stamani sono intervenuti, abbiamo fatto passi da gigante, qui c'è una fedeltà.»

Interruzione dei lavori.

Ripresa dei lavori.

Chairman Don Andrea GALLO:- «Dopo tutta la panoramica di questa mattina, penso che gli interventi dovranno essere molto sintetici e soprattutto riuscire a portare qualche contributo, perché sento in giro ancora, a volte, dello scoraggiamento, sia dai rappresentanti che lavorano in Prefettura, sia dagli assistenti sociali, nei vari enti. Qui si parla di reti. E ho sentito molto pessimismo, molta stanchezza di tutti gli operatori che lavorano nei vari servizi. Non so, forse c'è solo un po' di trionfalismo, lo dico io che vengo dalla parte delle cosiddette comunità residenziali. Forse il trionfalismo rimane solo nelle comunità, mentre da tempo noi delle comunità dovremmo fare un esame di coscienza, come dicevano i miei vecchi, cioè un po' di verifica, un po' di attenzione. Sembra quasi che ad un certo momento, non so, parla un ministro, parla un professore, immediatamente si reagisce, si strappa le vesti. Chiunque porta delle sue linee è discutibile. Tuttavia mi dico: stiamo attenti. Parlo soprattutto per le nostre comunità. Tuttora aderisco al CNCA, ma li vedo assenti, vorrei che ci fosse qualcuno del CNCA. Ho sentito con molta attenzione l'operatore delle comunità pubbliche, ho sentito una maggiore apertura, una maggiore attesa, un maggior bisogno di chiarimento. Ma allora, l'unica o la vera ricetta per andare in questo fenomeno così complesso, chi ce l'ha? Ce l'avete solo voi? Direi di ritrovare la speranza. Oggi ho visto "Repubblica" che dice "il teatrino della conferenza". E il bello è che il titolo non corrisponde alla descrizione dell'articolo. E invece penso che non è un teatrino. È da martedì che tanta gente qui si sta impegnando, con difficoltà. Quindi non c'è nessun teatrino. Oltretutto la posta in gioco è talmente alta, che come fa ad essere un teatrino? Ad ogni modo ai tanti che hanno deciso di non partecipare, rispettando le loro scelte, dico che gli assenti hanno sempre torto. Veniamo, dibattiamo, facciamo un approfondimento, un confronto. Anche lacerante. Ma se veramente uno crede alla posta in gioco, cioè a questo binomio di vita e salute, che è una verità superiore, dico che bisogna ascoltarsi, bisogna dialogare, bisogna rapportarsi. Proprio in questo senso. Quindi iniziamo subito come è stato programmato da stamattina, e voi l'avete approvato a larga maggioranza, per non dire all'unanimità. Diamo un'oretta al nostro relatore, per fargli raccogliere ancora delle proposte, delle indicazioni costruttive, da poter dare il nostro contributo, modesto, semplice: l'abbiamo già ripetuto, siamo a fine legislatura. Mi chiedo se i drogati sono di sinistra o di destra, cioè quando c'è la vita. Quando si dice: ma tanto è fine legislatura, c'è la campagna elettorale, rispondo che il disagio dei giovani non va in ferie e non ha varie campagne. Quindi cerchiamo di raccogliere ancora qualche spunto, ce ne sono già stati tanti interessanti. A un certo momento sono state fatte delle denunce su alcune lacune; tuttavia ci sono state anche proposte. Sentiamo subito il Comune di Milano, col dottor Eleuterio REA.»

Dott. Eleuterio REA:- «Vi parlerò brevemente delle linee di intervento che la città di Milano si è data circa l'abuso e le dipendenze da sostanze stupefacenti per il prossimo triennio. Queste linee si inseriscono in uno scenario complesso, che si caratterizza per i rapidi cambiamenti della realtà sociale e una notevole variabilità nei rapporti tra i soggetti che operano nel campo della tossicodipendenza. Si è quindi sentita la necessità di compiere un lavoro di analisi e di elaborazione a più voci sugli aspetti citati. E quindi è stato altrettanto importante ripercorre la storia della presenza dell'amministrazione comunale e della città di Milano nel campo della tossicodipendenza, per identificare il ruolo specifico che il Comune deve assumere e i compiti che dovrà svolgere. Le linee hanno recepito tutti questi aspetti e nel tracciarle si è tenuto conto dello scenario in cui esse andavano a collocarsi. In primo luogo i cambiamenti intervenuti sia rispetto alle qualità delle

sostanze, sia alla tipologia dei consumatori e alle motivazioni e alle circostanze in cui si verificava l'uso. Ci riferiamo alle nuove droghe, all'abbassamento dell'età, alla funzione di stimolo e rinforzo che ad esse viene attribuita dai consumatori. Come anche alla nuova realtà dell'immigrazione. Si è poi conservata l'attenzione verso altre esigenze che permangono più o meno costanti nel tempo, quali il reinserimento sociale, gli intervento di riduzione del danno e quelli di sostegno. Che però richiedono, come tutti sapete, una costante verifica e revisione. Si è infine tenuto conto del fatto che il fenomeno della tossicodipendenza è plurideterminato. Su di esso, come è a voi noto, incidono fattori che attengono all'area sociale e sanitaria, culturale, psicologica ed economica. Il che richiede interventi a tutto campo e una gamma molto articolata di progetti e servizi. Tutti gli interlocutori che sono presenti nell'ambito delle tossicodipendenze, quindi l'amministrazione comunale, l'Asl e il terzo settore, hanno compreso che è necessario creare modalità di interazione e collaborazione. Il primo passo è stato definire i rispettivi ruoli, tenendo conto dei mandati istituzionali. Questa operazione ha prodotto una programmazione che intende dare risposta ai bisogni dei cittadini e impostare le strategie e le azioni all'interno di cornici che evitano dispersioni, improvvisazioni e qualche volta anche conflitti tra i diversi enti. Le linee sono state costruite tenendo conto del protocollo di intesa tra Asl e Comune di Milano. E tenendo anche conto del contributo del privato sociale e della consultazione periodica e costante della Asl della città di Milano.»

Voce femminile:- «Questo lucido che vorrei farvi vedere rappresenta appunto il rapporto tra i soggetti, che in questo momento è in atto. La Asl e il comune di Milano sono collegati tra di loro dal protocollo di intesa, che è un atto formale. E sono comunque in relazione di partnership con il terzo settore. Vorrei sottolineare che c'è una circolarità di relazioni, ma che ciascuno dei due enti, la Asl e il Comune di Milano, ha anche autonomia di rapporto con il terzo settore. L'altro aspetto che mi sembra molto importante da un punto di vista non solo operativo ma anche istituzionale, è il fatto che i due enti sono legati da un atto formale, che, anche se non è stato completamente declinato, comunque fissa dei criteri di rapporto. Mentre con il terzo settore il rapporto si basa su una partnership che va costruita al di là di atti formali, e quindi sulla base di condivisione di strategie e di filosofie di intervento.»

Dott. Eleuterio REA:- «Istituiamo quindi un coordinamento interistituzionale, che vedrà la partecipazione, e questo andava proprio nel senso che il moderatore illustrava prima, del privato sociale, del volontariato, oltre che degli enti istituzionali Asl e comune di Milano.»

