che definisce gli indirizzi culturali e operativi e che pone a pieno titolo e con pari dignità i servizi per le tossicodipendenze tra tutti gli altri servizi socio - sanitari con più storia e tradizioni. È un documento che purtroppo ha attirato l'attenzione degli operatori solo perché vi si propone il dipartimento, di cui dirò qualcosa in seguito, mentre, secondo me, questo documento va ben oltre. Il servizio per le tossicodipendenze non si occupa più solo del problema dell'eroina, per il quale è nato, si è sviluppato e formato, ma dell'uso e abuso di tutte le sostanze psicoattive, legali e illegali, riconoscendo nella dipendenza un problema sociale e individuale assolutamente rilevante e nel consumo e nella diffusione delle sostanze psicoattive uno dei problemi più preoccupanti di questo periodo, indicando nei servizi per le tossicodipendenze gli strumenti elettivi di contrasto delle forme patologiche, della prevenzione della domanda e delle correlazioni patologiche. Ai servizi viene assegnato il compito complessivo della tutela della salute in relazione alle droghe e non solo della clinica delle dipendenze. Mentre, ponendo al centro dell'interesse la persona con tutte le sue caratteristiche peculiari, si afferma esplicitamente, partendo dall'osservazio-

ne della realtà, che gli interventi possibili non sono solo quelli finalizzati all'astinenza, ma, secondo il principio che nessuno deve essere abbandonato perché non disponibile o più verosimilmente non in grado di corrispondere alle finalità e desideri di altri, gli interventi devono essere quelli possibili in quel momento per quella determinata persona. In questo quadro, voi capite, è del tutto incomprensibile perché si continui a polemizzare sulla riduzione del danno. Delle due l'una: o non si studia e non si osserva la realtà, oppure si pensa che le persone degne siano solo quelle che corrispondono ai propri desideri e ai propri fini. E sempre in questo documento viene affermata con forza la necessità della programmazione regionale, e quindi locale, unico strumento per razionalizzare e finalizzare al meglio le risorse e per riuscire a spostarle nel settore e a un diverso rapporto tra pubblico e privato. Viene per la prima volta sottolineata la necessità di un rapporto interistituzionale fra tutti coloro che operano nel settore per compiti istituzionali: Prefettura, Comuni, Ministero di Grazia e Giustizia. Riconoscendo che non sono solo i SERT e le comunità ad avere un ruolo fondamentale nel campo delle dipendenze, come vedremo meglio in seguito. Introduce infine la valutazione come processo indispensabile, non solo per capire quali risultati si ottengono, ma soprattutto per migliorare ciò che si sta facendo. Poi la legge 45 del febbraio '99 che ha giustamente interessato gli operatori dei SERT per l'articolo 2, che stabilisce una sanatoria per chi da anni lavora senza garanzia di continuità e di tranquillità. Articolo tra l'altro ampiamente disatteso e non applicato. All'articolo 1, questa legge istituzionalizza un fondo specifico aggiuntivo, e fatto più importante, continuativo, per il settore, lo regionalizza per ancorarlo alla programmazione, ai bisogni territoriali e quindi renderlo più incisivo e meno dispersivo. E sempre all'articolo 1 si insiste molto sul ruolo e la funzione fondamentale dei Comuni, sia nel campo della prevenzione, sia in quello dell'assistenza. Insisto sul ruolo dei Comuni, perché secondo me è fondamentale da questo punto di vista. La 229 non è una legge specifica di settore, ma è quella del riordino del sistema sanitario nazionale. In essa si stabilisce la necessità, per chi vuole operare in campo sanitario, sia esso servizio pubblico o privato, di essere preventivamente autorizzato al funzionamento e quindi accreditato per garantire ai cittadini omogeneità di trattamento e qualità di intervento. Questa legge pone di fatto sullo stesso piano e dà concretamente pari dignità a tutti i soggetti che operano in campo sanitario e inserisce il settore delle dipendenze a pieno titolo e alla pari fra gli altri servizi che tradizionalmente, da più lungo tempo, operano nel campo della tutela della salute. Fatto di grande rilevanza, non solo in termini di riconoscimento di importanza, ma anche di grandissima potenzialità, gli interventi sulle dipendenze sono inseriti fra quelli ad altra integrazione socio-sanitaria, come diceva prima il dottor OLEARI. Infine la 229, definendo la necessità dell'autorizzazione e dell'accreditamento, sia per i servizi pubblici che per quelli privati, garantisce finalmente una terzietà di controllo, altra questione spinosa che a Napoli era stata denunciata con forza non solo dai rappresentanti del privato, ma anche dai rappresentanti del pubblico. L'atto di intesa Stato-Regioni dell'ottobre dello scorso anno è il risultato di un lavoro congiunto, per certi versi esaltante, fatto dai ministeri, dalle Regioni e dal privato sociale, che dimostra come, nelle rispettive competenze, è possibile operare e produrre insieme. Ormai l'atto di intesa non è più un fatto solo voluto, ma oltre che richiesto, è dovuto in base alla legge 45. Esso segna il riconoscimento pieno delle abilità, della pluralità di esperienza, delle attività e dei servizi attivati dal privato in questi anni. Quindi non più solo la gestione delle comunità terapeutiche, ma l'operatività, previa autorizzazione e accreditamento, in tutti i settori delle dipendenze. Va detto che dall'ottobre, da quando è stato pubblicato, dallo scorso anno, sinora da nessuna parte è stato formalmente recepito e soprattutto applicato. Ma quello che mi sembra più importante, il privato, dopo averlo tanto richiesto, tace e non fa alcuna pressione per la sua applicazione, nonostante questo significhi di fatto anche un notevole danno economico. A me il privato sembra del tutto disorientato e timoroso su questo. A mio avviso la maggior parte di esso non ne ha colto le potenzialità e gli enormi vantaggi in termini di riconoscimento, di professionali-

