

Documento della Rete Comunitalia relativo ai lavori del Piano Azionale Nazionale Dipendenze

Premessa

La rete Comunitalia ha prodotto in questi giorni un documento in cui evidenzia le modifiche e le integrazioni sull'indice del piano che si ritengono necessarie.

Come abbiamo già potuto esprimere durante i lavori della Conferenza di Genova, siamo grati al Ministero e al DPA per avere finalmente riavviato i processi di dibattito e programmazione in materia di dipendenze che attendevano di essere promossi dall'ultima Conferenza di Trieste.

Siamo però a ricordarvi i nostri appelli che vi abbiamo inviato poche giorni prima e subito dopo la Conferenza di Genova di Novembre in cui abbiamo segnalato la mancanza di un confronto diretto sul sistema dei servizi e tra il sistema dei servizi.

Questo confronto ora non può mancare anche durante la fase di predisposizione del Piano che fisserà le strategie e le linee guida dei prossimi tre anni.

In qualunque Piano di azione devono prima essere definite **le competenze degli attori primari e degli attori indiretti**. Tanto più in questo Piano di azione sulle dipendenze ciò deve essere fatto quando vi è una chiara identificazione di quali sono gli attori primari: il sistema dei servizi rappresentato dalle sue principali reti di rappresentanza che si deve confrontare con il Ministero e il DPA quali organismi politici e istituzionali preposti.

A nostro giudizio l'allargamento del processo di stesura del piano a tutti i portatori d'interesse che, in qualità di esperti, si candidano alla scrittura delle azioni di loro specifica competenza, può essere efficace solo se procede parallelamente ad un tavolo di confronto tra le rappresentanze del sistema dei servizi, pubblico e privato che racchiudono nella loro pluriennale esperienza le sensibilità necessarie ad una visione di insieme del piano.

Osservazioni sull'indice del Piano

Abbiamo accolto con favore le priorità dell'obiettivo strategico 2 dalle quali emerge con chiarezza l'importanza di mettere sempre **al centro la persona** e di intervenire con **modelli personalizzati** e di **presa in carico globale**. In questa direzione riteniamo fondamentale avere riconosciuto la necessità di garantire il diritto di scelta dell'utente al luogo di cura superando l'ostacolo della mobilità regionale.

Di seguito mettiamo in evidenza le integrazioni/modifiche più significative, rimandando il dettaglio al documento allegato che riporta puntualmente tutte le integrazioni che proponiamo sull'indice del piano.

Per quanto riguarda **l'obiettivo strategico 1** sottolineiamo l'importanza che nell'ambito della prevenzione e della presa in carico precoce sia evidenziata la stretta collaborazione tra il sistema pubblico e privato e che venga formalizzato un protocollo condiviso per il loro sviluppo, almeno in ambito regionale.

Per quanto riguarda **l'obiettivo strategico 2**, siamo soddisfatti dell'introduzione nella **priorità 7** della istituzione dei Dipartimenti specifici per le dipendenze nella Asl. Sottolineiamo però l'importanza di utilizzare la definizione già in uso corrente di Dipartimento per le dipendenze patologiche (da sostanze e comportamentali) in sostituzione di *Dipartimento per la tutela della salute delle persone che usano droghe (PUD)* in quanto questa definizione non è mai stata accettata né da noi né da altri durante i lavori di Genova.

Nelle azioni della **priorità 7** proponiamo di aggiungere una specifica per le commorbidità: per la cura e la presa in carico della commorbidità psichiatrica occorre superare il concetto di territorialità di competenza. Infatti quando uno di questi casi esplose si aggiunge il problema di spostare la persona verso il centro di salute mentale del territorio, molto spesso distante anche in ambito regionale (esempio: Rimini Parma 215 km).

Nella **priorità 9** proponiamo di aggiungere due nuove azioni che riteniamo indispensabili per soddisfare elementi emersi anche nella fase preparatoria della Conferenza di Genova.

Il primo: Estendere su tutto il servizio nazionale servizi di cura dedicati ai minori, separati e diversificati da quelli per gli adulti, e prevedere uno specifico accreditamento.

Il secondo: Garantire alle Comunità accreditate la possibilità di contribuire alla predisposizione del progetto terapeutico e alla conseguente certificazione di tossicodipendenza in sinergia con il servizio pubblico inviante.

Per quanto riguarda tutti gli obiettivi strategici riteniamo che manca nell'indice la previsione delle risorse finanziarie.

In merito alla **linea strategica 3** ribadiamo che la riduzione del danno e dei rischi non possono essere centrali e fine a se stessi ma parte di un percorso di avvicinamento della persona a un percorso di affrancamento dalle condizioni di dipendenza.

Soprattutto è inaccettabile che non siano state considerate le nostre richieste avanzate nel tavolo preposto in sede di conferenza di escludere i minori da questo tipo di attività in quanto ciò è eticamente inaccettabile. Come genitori può qualcuno accettare che l'operatore di un camper consegna una siringa a suo figlio?? Come se ciò non bastasse ora ci troviamo la riduzione del danno proposta nei confronti dei minori anche **nell'obiettivo trasversale 6**.

Riguardo all'obiettivo **strategico 4** ci sembra che l'accesso alle sostanze controllate a uso medico, per il quale esiste una specifica legislazione, debba essere un elemento trattato direttamente dal Ministero della Salute al di fuori del Piano di azione. Ci risulta che sia in fase di predisposizione un bando per potenziare la produzione di cannabis a uso medico per aumentare la disponibilità del prodotto nelle farmacie.

Nell'obiettivo strategico 9 occorre integrare nelle priorità la necessità di potenziare l'invio in Comunità di persone che vogliono usufruire delle misure alternative alla detenzione anche utilizzando lo sblocco della mobilità interregionale già prevista nella **priorità 7**. Troppo spesso alcune Asl evitano o ritardano l'invio di detenuti richiedenti per motivi di esaurimento del budget.

Nella priorità 44 del settore trasversale 2 chiediamo di aggiungere l'istituzione di specializzazioni post laurea nelle discipline sanitarie e socio educative.

Nella priorità 49 dell'obiettivo trasversale 6 aggiungere la possibilità di sperimentazione a livello nazionale dei Servizi Multidisciplinari integrati (SMI) già operanti da tempo in Lombardia.

In allegato il documento dettagliato con tutte le nostre proposte di modifica dell'indice di piano.

La rete di Comunitalia è attualmente composta da:

Federazione Com.E Lombardia

Associazione ACTA Lazio

Acudipa

Casa dei giovani (Bagheria)

San Patrignano

Comunità Incontro

Comunità Papa Giovanni XXIII