Voce femminile:- «Questi sono i soggetti che fanno parte del coordinamento istituzionale, che prevede appunto la presenza di due esponenti del progetto tossicodipendenze del Comune, di due esponenti del servizio alcool, tossicodipendenze, patologie correlate della Asl della città di Milano, di due esponenti del privato sociale cittadino e un esponente del volontariato cittadino.»

Dott. Eleuterio REA:- «Quindi, al termine del triennio, che è la durata del nostro compito, il coordinamento elaborerà il progetto "Obiettivo cittadino sulle tossicodipendenze". Il principio guida che regola i rapporti tra gli enti pubblici è quello di garantire la specifica competenza e al tempo stesso di prevedere anche margini di flessibilità. La stessa logica regola i nostri rapporti con il terzo settore, che ha un'esperienza storicamente molto importante e anche differenziata nel campo. Parliamo quindi di un principio di sussidiarietà orizzontale, che è il principio informatore del rapporto fra i tre soggetti che lavoreranno in modo integrato, ma senza rinunciare ciascuno alla propria identità. Questa impostazione si realizza attraverso la costituzione di tavoli di lavoro, su temi trasversali, quali, ad esempio, quello che si sta occupando della valutazione degli interventi. Vi sono inoltre contatti tra i responsabili di progetti e i partner operativi per valutare di volta in volta il

ruolo che ciascuno intende svolgere. Il Comune, in particolare, svolge il proprio compito assumendo una mera funzione di progettazione, spesso in collaborazione con la Asl e affidando la realizzazione operativa dei progetti a partner del privato sociale. Tutto questo è declinato nelle linee che quindi abbiamo articolato in quattro grandi aree: prevenzione primaria, reinserimento sociale e lavorativo, riduzione del danno e trattamento.»

Voce femminile:- «Vorrei riprendere un attimo le fila del discorso. Coordinamento interistituzionale Asl, Comune, privato sociale, volontariato, che sta giocandosi su una scommessa di grandissima importanza, e cioè quella di arrivare, nel triennio, ad un "Progetto obiettivo cittadino" sulle dipendenze. E possibilmente anche a un dipartimento che lavori sulle dipendenze. Quindi è veramente una scommessa, perché i soggetti che sono implicati, come voi sapete, hanno differenti competenze, ma soprattutto anche differenti punti di vista rispetto a come affrontare il problema della tossicodipendenza. Arrivare a un progetto del genere sicuramente potrebbe essere una grossa e importantissima esperienza, perché sarebbe effettivamente una possibilità di realizzare l'integrazione a partire da un progetto ben declinato e ben delineato. Quindi non da linee che sono proprie del privato sociale, piuttosto che del Comune, piuttosto che della Asl, che prevedono sì l'integrazione, ma comunque sono specifiche dell'ente, ma da linee che sono di tutti. L'interazione su singole progettazioni la vorrei specificare, nel senso che la progettazione su singoli progetti non significa che è preordinato o precostituito chi deve lavorare con chi, ma che si tiene conto della specificità delle competente e anche delle esperienze. Per cui se si progettano interventi di prevenzione, i partner saranno quelli che più hanno esperienza in questo campo, quindi non è, questo per fare un esempio, qualcosa che viene scelto in maniera casuale. Queste sono le quattro aree di intervento su cui si muove il Comune di Milano. Che sono la prevenzione primaria, il reinserimento sociale e lavorativo, la prevenzione dei rischi di deriva sociale e sanitaria, la riduzione del danno e il trattamento. Le quattro aree si declinano poi, molto rapidamente, spero che ci sia il tempo, in obiettivi, strategie e azioni. È da tenere conto che per ciascuna di queste aree esiste, già decisa, l'integrazione con gli altri soggetti. La Asl o il privato sociale a seconda dei progetti che si fanno. Nell'area della prevenzione primaria credo che non abbiamo il tempo di leggere tutta questa roba. L'obiettivo ovviamente è quello di realizzare iniziative in ambito istituzionale, il territorio. La linea di indirizzo del Comune è quella di spostarsi dagli ambiti istituzionali classici che sono le scuole, soprattutto sul territorio. Quindi vogliamo cercare di incontrare giovani e adulti in luoghi di aggregazione, nell'ambiente di vita. Per quello che riguarda le strategie e le azioni, credo che, tutto sommato, ci si possa facilmente riconoscere e immaginare quello che si vuole fare. Quest'anno abbiamo fatto una prima manifestazione abbastanza significativa e di cui vi faremo un accenno, una giornata europea mondiale di studio sulle tossicodipendenze. E vorremmo continuare su questa strada, ripetendo il 26 giugno, non delle manifestazioni un po' celebrative, al contrario, ma delle manifestazioni utili. Per quanto riguarda il reinserimento sociale e lavorativo, anche qui si tratta naturalmente di sostenere chi sta uscendo dal percorso della tossicodipendenza, questa è una delle aree esistenti da potenziare, e viene realizzata, realizzando progetti prevalentemente in partnership con il privato sociale. Per quanto riguarda poi la delicatissima area della prevenzione dei rischi di deriva sociale e di riduzione del danno ci stiamo muovendo: potete immaginare quali siano gli obiettivi, quello della tutela della salute fisica ma anche, e soprattutto, la diminuzione della marginalità sociale e dell'isolamento. Di interessante e di nuovo abbiamo questo centro di accoglienza a bassa soglia che è stato avviato alla stazione centrale con il privato sociale e tutta una serie di servizi, come questi servizi ponte, che sono tutti a bassa soglia. Per quanto riguarda in particolare la riduzione del danno in termini molto tecnici, abbiamo questa rete di macchine scambiasiringhe, che è già in via di ampliamento e che dovrebbe arrivare a predisporre sull'area milanese un numero sufficiente di queste attrezzature. L'ultima nostra area di lavoro è quella del trattamento. Dobbiamo intenderci: il Comune di Milano non

ha competenze cliniche nel senso del trattamento terapeutico in senso stretto. Quindi, per quanto ci riguarda, facciamo un lavoro di sostegno. Insieme al privato sociale, anche in questo caso. Le sigle SERT e CPS sono ovviamente quelle della Asl e hanno un taglio un po' più terapeutico e sanitario. Il Comune fa un lavoro di sostegno attraverso gruppi di sostegno, auto aiuto e counceling, che vengono poi realizzati su progetti concordati e pensati insieme dal privato sociale.»