tà, ma anche di economicità. Sembra che non sappia cosa richiedere ed abbia paura di ciò che significa autorizzazione, che di fatto già ha, e di ciò che significa accreditamento. Va anche detto che ancora una volta, così come per il precedente atto, c'è un privato che ha tutto l'interesse a che non vengano introdotte regole nel settore, che tutto resti nella confusione e, perché no, nel conflitto, penalizzando quanto di buono e positivo, che è certamente il più, c'è nel privato stesso. L'atto di intesa è un accordo quadro che, per essere applicato ed avere reale valore, ha bisogno di provvedimenti attuativi che le Regioni sono chiamate a emanare.

Il primo atto è certamente la programmazione almeno triennale del settore. Definire cioè da che parte si vuole andare, cosa manca, cosa potenziare, cosa attivare. La programmazione è un dovere da parte delle Regioni e un diritto per i privati che rischiano di proprio e quindi devono sapere dove e in che cosa investire. Ed è un diritto anche per i servizi pubblici, che non avendo obiettivamente la possibilità di fare tutto, devono a loro volta fare delle scelte ponderate e complementari per la copertura, possibilmente globale, dei bisogni. Attraverso la programmazione c'è finalmente la possibilità di specializzare i servizi, con un riconoscimento specifico delle proprie abilità, di ottimizzare le risorse e di razionalizzare gli interventi. L'atto di intesa fissa i criteri per l'autorizzazione al funzionamento e l'accreditamento del privato nel settore.

Ci sono alcuni problemi ineludibili, particolarmente delicati, che è bene avere presenti. Si accreditano tutti i servizi e tutte le attività di cui viene fatta richiesta o solo quelli rispondenti al fabbisogno regionale indicato nella programmazione? Nell'ultimo caso viene da dire che chi prima arriva bene alloggia e che, probabilmente, già da subito, alcune strutture devono chiudere perché eccedenti. Anche se sembra assurdo, non è così scontato e la legge 229 sembrerebbe privilegiare il primo caso. Come si definisce dove comperare i servizi, le attività e/o le prestazioni? Quali criteri verranno adottati da chi è chiamato ad acquistare? Tutti quanti potete immaginare come sia delicato questo aspetto. Quale ruolo viene assegnato al privato? Venditore di prestazioni, attività, servizi o collaboratore sinergico delle attività territoriali? Dove si definisce chi fa cosa? Questi mi sembrano tutti problemi non di poco conto e soprattutto non mi sembrano problemi in grado di andare naturalmente a posto senza essere governati. Il cosiddetto nuovo 444, che si sperava potesse essere emanato prima di questa conferenza, che già è al passo finale del complesso iter di approvazione, cioè al parere della Commissione Affari Sociali della Camera, come previsto dalla legge 45, dopo essere stato approvato dalla conferenza Stato - Regioni, fissa i criteri per l'autorizzazione al funzionamento dei servizi pubblici. Voglio sottolineare che fissa i criteri minimi, sotto i quali non è possibile andare, previa la chiusura del servizio. E a giudicare i criteri, non sarà certamente il direttore generale dell'azienda USL, ma un soggetto terzo. Il nuovo 444, per molti versi, è fortemente innovativo. Vorrei invitare gli operatori non tanto a soffermarsi sul numero della dotazione organica, quanto sul complesso del dispositivo e in particolare sul comma 5 dell'articolo 6, laddove si definisce che la dotazione organica è rivalutata sulla base dei carichi di lavoro calcolato tra l'altro in relazione al volume totale delle prestazioni erogate nelle aree di prevenzione, cura, riabilitazione, ricerca, sviluppo, supporto e coordinamento, e all'attuazione di specifiche attività, prestazioni, funzioni o progetti assegnati al servizio dai programmi regionali o aziendali. Il giudizio del servizio smette così finalmente di essere in relazione al numero di utenti in carico, che in tanti anni ha provocato, secondo me, guasti di tutti i tipi, in particolare culturali, oltre che di immagine e d'apprezzamento reale, per riguardare tutto il complesso delle cose che il servizio, per compiti di istituto, è chiamato a fare. In ciascuno di questi provvedimenti che ho citato, davvero tutti, si evidenzia come non possa esserci un servizio esaustivo di tutti i bisogni, un servizio in grado di rispondere da solo a tutte le necessità; nello stesso tempo, in tutti questi documenti si insiste sulla indispensabilità di un sistema di servizi ciascuno dei quali, per la propria parte, dia risposte congruenti, e su un rapporto diverso tra i soggetti che intervengono nel settore e che chiaramente non sono più individuati solo nei servizi classici,