Dott. Eleuterio REA:- «Il comune dispone anche di alcuni servizi propri che sono i servizi di accoglienza telefonica, "Lineaverde droga" e "Pronto giovani", si è dotato di un centro documentazione, insieme all'Università degli studi di Milano, che è a carattere psico - sociale e a carattere scientifico, e ha istituito un osservatorio cittadino sul fenomeno delle dipendenze che produce annualmente il rapporto sulla tossicodipendenza a Milano. Per concludere, vorremmo dire che noi, nel nostro piccolo, diamo grande importanza sia alla continuità che all'innovazione. Nell'ambito dell'innovazione individuiamo le strategie di comunicazione e riteniamo che esse costituiscano un elemento significativo, che dovrebbe essere trasversale a tutta la progettualità. Il tema della comunicazione passa anche attraverso i progetti rivolti ai giovani, nell'ambito del progetto "Milano fa prevenzione". E un primo e importante impegno in questo senso è stato compiuto, come si faceva cenno prima, nella giornata del 26 giugno, quando per il convegno europeo organizzato in occasione della giornata mondiale per la lotta alla droga, si è scelto il tema "Comunicare e prevenire". La forma abituale di convegno quindi è stata trasformata in un laboratorio sperimentale sulla comunicazione. Infatti abbiamo proiettato tutti gli spot girati nelle varie nazioni europee, per quanto riguardava il modo e i mezzi con cui tutte le nazioni affrontavano il tema della prevenzione. E abbiamo, per la verità, registrato un forte interesse e una forte affluenza di pubblico. Questa prima esperienza ha dato risultati così interessanti da indurci a continuare su questa strada, che porterà all'istituzione di un centro per la comunicazione sociale che lavorerà avvalendosi di un comitato scientifico. Per concludere dirò che da tutto questo appare chiaro come le linee dalle quali è partito il nostro discorso rappresentino il filo conduttore della presenza e dell'attività del Comune di Milano nel campo della tossicodipendenza. Senza che per altro esse costituiscano un limite all'impegno nella ricerca di sempre nuovi strumenti e all'ascolto di tutte le voci che si levano in questo settore.»

Chairman Don Andrea GALLO:- «Molto bene. Milan l'è un gran milan. Sembra un modello anche da esportare per le grandi città. Ad ogni modo, facciamo un po' i conti. Siamo lieti di vedere ancora tanta gente. Dopo gli interventi faremo un documento finale, che diventerà almeno una proposta concreta ai responsabili politici, dei Parlamenti, delle Asl. Adesso c'è il dottor Andrea Sergio FANTOMA, medico consulente, che è segnalato dal ministero stesso.»

Dott. Andrea Sergio FANTOMA:- «Cercherò di essere il più breve possibile. Dico anche però che sono una persona, un medico, un operatore che lavora in particolare sulla bassa soglie e centri di accoglienza. E in particolare col gruppo "Magliano 80" a Roma e nella regione Lazio. Mi era stato chiesto di porre l'accento e proporre qualcosa su alcuni problemi riguardanti i rapporti che tutti noi operatori viviamo quotidianamente, sui rapporti che abbiamo con la burocrazia della Regione, degli enti erogatori in sostanza, da un lato, e con la necessità di essere, come operatori del privato sociale, flessibili rispetto a una domanda e a bisogni che sono in continua mutazione. Un esempio lampante che le cose purtroppo in un certo modo possono continuare a peggiorare, a non funzionare bene, è stato dato recentemente in una serie di ispezioni, di interventi che sono stati fatti nell'ambito della regione Lazio e durante i quali addirittura dei funzionari sono venuti a chiedere delle cose abbastanza risibili. Tipo che un'unità mobile, un'unità di strada che fa anche pronto intervento per le overdosi, debba segnalare alla Asl e aspettare una

risposta da questa per potersi spostare come luogo di partenza. Vi lascio immaginare di fronte a quali situazioni, penso anche in alcune regioni, ci stiamo cominciando a trovare. Accolgo l'invito fatto fin dalla mattinata di segnalare alcuni problemi. Il problema è: burocrazia da un lato e flessibilità, come cercare di fare andare meglio le cose. E' l'eterno problema. Assieme ad altri colleghi, abbiamo provato a ipotizzare qualche cosa che forse non è neanche nuovissimo, ma proviamo a proporlo anche qui. Ovvero il discorso eterno dei rapporti tra il committente, tra l'erogatore dei fondi, e avere poi da parte delle persone, degli enti che vanno a svolgere i servizi, una qualità del servizio stesso. In sostanza la Regione ovviamente si fa carico, parlo di quella, ma questo discorso potrebbe valere anche per altri enti, della domanda sociale di intervento di prevenzione della dipendenza e abuso di sostanze. Abbiamo un mandato sociale che richiede alle Regioni di recepire la domanda, di analizzarla e di porsi come committenti verso alcuni interlocutori che possano organizzare una risposta competente. La Regione quindi, in sostanza, diventa l'ente committente di una serie di interventi e servizi che devono dare delle risposte, e che quindi mettono in atto dei processi trasformativi e forniscono poi quell'output che deve essere verificato dalla Regione stessa in termini di risultato utile per rispondere al mandato sociale. Ora, i criteri della verifica, in una procedura competente, è evidente che vanno decisi a monte in maniera congiunta, tra committente e chi eroga il servizio. Quindi, per esempio, tra la Regione e gli entri del privato sociale, per esempio. Nella configurazione attuale, le regioni, all'interno della logica di analisi delle organizzazioni, rischiano di costituirsi come committenti, passatemi il gioco di parole, incompetenti, visto che l'organizzazione della committenza coincide poi con quella dei servizi, ovvero della risposta alla committenza stessa. E quindi nel classico triangolo, committente, utente, consulente, che si usa comunemente nelle metodologie di analisi delle strutture organizzative, è come, in sostanza, se gli assessorati alla sanità delle Regioni occupassero due lati del triangolo. Quello del committente e quello del consulente, diventando, in sostanza, contemporaneamente, colui che organizza la domanda sociale, analizza il mandato, si costituisce come committente, eroga i servizi, verifica, paga e anche colui che assolve il servizio spesso. E come se, poniamo, in una partita di calcio, il portiere di una delle due squadre facesse anche l'arbitro. E questa centralizzazione delle funzioni spesso fa soffrire di gigantismo e diventa difficile proprio l'operatività stessa dei servizi. Dato che molti livelli logici vengono anche a confondersi poi. Non parliamo del caso in cui ci siano delle difficoltà tra assessorati all'interno della stessa regione: tralasciamo questo, perché fa parte ovviamente di un altro tipo di valutazione. Cosa che succede spesso e volentieri, per altro, e noi che lavoriamo in questo campo lo sappiamo. L'assessorato che istituzionalmente eroga servizi non può essere lo stesso che istituzionalmente organizza una committenza in maniera competente e verifica poi la rispondenza della domanda ai servizi che sono stati investiti dalla committenza. Quindi credo che bisognerebbe cominciare a ragionare seriamente su una cosa. Cioè sul fatto che in una logica naturale, di sana competizione, le Asl e gli enti del privato sociale dovrebbero essere entrambi competitori per acquisire una committenza da parte della Regione, ma in realtà il recente accordo Stato - Regioni attribuisce ancora al privato sociale una funzione ancillare, appunto di ente ausiliario, proponendo che le Asl poi acquistino i servizi degli organismi accreditati del privato sociale, rinunciando totalmente, per esempio, altra cosa che non ha molto senso forse, almeno in assoluto, a che le Regioni possano autonomamente porsi come committenti, in una logica quindi di competitività sana tra pubblico e privato. Questo costituisce un tema di evidente disparità che bisognerà affrontare prima o poi. E naturalmente la competitività nel proporre servizi più produttivi non va confusa con la mancanza di accordo e di sinergia tra pubblico e privato. Non vorrei che si interpretasse in questo senso. Laddove uno dei più evidenti criteri di valutazione da parte del committente è costituito dalla capacità dei servizi di costruire delle alleanze in una logica di intervento a rete, indispensabile nel campo delle tossicodipendenze. Quindi, secondo una logica organizzativa, potremmo dire che dovranno