SERT e comunità. Si evidenzia sempre di più il ruolo dei Comuni, dei NOT, dei CIC e si parla di aperture culturali che amplifichino e allarghino l'attenzione sinora concentrata alle problematiche connesse all'eroina. La centralità della responsabilità, della corretta applicazione di questi provvedimenti, è ormai delle Regioni: ad esse bisogna rivolgersi e su di esse bisogna fare pressioni perché siano attuati. Di esse sarà eventualmente la responsabilità dei ritardi e delle omissioni. Non credo che oggi ci sia alcuna regione con una normativa propria o con un'organizzazione tale in grado di recepire tout court ciascuna di queste normative, senza costruire un più complessivo progetto regionale che comprenda tutti questi aspetti. È questa una grande occasione che non bisogna assolutamente perdere e che deve vedere protagonisti tutti i soggetti presenti e attivi nel settore. Su questo vorrei invitarvi a seguire con attenzione il laboratorio attivato dalla regione Basilicata, che da qualche mese sta costruendo un grande progetto comprensivo di tutto quanto detto sinora, davvero con il concorso di tutti, dimostrando che è possibile cooperare e costruire senza necessariamente essere in conflitto e quindi distruggere. Quando si parla di servizi o di forze che contrastano la domanda di droga, si fa naturalmente riferimento ai SERT e alle comunità terapeutiche. Vi faccio vedere in questo lucido quali e quanti sono in realtà coloro che in Italia, per compiti di istituto o per versatilità o per solidarietà o per altro, intervengono o concorrono nel settore. Per brevità non li elenco, ma come si può vedere, sono un esercito che non ha pari in tutto il mondo, almeno per quantità. Di questi va detto che chi nell'anno vede più persone implicate nell'uso o nel possesso di sostanze psicoattive non sono i servizi pubblici o le comunità, bensì i NOT, i Nuclei Operativi Tossicodipendenze presso le prefetture. Che a mio avviso svolgono, o potrebbero svolgere, un ruolo fondamentale, se solo entrassero in relazione con gli altri servizi. Ma questo non dipende certamente solo dalla loro volontà. Sempre tra questi, un ruolo fondamentale e indispensabile potrebbero, dovrebbero, cominciare a svolgerlo i Comuni che nel settore hanno compiti decisivi come la responsabilità della prevenzione primaria intesa come promozione della salute. Come l'assistenza sociale per il soddisfacimento dei bisogni primari delle persone in stato di indigenza, come titolari indiscussi della politica del territorio rivolta alla salute dei cittadini e come organismo di garanzia di terzietà per le verifiche e i controlli finalizzati all'autorizzazione al funzionamento. Credo che bisogna far sì che i Comuni si occupino sempre di più di questo problema, non solo per le cose che possono concorrere nei trattamenti, ma soprattutto per impostare e coordinare piani territoriali di salute che rappresentano l'unica vera carta vincente per non ammalarsi, per non incorrere in difficoltà da cui poi è difficile uscire e su cui i servizi possono poco o arrivano tardi, per un'attenzione globale alla persona. Ma quali sono le caratteristiche principali di questo esercito di servizi? Tre parole soltanto: autoreferenzialità, onnipotenza, conflittualità. Ognuno di essi è convinto di essere esaustivo, di bastare da solo, di essere risolutore dei problemi della persona, spesso del mondo. Ognuno di essi ha la verità e si ritrova ad essere nemico dell'altro, anzi sembra che proprio nell'individuazione del nemico trovi la propria identità. E si potrebbe continuare a lungo. Ed è chiaro che in questo modo, quello che potrebbe essere un esercito formidabile, e incidere davvero, perda del tutto le proprie potenzialità, diventi inefficace e, a volte, patogeno. Sulla "Repubblica" di venerdì ho letto che MUCCIOLI, che francamente mi sembra in piena campagna elettorale, a proposito della conferenza dichiarava di aspettarsi il solito circo, la solita parata propagandistica, il solito continuare a lanciare nell'opinione pubblica fumo negli occhi, dicendo che tutto va bene e che c'è piena collaborazione tra pubblico e privato. MUCCIOLI, secondo me, ha ragione in particolare sull'ultimo punto. Tra pubblico e privato, ma anche tra pubblico e, forse soprattutto, tra pubblico e pubblico, e privato e privato, non c'è collaborazione, non c'è integrazione. Semplicemente non c'è. È inutile che la vogliamo tanto raccontare. Ci sarà qualche amicizia, ma poi concretamente una collaborazione non c'è. E difficilmente ci sarà finché si continuerà a demonizzare strutture che da anni ospitano da mille a duemila persone al giorno, a considerarle alla stregua di spacciatori professionisti che hanno in cura

centocinquantamila persone all'anno, a ritenersi componenti della Trinità, a pensare che chi opera e pensa in modo diverso non valga nulla, anzi operi male. Anche qui si potrebbe continuare a lungo. Basterebbe leggere qualche libro, osservare solo distrattamente la realtà, per rendersi conto dell'assurdità di certe posizioni. In un dibattito televisivo fra Lucien ENGEIMAIR, il fondatore de "Le patriage", e Claude Olive STAIN, il direttore de il "Marmottan", il primo dice al secondo: "Le mie comunità sono piene dei vostri insuccessi". E l'altro, senza scomporsi risponde: "Come i nostri servizi sono pieni dei vostri successi".

Il problema che abbiamo davanti è come cambiare questa situazione, come invertire la tendenza, come dispiegare realmente le potenzialità di questo esercito. Da anni si parla di rete, di integrazione e altre cose di questo genere. Se ne parla. Ora dobbiamo cercare di fare. Abbiamo visto che normativamente sono stati emanati tutti i provvedimenti necessari ed organizzativamente la grande opportunità che è data dai dipartimenti, se solo si smette di dibattere su quale forma essi devono assumere e ci si concentra sul significato e sui contenuti che devono avere. Il dipartimento, di cui nulla dirò per brevità, sui compiti e le funzioni di cui però ho scritto a volte, può essere davvero il centro motore del sistema tecnico, il centro di coordinamento di tutti i soggetti che operano nel settore. Il luogo dove si cerca di capirsi e definire gli ambiti di cui occuparsi secondo le proprie abilità e capacità. Vorrei spezzare una lancia contro il concetto di integrazione tra soggetti diversi. Per me integrazione è confusione, è perdita di identità, è rischio continuo di conflitto. È anche limite. Penso che sia sbagliato parlare e perseguire un'integrazione tra i servizi e in particolare tra i servizi pubblici e i servizi privati. Penso invece che l'obiettivo debba essere quello della complementarità, cioè di soggetti che ciascuno per la propria parte, ciascuno per quel che sa fare meglio, definiscono un ambito preciso, più o meno limitato, un pezzo di lavoro e quello svolgono come concorso, come parte di una complessità.»

Chairman Don Andrea GALLO:- «Adesso, dopo questo intervento, chiamerò proprio in risposta Riccardo DE FACCI. Poi lancio una sfida ai presenti. Che sappiano dare alcune stimoli, alcune dinamicità a tutto il percorso che abbiamo ancora da fare. Prego il dottor GIANNOTTI di venire alla chiusura.»

Dott. Franco Celeste GIANNOTTI:- «Parlavo della complementarità come parte di una complessità così vasta che nessuno può pensare di affrontarla da solo esaustivamente. Si tratta di specializzarsi, di fare quello che più si sa fare, di essere davvero la maglia di una rete e quindi di collaborare. E se proprio non si riesce a far questo, di concorrere al risultato atteso. Specializzarsi per fare meglio e per non essere concorrenziali, ma concorrenti. Il dipartimento, se non inteso come centro di potere, può essere senz'altro il luogo in cui si definiscono la complementarità e i compiti e in cui, a livello tecnico, si elaborano e si attuano i piani di intervento. Ma il dipartimento è un'organizzazione tecnica di coordinamento e per questo ha la competenza di indicare, ma non può avere alcuna competenza di definizione delle priorità territoriali e degli indirizzi programmatici, né altresì può definire l'obbligo di partecipazione e collaborazione a servizi che rispondono gerarchicamente e funzionalmente a soggetti differenti e autonomi tra loro e con compiti istituzionali diversi e definiti. Questo pone la necessità di chiarire due aspetti fondamentali: chi definisce le priorità, la programmazione e gli indirizzi ai quali i servizi operativi e gestionali devono attenersi e come si realizza il coinvolgimento dei diversi soggetti titolari di funzione nel settore delle tossicodipendenze. La responsabilità di definizione degli indirizzi e dei programmi che impegnano congiuntamente i Comuni e le Asl a livello territoriale, nella normativa vigente è assegnata alla conferenza sanitaria. L'esecutivo della conferenza sanitaria, composto normalmente dai sindaci capi distretto e dal direttore generale della Asl, integrato dalla Provincia, dal Provveditorato agli studi, o chi per lui ora, dalla Prefettura e dall'autorità militare, è l'organismo che meglio può

assumere le funzioni di elaborazione dei piani territoriali, garantisce l'impegno di ciascun soggetto e la partecipazione coordinata dei rispettivi servizi tecnici. Il dipartimento in questo modo, pienamente investito, viene ad avere la responsabilità e l'autorità della traduzione operativa degli indirizzi programmatici. È evidente che un organismo con compiti di programmazione di questo tipo può essere promosso e attivato solo con un preciso impegno delle Regioni.»

Chairman Don Andrea GALLO:- «Sentiamo allora Riccardo DE FACCI che ci farà entrare in questa complessità, anche cercando di, non dico rispondere, ma proprio di inserirsi sugli stimoli, sui richiami, sulla critica anche che c'è stata.»