essere finanziati solo quei servizi che riescono ad accreditarsi, pubblici o privati che siano, non ha importanza, magari dopo aver fatto un percorso di certificazione di qualità e dopo che la verifica costante sulla qualità dei loro servizi e sulla rispondenza delle domande posta dalla committenza, li ponga in condizione di trasparenza e competitività. A parte questa enunciazione vediamo poi quali sono i problemi concreti e reali, altrimenti rimane un'enunciazione di principio sulla quale tutti ci troviamo d'accordo, ma poi, all'atto pratico, sorgono tremila problemi. Questo, innanzitutto, deve essere attuabile sia per i servizi pubblici, sia per quelli privati. Cioè senza dare nulla per scontato. Perché altrimenti, si continuerebbe lo sperpero di denaro pubblico. Sicuramente bisogna badare alla qualità dei servizi, sia pubblici che privati. Faccio una domanda provocatoria, lo capisco. Ma se andassimo a fare una verifica, per esempio, sulla base della legge 626 sulla sicurezza nei luoghi di lavori, nei servizi pubblici, ditemi un po', troveremmo tutti in regola? E allora perché nello stesso tempo si viene a chiedere, si viene a fare la stessa cosa nell'ambito del privato sociale, in alcuni casi con estrema pervicacia e attenzione? Ci fa piacere, ma vorremmo che la stessa attenzione si avesse anche per quanto riguarda gli aspetti del pubblico. Tali verifiche quindi, che sono sicuramente sacrosante e dovute, rischiano però di divenire anche minacciose a volte, solo per gli entri del privato sociale strangolati da normative che sono iperburocratizzate, poco snelle e che spesso sono anche contrastanti fra loro. È quindi indispensabile per portare pubblico e privato sociale su un piano di parità che i finanziamenti regionali per esempio riconoscano ufficialmente ai servizi del privato sociale una quota necessaria di lavoro back office, del quale non si parla. Il fondo nazionale lotta droghe e anche altri tipi di fondi a disposizione prevedono solo in minima parte il cosiddetto back office. Cioè che è indispensabile per garantire la qualità dei servizi.

Al momento attuale vengono riconosciute finanziariamente quasi esclusivamente le funzioni front line, cioè a fronte utenza, senza tenere conto che i processi produttivi nei servizi comprendono livelli di complessità ben maggiori. Facciamo un esempio brevissimo. Riunioni di lavoro per definire le metodologie, le supervisioni, le verifiche, la gestione delle procedure previste dal manuale di qualità, l'implementazione e la messa in opera del sistema informativo, di qualità, di messa in rete dei propri servizi con quelli degli altri servizi nel territorio. Tutto questo ha un costo. Soprattutto queste sono tutte cose molto importanti per garantire una qualità del servizio, ma questi costi devono essere riconosciuti al privato sociale, devono essere assolutamente presi alcuni provvedimenti. Alcune idee ci possono essere. Nei corridoi oggi e nei giorni scorsi se ne è parlato tanto. Molte persone dicono: ma possibile che sul fondo nazionale lotta alla droga debba pesare ancora il discorso del metadone dato con le unità mobili, per esempio, in terapia sostitutiva, o non sarebbe più logico, essendo dei servizi che hanno ormai una continuità nel tempo, ed è giusto che ce l'abbiano, che vengano ad avere un carico sul bilancio di un'azienda sanitaria locale? Perché devono pesare anche questi sul fondo nazionale lotta alla droga? Questa è una delle cose che si sono sentite di più nei corridoi, ma ce ne sarebbero sicuramente almeno un'altra decina.

Diventa però importante analizzare un attimo, se lo permettete, una proposta, che non è nuovissima. La proposta è che all'interno delle Regioni venga costituita un'agenzia del sociale, con rappresentanti degli assessorati coinvolti, dei servizi pubblici, del privato sociale, che istituzionalmente organizzi una committenza in maniere competente e ne verifichi poi i risultati e la risposta ai servizi. Ci deve essere un'agenzia che diventi responsabile di investire risorse e quindi di porsi come committente per rispondere alle domande, ma anche di investire poi le risorse per la crescita qualitativa dei fornitori dei servizi, siano essi appartenenti al pubblico, organizzati dall'assessorato alla sanità, siano essi appartenenti al privato sociale. Quindi i punti fondamentali su cui agire sono la crescita, i necessari investimenti sulla qualità dei servizi e sulla competenza della committenza, e servizi pubblici e privati sullo stesso piano, come erogatori di servizi con pari opportunità e doveri di fronte alla committenza. Andando a chiudere, è altrettanto evidente che la

costituente agenzia non può ovviamente gestire il processo di analisi del mandato sociale di costituzione della committenza competente; invece si deve prendere la responsabilità di governare, quindi di orientare in qualità di committente competente la risposta dei servizi su temi che individua come prioritari. Anche qui, bisogna tornare a dare un ruolo al privato sociale su un ruolo storico. Negli anni Settanta e Ottanta il privato sociale ha dettato le risposte ai bisogni nascenti e crescenti. Facciamo anche un minimo di autocritica. Credo che sia una sana autocritica, molti la fanno, noi del privato sociale dobbiamo anche ragionare su una cosa. Ci stiamo appiattendo, in alcuni casi, in alcune situazioni, perché viviamo purtroppo soltanto dei fondi che ci vengono erogati dagli enti pubblici. Questo è sbagliatissimo. Perché dobbiamo assolutamente sviluppare una rete che ci dia maggiore indipendenza. Vado veramente a chiudere e dico soltanto questo: che la committenza competente dovrà iniziare a valutare i servizi non solo in base al costo limitato, quindi non facendo il gioco al ribasso sui bandi, oppure al controllo di legittimità, ma in base alla capacità di orientarsi scientificamente, di produrre delle metodologie di valutazione, modalità di intervento e metodologie innovative. E quindi di saper divulgare in maniera adeguata i propri risultati e anche di negoziare e concordare coi committenti gli indicatori e le metodologie di verifica. Ed è chiaro che tutto ciò ha un costo. Che il solo controllo di legittimità è in fondo il più facilmente eludibile. E che il gioco al ribasso non può essere effettuato sulla pelle di nessuno degli operatori, ma soprattutto su quella degli utenti.»

Chairman Don Andrea GALLO:- «Diamo la parola a Salvatore ESPOSITO, del comune di Napoli.»