Dott. Riccardo DE FACCI:- «Credo che alcune cose dette prima siano vere, per una serie di elementi, di dichiarazioni; qui vi darò alcuni dati, abbiamo fatto una ricerca come CNCA. Sono il referente per il CNCA nella consulta. E sono all'interno di uno dei coordinamenti regionali del privato sociale. Sono sicuramente molto diverse le applicazioni, gli sviluppi e gli spazi dove tutto questo si può fare. Non c'è quasi nulla di quello che in questi anni abbiamo preparato. Per cui iniziamo subito dal fatto, se vogliamo oggi cominciare a ragionare, che in questi tre anni sono stati fatti, dichiarati, scritti e emanati una serie di indirizzi, atti d'intesa, che riorganizzano completamente il sistema d'intervento, ma in quasi nessuna delle Regioni, realmente, questo tipo di atti è stato applicato. E non per cattiva volontà, mi dispiace Franco, del privato sociale. Il privato sociale in questi anni ha dovuto riorganizzarsi addirittura costruendo dei coordinamenti regionali perché non aveva e non ha altri spazi per poter interloquire in maniera diretta con gli enti pubblici a livello locale, ma non per cattiva volontà dei servizi pubblici. Ma perché non esistono i famosi luoghi della progettazione e del coordinamento territoriale. Non esistono i luoghi della progettazione regionale. Non esistono i piani obiettivo, se non in pochissime regioni. Ci sono i piani obiettivo di dieci anni fa, quando va bene. Non esistono assolutamente, e questo ce lo dobbiamo dire in maniera forte, se non in pochissime regioni, le applicazioni stesse degli atti di intesa che le Regioni hanno firmato. Diciamoci in maniera chiara che i dipartimenti, dove sono stati erogati, dove sono stati costruiti sono stati soprattutto e non per cattiva volontà del servizio pubblico, un'applicazione legata alle dirigenze e in nessuna parte d'Italia, se non in pochissime situazioni, esistono coordinamenti di pari titolarità, pubblico e privato, che diano corpo a quel dipartimento. I dipartimenti in quanto tali non esistono in Italia. Per cui questa pari titolarità, questi luoghi della progettazione, i piani territoriali, ci sono in due regioni soltanto in Italia. Il problema è che in questo momento molte delle cose che qui posso anche affermare, le condividiamo tutti. Esiste una serie di esperienze eccellenti, conosco molte delle realtà presenti, giro per il CNCA. Però il problema è che non esistono i luoghi della co - partecipazione, non esistono gli osservatori regionali. In quante regioni esistono veramente punti di osservatorio locale, regionale, ma non solo sui dati dovuti da parte delle comunità e dei servizi pubblici, ma che facciamo monitoraggio, che facciamo lettura dei fenomeni, che diano alle strutture del pubblico e del privato gli strumenti per ripensarsi. Lo dico come privato sociale: molte realtà del privato sociale stanno pensando a come ripensare ai loro interventi, a come rivederli, a come adeguarli ai fenomeni. Non esistono luoghi della progettazione in cui indicare come non diventare competitivi in maniera esclusiva l'uno all'altro, con il pubblico e tra privato.

Riprendo alcuni elementi di legge, ma proprio velocissimi, che sono già stati citati. Però il problema è che è tutto da fare. La grande operazione sarà come noi, e lo dico come operatori, al di là dei giochi che sugli operatori vengono fatti, e come operatori pubblici e privati, recupereremo un protagonismo reale per l'applicazione di leggi che sono state costruite con la rappresentanza degli operatori pubblici e privati. Ma che non hanno poi sui territori gli spazi della reale rappresentanza. E lo dico per gli operatori dei servizi pubblici e per quelli del privato sociale.