Salvatore ESPOSITO:- «Vi farò un solo lucido sulla presentazione di una esperienza integrata interistituzionale Asl Napoli 1 - Comune di Napoli. Stamattina, nella prima parte della giornata si è molto parlato del dover essere, del dover fare, in riferimento alla 229, alla legge quadro sull'assistenza. Questa è una esperienza di accordo di programma siglato tra Comune e Asl Napoli 1. A monte di questo accordo di programma, per la parte Asl c'è la realizzazione del coordinamento socio - sanitario, del dipartimento socio - sanitario. Da parte del Comune l'approvazione di un piano regolatore del sociale, di un piano dei servizi e degli interventi sociali sull'intera città. Nessun artificio interistituzionale. Si è trattato di mettere insieme i riferimenti centrali e periferici dei due ambiti istituzionali e di recepire dentro l'accordo socio - sanitario il protocollo di intesa sulle dipendenze. Per cui questo diventava un ragionamento sui livelli omogenei di assistenza possibili per le persone dipendenti, per i tossicodipendenti, però dentro il ragionamento quadro socio - sanitario. I punti di forza di questo accordo: la commissione territoriale integrata. Il livello del distretto e il livello delle circoscrizioni. Qui i servizi sociali territoriali e i distretti sanitari costituiscono con i loro referenti la commissione integrata territoriale, contribuiscono alla elaborazione del piano socio - sanitario cittadino. Perché questa è la costruzione dal basso della possibile integrazione. Tra i punti di criticità su cui dobbiamo lavorare ancora c'è la formazione integrata degli operatori. Terzo settore, operatori pubblici, del Comune e della Asl: stiamo mettendo mano a una formazione integrata. Sia per progetti obiettivo, sia per attività interistituzionali.
Per gli immigrati tossicodipendenti il Comune di Napoli ha deliberato un atto quadro per il quale riconosciamo all'immigrato, con o senza permesso di soggiorno, la dimora sociale nel nostro territorio. E da qui ne riconosciamo i diritti socio - sanitari esigibili. Con la Asl seguiamo questo tipo di intervento oltre il codice STP che la Regione ancora ci non emana in modo congruo. Un'ultima considerazione è questa: dentro l'accordo di programma socio - sanitario sono previste le aree omogenee per l'integrazione socio - sanitaria e appunto il materno infantile, la riabilitazione e l'handicap, gli anziani, la salute mentale, l'immigrazione e, appunto, le dipendenze. Questo documento lo lascio alla presidenza.»

Chairman Don Andrea GALLO:- «Dottor Ignazio MARCOZZI del comune di Roma.»

Dott. Ignazio MARCOZZI:- «Vi parlerò dell'agenzia comunale per le tossicodipendenze del comune di Roma, che noi pensiamo essere uno strumento innovativo per affrontare il fenomeno delle tossicodipendenze. Una significativa unanimità di giudizio tra le forze politiche presenti nel consiglio comunale ha portato alla costituzione dell'agenzia comunale per le tossicodipendenze, nel novembre del '98, e alla sua operatività nel febbraio del 1999. Il consiglio di amministrazione dell'agenzia comunale per le tossicodipendenze è costituito da cinque consiglieri e da un direttore. Tutti con una lunga esperienza specifica nel campo delle tossicodipendenze, provenienti sia dai servizi pubblici, sia da quelli del privato sociale. Sono stati scelti come espressioni tecnico - politiche di diverse aree culturali. L'esperienza di ognuno e la provenienza da aree di pensiero diverse si sono coniugate in un'esperienza pragmatico - realizzativa che ha consentito l'avvio e il funzionamento di questa istituzione innovativa. Infatti dal suo insediamento, dal gennaio '99, si sono tenute 68 sedute di consiglio, sono state adottate 41 deliberazioni, tutte con voti unanimi. Rare sono state le occasioni di voto contrapposte. L'agenzia è un organo strumentale dell'amministrazione capitolina. In quando istituzione è figura innovativa nell'ordinamento amministrativo italiano. Essa è dotata di autonomia amministrativa, gestionale e finanziaria, che le dà la possibilità, la capacità di rapido intervento in relazione al pensare, adeguare e istituire servizi a prevalente carattere socio - assistenziale. L'agenzia, tramite il piano programma, opera d'intesa con il consiglio comunale, con la giunta, l'assessore alle politiche per la promozione della salute, la commissione consiliare permanente. Ha rapporti istituzionali con la regione Lazio, con la conferenza socio - sanitaria cittadina, cioè circoscrizioni e aziende sanitarie locali, ha altresì rapporti con le istituzioni quali le forze dell'ordine, gli istituti penitenziari, il provveditorato agli studi, le università, il privato sociale e le consulte cittadine. La dotazione finanziaria dell'agenzia è parte integrante del bilancio comunale ed è stata di circa sette miliardi nell'anno in corso, dei quali il 14% viene utilizzato nelle risorse umane di gestione della struttura, includendovi organi, personale e consulenze. Il rimanente è impiegato per il finanziamento dei progetti sperimentali e dei servizi. I servizi, i cui gestori sono individuati mediante bando pubblico, sono finanziati su base triennale. I progetti sperimentali vengono invece realizzati per far fronte a bisogni emergenti sul territorio. A seguito della valutazione dei risultati conseguiti, possono divenire servizi triennali. Innovativa a tal proposito è la costituzione, promossa dall'agenzia, delle associazioni temporanee tra imprese, che consente ad organismi del privato sociale un terreno operativo di incontro, confronto ed arricchimento delle diversità professionali e culturali di provenienza. L'agenzia si è inoltre dotata di un sistema di valutazione dei servizi, articolati in valutazione quantitativa, costi/benefici, e in valutazione qualitativa relativa alla soddisfazione utenti/operatori, affidate ad istituti delle università di Roma. Tale sistema di valutazione consente all'agenzia di attuare una pianificazione dei servizi e delle risorse, scegliendo il principio della sussidiarietà, cioè avvalendosi in un contesto di rete, del ruolo di progettualità e controllo, suo proprio, delegando quello gestionale al privato sociale. A due anni dalla costituzione della ACT giudichiamo conclusa la fase della fondazione e siamo in una fase di riflessione su tematiche interne ed esterne che costituiscono difficoltà da superare. Per quanto concerne il modello nazionale dell'intervento sulle tossicodipendenze, che vede un'assai articolata differenziazione tra l'area degli interventi di carattere sanitario e quelli a carattere socio - assistenziale; non si può non registrare una sovrapposizione generante difficoltà nell'istituzione di servizi che necessariamente prevedono prestazioni miste. L'opera di coordinamento è difficoltosa per i tempi lunghi, la complessità amministrativa, l'ambiguità dei confini. Auspicabile è pertanto un'approfondita riflessione sulla possibilità, su base regionale, di una unificazione delle competenze in materia di tossicodipendenze presso un organismo unico. Afferente a questo organismo unico pensiamo sia utile una rete di agenzie comu-

nali, per le grandi città, e agenzie territoriali per piccoli comuni consorziati, dotate di propria autonomia gestionale. La dotazione finanziaria potrebbe e dovrebbe venire dal fondo nazionale per la lotta alla droga, interamente regionalizzato e dal bilancio dei comuni. Nella fase attuale si ritiene necessaria la presenza dell'istituzione agenzia comunale nella momento della programmazione del bando regionale per l'affidamento dei progetti gravanti sul fondo nazionale di lotta alla droga. Si ritiene altresì che l'agenzia possa essere considerata una sorta di authority nei lavori sul sistema di accreditamento e di autorizzazione dei servizi, potendo essere organo tecnico utile anche per la nomenclatura delle prestazioni. È necessario infatti che attraverso forme da individuare si doti il cittadino tossicodipendente, afferente ai servizi pubblici, di un proprio portafoglio, così come viene riconosciuto per gli utenti delle comunità residenziali convenzionate.
Le rette pro die, pro capite. La scarsa dote in ticket e i rimborsi a prestazione, il finanziamento a budget dei SERT e non ad utente in carico, unitamente alla difficoltà propria di questa utenza, sono tra le maggiori cause del carente impegno delle aziende sanitarie nell'erogazione dei servizi di loro competenza. Le carenze di personale, le sedi idonee, la mancanza di incentivi adeguati alla difficoltà del lavoro svolto nei servizi pubblici sono tra gli ostacoli da rimuovere per un'efficace azione di contrasto e cura delle tossicodipendenze. Adesso vi do un piccolo scenario sulla situazione romana. Noi abbiamo avuto, nel '98, 108 morti; abbiamo avuto 132 morti nella provincia, e nel '99, nel primo semestre, sono sessantadue i morti dei overdose a Roma. Secondo i dati dell'osservatorio epidemiologico della regione Lazio, i tossicodipendenti in cura nei diciassette SERT operanti nella città sono 6700. Gli enti privati ausiliari operanti in città sono ventitré. Centri di operatività con caratteristiche molto diverse fra loro. Il numero totale di utenti in cura presso il privato sociale è di 2994 persone. I problemi che abbiamo affrontato in maniera sperimentale sono quello delle nuove droghe, con un progetto che si chiama "Notte sicura" e che ha visto operare cinque unità mobili con settanta operatori e tre unità fisse per quattro mesi nelle notti nelle discoteche, per lo più dentro le discoteche o nei rave party o nei posti di aggregazione giovanile. Un altro tipo di intervento specifico è quello che abbiamo fatto, sperimentalmente, con i campi nomadi. Negli ultimi tre anni, l'eroina è entrata pesantemente nei campi nomadi, ci sono stati decessi e potete capire quanto il problema sia acuto. Abbiamo fatto un'associazione tra imprese del privato sociale che hanno dato vita al progetto "Gipsy". I nostri servizi sono costituiti, e ve li elenco soltanto, da una rete che funziona poi nella rete. E noi abbiamo una comunità di riabilitazione residenziale, due comunità di pronta accoglienza residenziali, il tutto per un totale di ottanta posti. Credo che siamo l'unico comune di Italia ad avere comunità residenziali. Abbiamo cinque centri diurni di pronta accoglienza a bassa soglia in città, tre centri notturni per tossicodipendenti senza fissa dimora, per un totale di trenta letti, un servizio di pronto intervento, con un numero di telefono e un pronto intervento di presa in carico nelle situazioni di crisi, un numero verde cittadini - operatori che serve per dare informazioni. Un centro di reinserimento residenziale. Sono in attivazione altri progetti che riguardano la doppia diagnosi, i minori e il carcere.»

Chairman Don Andrea GALLO:- «Bene. Venga il dottor SALSI. Dopo SALSI, abbiamo il nostro santo padre qui con la barba, che è un caro amico. Preparati.»

Dott. SALSI:- «Non farò vedere lucidi, non darò numeri, sto al tema di questa sessione, che è i rapporti pubblico privato e non ciò che facciamo, complessivamente inteso. Sono il responsabile dei servizi alle tossicodipendenze della regione Emilia Romagna. Vi illustro la nostra esperienza rispetto agli scenari che si vanno prefigurando. Noi cinque anni fa abbiamo preso una direttiva, che, fra le altre finalità, aveva quella di assicurare pari dignità fra pubblico e privato realizzando situazioni di programmazione, coordinamento e verifica integrata degli interventi. Abbiamo cioè inteso costruire un modello di sistema e come qualunque modello di sistema abbiamo avuto la necessità di costruire un

modello di regolazione del sistema stesso. Parlare di pari dignità, programmazione, cioè usare parole, scusatemi se sono un po' brusco, ma che ci stiamo raccontando da dieci anni, senza poi definire quali sono i luoghi in cui questo concretamente può avvenire, quali sono gli strumenti che concretamente possono assicurarlo, è continuare nell'equivoco. Siccome non era una legge di finalità, prevedeva due strumenti sostanziali: un gruppo tecnico consultivo regionale, con funzioni di supporto alla programmazione regionale, composto dai rappresentanti dei dipartimenti delle dipendenze patologiche, del privato, degli enti ausiliari, del volontariato, dei Comuni. E un altro strumento, il coordinamento tecnico territoriale, composto sostanzialmente con gli stessi criteri, con compiti di programmazione e coordinamento a livello locale. Dopo cinque anni il bilancio dell'esperienza è largamente positivo. Non ho intenzione di fare un intervento auto - celebrativo per cui metto prima il positivo per dopo arrivare ai punti critici. E' largamente positivo perché si sono ridotte in modo significativo le conflittualità, si collabora moltissimo, conteniamo i fondamentalismi. Noi abbiamo S. Patrignano e Giovanni XXIII nella nostra realtà, credo che questo non vada dimenticato. E entrambe queste comunità fanno parte del GCR e concorrono, pur in modo conflittuale a volte, alla programmazione regionale. Abbiamo costruito progressivamente linguaggi comuni e condivisi, vi è stato un reciproco riconoscimento fra pubblico e privato delle specificità delle differenze, si è costruito insieme uno sviluppo tecnico - scientifico e culturale molto elevato, tale per cui oggi abbiamo, non a caso, la possibilità, ormai l'abitudine, di chiamare enti ausiliari, non comunità terapeutiche, il privato sociale, perché gli enti ausiliari in Emilia Romagna lavorano col metadone, sono impegnati in progetti di riduzione del danno, non sono solo nelle comunità terapeutiche. E credo che questo sia un segnale e un indicatore forte. C'è un'osmosi reale fra operatori di base del pubblico e del privato, tale per cui nella conferenza regionale che abbiamo terminato all'inizio di novembre, era difficile distinguere, quando interveniva qualcuno, se era del pubblico o del privato. Le conflittualità sono più a livello di vertici che non nel sistema delle relazioni operative. Tutte le direttive che la regione Emilia Romagna ha assunto in questi anni su nuove droghe, tabagismo, alcolismo, sono state discusse e avallate da questo organismo consultivo, che vede presenti tutti i soggetti del sistema dei servizi. Secondo esempio, e poi vado ai limiti. La distribuzione dei finanziamenti della legge 45 avviene da parte della Regione sulla base di un'istruttoria che da anni viene fatta a livello di CTT e ogni singolo coordinamento territoriale indica alla Regione quali sono i progetti prioritari da finanziare. Quindi questo è un altissimo grado di integrazione reale. Quello che volevo dire non è autocelebrativo. Il grosso limite che abbiamo riscontrato è che abbiamo fatto un'esperienza di cinque anni, ma non abbiamo costruito e sperimentato e portato a termine un modello. Le cose hanno funzionato su base volontaristica. Laddove c'erano accordi e intese di massima, le cose hanno funzionato bene, laddove invece questi non c'erano hanno funzionato un po' meno bene. Vi do alcune possibili indicazioni. Se si vuole costruire un sistema, alcune indicazioni mi vengono dell'esperienza, scusate l'apparente immodestia, bisogna comunque costruire degli organismi. Allora questi organismi, soprattutto a livello territoriale, debbono essere assolutamente legittimati da quelli che sono i referenti politico - istituzionali responsabili della programmazione e della politica del territorio. Altrimenti il rischio sono l'autoreferenzialità o il prevalere dei poteri forti, che non necessariamente coincidono con i poteri istituzionali. Non deve essere un organismo che veda insieme una rappresentanza di tipo tecnico e una rappresentanza di tipo sindacale. I responsabili degli enti ausiliari sono in questi organismi, ma sono anche in questa doppia veste. Ed è un problema. Debbono avere la possibilità se non di potere gestire realmente le risorse finanziarie, di poter dire la loro. Perché questi organismi, da noi oggi governano solo i finanziamenti della 45 e sono totalmente esclusi da qualunque possibilità di intervenire nella costruzione dei budget aziendali. E soprattutto, ultimo problema su cui veramente concludo con due provocazioni e che deve essere assolutamente risolto, a livello di questi organismi, è quello della terzietà. Credo sia assolutamente illusorio ritenere che accre-