Parto da tre presupposti, anche rispetto a questo. Credo che ci sia un primo elemento. La partecipazione a Genova credo sia un dato. La presa d'atto di una grande difficoltà del nostro sistema rispetto agli interrogativi, alle domande, alle facce delle persone e ai loro problemi. Noi siamo in grande difficoltà, pubblici e privati. Non voglio dare giudizi. Anche come privato sociale. Siamo in grossa difficoltà perché, a parte le trasformazioni di tutti i fenomeni, dalla dipendenza all'uso aggregativo, i nostri sistemi non si sanno adeguare. Faccio un esempio mio personale, lo condivido con voi. Al di là di tutta una serie di cose dette dal Ministro della Sanità su cui non entro, credo che non a caso gli operatori hanno un po' reagito quando egli ha letto quei dati di un'utenza ad alta età, e ha parlato del non consumo di una determinata sostanza da parte dei giovani. Ho apprezzato tutta una serie di cose dette. Probabilmente non accedono ai nostri servizi, che è una cosa diversa. È assolutamente diversa. Credo che gli operatori l'abbiamo un po' fatto capire ieri e che il ministro stesso abbia capito che forse quell'affermazione era quanto meno inadeguata. Ma lasciamo stare. Quindi c'è sicuramente una presa d'atto comune. E allora di questa presa d'atto iniziamo a farne un piano di lavoro comune nell'adeguamento. Lo dico come privato sociale. Il privato sociale, come molti dei servizi pubblici, non vede l'ora di trovare i luoghi dove poter definire insieme dove lo facciamo, come lo facciamo, con quali servizi.

Un secondo elemento altrettanto importante. Credo che le comunità - e lo affermo come comunità, credo che sia assolutamente importante e condiviso con molte delle realtà del CNCA e del resto del privato sociale qui presente - sono un po' stanche di essere le discariche sociali. Anche i SERT per certi aspetti. Uso una parola forte, mi sembra quasi un dato oggettivo. Guardando la fascia di età che arriva da noi, le domande che ci pongono vedo che il nostro lavoro, ormai riguarda, per buona parte, nelle strutture più classiche, una marginalità dei fenomeni. Siamo ancora purtroppo incastrati in un triangolo che chiamo un triangolo maledetto. Che è quello che è nato e nasce e continua sull'allarme e l'emergenza. Che ci chiede, ci dà una finta delega onnipotente. E per portare via da quei luoghi, per allontanare da quel disagio, per poi farci fare controllo sociale e mettere in campo tutta la relazione, il nostro amore, la nostra capacità. Scusate, io di amore e di relazioni ogni tanto sono un po' stanco. Vorrei avere strumenti, capacità e una possibilità di progettazione reale rispetto a questo. Vorrei rompere questo triangolo in cui mi sento qualche volta, davvero, non quello che col cucchiaino vuota le barche. Ma forse ancora meno. Perché veramente mi sento lontano, mi sento inadeguato, e non credo per capacità e professionalità. Terzo elemento, altrettanto importante. Credo che il riconoscimento reciproco di competenza ormai ci sia. Sicuramente il servizio pubblico è cresciuto molto, in una logica di integrazione. Sicuramente il privato sociale è cresciuto molto in una logica di professionalità e capacità. E poi vi do anche due dati. L'elemento in cui credo è quello di una sussidiarietà che non è né succube, né onnipotente. È una sussidiarietà che vuole essere e pretende di essere un sistema misto di programmazione e di intervento. Riprendo due elementi. Ad esempio l'accordo Stato - Regioni: è fortemente per la riorganizzazione dei servizi pubblici e del dipartimento. È fortemente raccomandato che i servizi si occupino di tutte le sostanze di abuso, incluse quelle legali. È inopportuno che essi siano centrati esclusivamente sull'eroina e nemmeno sulle problematiche specifiche della dipendenza, ma devono poter rispondere anche a più generali aspetti connessi all'abuso di sostanze, con una pari titolarità dei servizi del privato sociale. Andiamo a vedere i dati dei servizi, credo che ci sia molto da fare. Atto d'intesa, servizio del privato sociale, riorganizzazione. Bisogna voler sviluppare i principi di cooperazione tra Stato, enti ed associazioni che svolgono un'attività di prevenzione, cura, riabilitazione nei confronti di persone con problemi d'uso. Nel corso di questi anni ci sono stati una serie di cambiamenti in questo campo, l'ampliamento degli obiettivi da raggiungere per il superamento della dipendenza, la salvaguardia della salute, il miglioramento della qualità della vita delle persone tossicodipendenti, la prevenzione e l'emarginazione.