ditamento e terziarietà coincidano. Accreditamento significa requisiti standard contro la possibilità di un rapporto oneroso nei confronti del servizio sanitario nazionale. Questo significa certificare; noi seguiremo per altro la strada dell'agenzia sanitaria, che sta per diventare socio - sanitaria nazionale, quale agente accreditatore. Ma questo risolve solamente la definizione, la possibilità di essere accreditati, non risolve il problema della terzietà. Se si va nella direzione, comunque, di un sistema integrato, addirittura il nostro è un sistema quasi protezionistico, abbiamo la più alta percentuale di inserimenti in comunità terapeutica di tutta la media nazionale. Se si continua ad andare nella direzione di un sistema che si regge sulla collaborazione, allora bisogna risolvere il problema che dicevo prima, del terzo. E noi non lo abbiamo risolto, del terzo che garantisca che dopo essersi confrontati e aver discusso, comunque si decida, e che assicuri, in buona sostanza, il governo del sistema. Altrimenti, e io non ne ho mai sentito parlare qui, e invece ci sono dei segnali, l'alternativa a questo sistema di terzietà è la concorrenza e il mercato. E stiamo attenti, perché noi continuiamo a parlare di pubblico e privato, pensando che il privato sia il privato degli enti ausiliari. Stiamo attenti perché soprattutto con le tariffe specialistiche, che stanno lievitando, è possibile che si creino degli spazi di remunerativi tà da parte di altri non profit, le leghe per le cooperative si stanno già muovendo in questo modo, o addirittura del profit che potrebbe trovare remunerativo sommare la tariffa riconosciuta dal servizio sanitario nazionale con una tariffa aggiuntiva a carico degli utenti, che non sono tutti sempre poveri straccioni, e assicurare livelli qualitativi significativamente superiore a quelli che possiamo assicurare noi.»

Chairman Don Andrea GALLO:- «Molte grazie. Allora, come abbiamo promesso, diamo la parola a Ezio LASAGNA, che è la sintesi di pubblico e privato.»

Ezio LASAGNA:- «Sono un ex dipendente pubblico, mi sono licenziato nel '94 quando quella finanziaria, per decreto legge, sentenziò che non erano più esigibili le fatture che avevamo alla Usl. Grazie all'input del mio formatore Don GALLO, volevo dire questo. Mi sembra che ci sia una rimozione. Io avevo delle grosse aspettative su questa commissione, ma ho avuto la sensazione che si fa marketing; nel Comune di Milano vorrei le delibere, vorrei capire i dispositivi, i meccanismi, per cui il segretario poi nel mio Comune non blocchi una delibera. Una cosa molto banale. Vorrei chiedere a tutti quanti, e questo penso di farlo a nome di tutto il coordinamento delle comunità, quanto, tutti quelli che sono venuti fuori da Genova, hanno speso per mangiare e dormire a Genova in questi tre giorni. Perché allora mettiamo i paletti nel modo giusto. Lo stato dovrebbe darci mandato e legalizzare il lavoro nero, la ritenuta IRPEF, che è antieconomica per certi aspetti, perché frega i lavoratori. Il 20% è tanto, senza versare nulla, perché poi chi lavora a ritenuta IRPEF, il giovane soprattutto, non si fa l'assicurazione privata. Mi è piaciuto tantissimo l'intervento di CONSOLI. Ha parlato di management e di software. Allora, dei software che possano monitorare l'efficienza dei processi, come riusciamo a comprarceli con una retta pro - capite, che è da superare, di 72152 lire. Anche questo mi sembra che sia assurdo. Un software del genere costa, come minimo, venti milioni. Poi ci vuole un'altra persona, un informatico, perché se no ingrasso solo chi mi ha venduto il computer. "Perché u l'è sempre lì inceppou". Sia che abbia un PC o Macintosh. Hai sempre da chiamare. Settantamila lire all'ora per l'assistenza. Allora andiamo su un piano di realtà. Vorrei capire su queste cose.
I protocolli condivisi col servizio pubblico. Siamo d'accordo o non siamo d'accordo? Usciamo da questo, io voglio saperlo. Io sono perché il SERT sia il momento di continuità di tutta la storia biografica della tossicodipendenza. E allora vorrei discutere, ma veramente, anche di quante macchine ha un operatore. C'è da ridisegnare tutta la finanziaria, se pensiamo alla ricaduta pratica di quello che aleggiamo. Non me lo voglia il privato sociale. Il privato sociale offre sempre un alibi allo Stato, perché poi i servizi li inventa. Provengo dalla più piccola Usl delle regione Liguria, la Asl numero 4 chiavare-

se. Noi siamo in rete, c'è un coordinamento in Rete 2000. Quindi propongo, Don GALLO ci chiedeva di dire cose costruttive, che il prossimo convegno, duecento, trecento milioni, spendano per del role play, per tutti, per educarci al conflitto, così impariamo a dirci le cose. A me sembrava troppo buonista la cosa. Lavorare in rete è un'altra cosa: vuol dire spendere di più, non spendere di meno. Allora se vogliamo circolarità, valutazione, monitoraggio, voglio fare i conti della serva. Allora, se decido nel mio staff, lo decidiamo intorno a un tavolo, guardiamo il monitor, facciamo una fotocopia. Se lo diciamo nella rete, qualcuno deve fare la tiratura, ci deve essere una segreteria. Anche la carta ha un costo, anche la stampante ha un costo, mi dovete dire come arriviamo a rendere efficiente la rete. Perché tutto sta nell'inceppo della comunicazione. Nessuno sa che cosa fa l'altro. Nella nostra Asl ci stiamo provando, ma, voglio dire, siamo conflittuali in modo costruttivo. Ben venga una sana polemica costruttiva.»

Chairman Don Andrea GALLO:- «Mi sembra che l'intervento di Ezio ci abbia veramente stimolato a non parlare dietro le quinte. Normalmente si parla nei corridoi, come dicono a Roma, nel Transatlantico. Invece questa capacità di confronto, di conflittualità permanente, dovrebbe esserci sempre, bisogna vedere qual è l'obiettivo prioritario. Adesso la parola a Stefano MORENA, del centro calabrese di solidarietà, responsabile del centro studi.»

Voce maschile:- «Rappresento il segretariato nazionale INTERCER che tiene i collegamenti tra i coordinamenti regionali degli enti ausiliari. Cercherò di essere brevissimo, anche se purtroppo le cose da dire sarebbero tante, rischio di essere riduttivo e di fare dei torti; e di non dare bene l'idea di quello che voglio dire. Comunque, da quello che ho sentito in questi giorni, anche tante cose positive, mi rimangono tre idee. La prima: bisogna garantire prossimità nell'erogazione delle prestazioni a favore delle persone tossicodipendenti. La seconda: bisogna costruire la rete dei servizi. La terza: bisogna essere capaci di essere innovativi. Queste sono tre logiche essenziali, se vogliamo effettivamente realizzare un'integrazione, una complementarietà fra pubblico e privato, e soprattutto se vogliamo evitare un grosso rischio che avverto. Mi sembra che molte delle cose che stiamo dicendo oggi, al di là del fatto che ce le siamo già dette tantissime volte, se le avessimo messe in pratica cinque anni fa, forse adesso non saremmo così in ritardo rispetto a quello che sta succedendo nelle strade, nelle piazze, nelle case, nelle scuole. Se vogliamo evitarlo dobbiamo adottare questi tre criteri: prossimità, capacità di complementare i vari servizi, capacità di innovare i servizi. E di stare al passo con i tempi. Queste tre logiche, mi pare di capire, si riscontrano abbastanza quando ci troviamo fra operatori dei servizi per le tossicodipendenze. Purtroppo, devo dire che, nella costruzione di questa integrazione, entrano in gioco altri attori istituzionali. Mi chiedo se effettivamente queste logiche, questi tre principi, siano quelli che per esempio animano l'azione dei sindaci. Abbiamo sentito delle bellissime esperienze realizzate in alcuni Comuni. Purtroppo non succede in tutti i Comuni. E non succede che i sindaci, nella loro azione, nello svolgimento delle loro funzioni istituzionali, seguano questi tre criteri nello specifico dei problemi delle persone tossicodipendenti. Non mi pare neanche che questi tre principi vengano applicati, o vengano declinati adeguatamente, neanche dalle direzioni delle aziende sanitarie. Opero nel privato sociale, ma confrontandomi con gli operatori del pubblico sento dire di tutte le difficoltà che hanno, nel far capire al direttore generale quali sono le esigenze del loro servizio, della loro sede, del luogo dove sono ubicati o di dislocare sul territorio degli interventi strategici. Purtroppo, nella maggior parte dei casi, non trovano ascolto. E non trovano ascolto perché quelle logiche, ripeto, non sono le logiche che normalmente adottano i direttori generali delle Asl. E parliamo allora dei governatori delle Regioni, degli assessorati regionali alla sanità. E anche in questo caso, devo dire, ci sono delle lodevoli eccezioni, le abbiamo sentite anche ieri. Però devo anche dire che in alcune Regioni, faccio solo due nomi, la Puglia e la

Calabria, l'attenzione degli assessori è così alta che non esiste un funzionario per le tossicodipendenze in tutto l'apparato regionale. Non è che il funzionario non c'è qui a Genova, non c'è neanche negli uffici della Regione. Allora è chiaro che poi possiamo fare tutti i bei discorsi che vogliamo su quelli che dovranno essere i compiti delle Regioni. Ho apprezzato quello che diceva il presidente GHIGO. Però mi chiedo come fare queste cose in Puglia o in Sardegna. Passo rapidamente alle proposte e mi scuso appunto, se, nella celerità del discorso, forse sono stato un po' riduzionista.
La prima proposta che faccio è quella di far funzionare i poteri sostitutivi. Pensare che questi principi non sono come dire, degli optionals. Se si riescono a declinare bene, se non ci si riesce, non fa niente, andiamo avanti lo stesso, tanto gli operatori dei servizi, tanto quelli degli enti ausiliari ci metteranno comunque l'anima nell'affrontare i problemi. Bisogna anche iniziare a chiedere che il governo eserciti i propri poteri sostitutivi nei confronti delle regioni inadempienti, che le regioni facciano altrettanto nei confronti delle direzioni generali delle Asl e così via fino ai sindaci.
La seconda questione, secondo me, che rimane un po' fuori, è quella di creare un federalismo solidale. Delegare tutto alle Regioni, con queste disparità, rischia di portare a situazioni paradossali. Purtroppo, voglio dire, il tossicodipendente, sappiamo che molto spesso tende, soprattutto il cronico, ad essere un individuo senza fissa dimora. Allora sarà chiaro che in alcune Regioni troverà un ambiente ideale, si creeranno le condizioni ideali perché la tossicodipendenza sia diffusa, in altre regioni si troveranno delle condizioni ideali per attuare dei percorsi e delle reti, di prevenzione, recupero, reinserimento. Questo potrà provocare grossissime distorsioni e anche trasferimenti di popolazioni di tossicodipendenti in campo nazionale. Allora bisogna pensare che è compito del governo garantire anche un federalismo solidale.»

Chairman Don Andrea GALLO:- «Adesso, tutti insieme, ci affidiamo al relatore; forse sarà la parte più importante che siamo riusciti in queste ore di questa giornata a produrre. Queste conferenze sono punti di arrivo, ma penso siano anche punti di partenza. Io non l'ho mai persa. I miei ragazzi continuano a dire che il male grida forte, ma la speranza grida più forte. Ecco, io ogni mattina me lo ripeto, c'è un ragazzo che me lo ripete in continuazione. E quindi io passo la parola, do tutto in mano al nostro relatore PETRELLA, che, come avevamo già stabilito, vogliamo riuscire a fare un documento con qualche innovazione e qualche proposta.»

Dott. Mario PETRELLA:- «Chiedo a tutti quanti noi un ultimo sforzo, visto che veramente la partecipazione e la pazienza da parte di tutti, e quindi la motivazione e le energie impiegate sono state tante, di concentrarci ancora con le residue energie in questa ultima ora per cercare di scrivere un documento che deve essere, questo è il mandato che ci è stato dato, racchiuso in due cartelle. E quindi, chiaramente, deve essere molto esemplificativo rispetto alla complessità di tutto ciò che è uscito. Fermo restando però che la segreteria ci ha ricordato che tutte le relazioni saranno messe agli atti e faranno parte appunto dei documenti del governo. Non sappiamo ancora con che modalità. È per questo che chiedo anche a tutte le persone che hanno fatto un intervento a braccio, se caso mai al Dipartimento degli Affari Sociali, se lo ritengono opportuno, entro due, tre giorni, facciano arrivare una relazione sintetica di ciò che è stato detto, in modo tale che poi dopo, al di là di quello che è l'evento della conferenza e di queste giornate, dobbiamo garantire che nelle politiche dei prossimi anni le indicazioni che sono emerse dal lavoro comune siano realizzate. Quindi in questo senso lavoriamo seriamente, ma non rendiamo troppo pesanti queste due paginette e non mi caricate di responsabilità eccessive. Vi leggerò alcuni punti sintetici. Subito dopo questa mia veloce rappresentazione, io direi, soprattutto a chi si sente, di poter esprimere qualche cosa rispetto alla complessità del documento, e quindi non tanto rispetto a un solo punto centrale rappresentato dal proprio intervento, di dare un contributo in termini di partecipazione al documento com-

plessivo. E quindi di ricordare l'articolazione, l'integrazione su due o tre punti.
Nella sessione è stata presente un'ampia rappresentanza, dei tre interlocutori operativi: Asl, Comune, privato sociale e delle autonomie locali, Comuni e Regioni, così come delle prefetture. E di altre variegate esperienze di associazioni del privato sociale. E di modelli e di esperienze di servizio diversificate. I vari interventi hanno confrontato le indicazioni dell'innovazione legislativa e di settore generali con i nuovi bisogni della persona utente schematizzati riduttivamente in tre tipologie e per le tre tipologie intendo un po' quello che avevo presentato io e anche quello che era stato detto da Riccardo DE FACCI. Con i modelli in rete di servizi misti. Di risposte plurime e dei sistemi di regolazione dei vari livelli istituzionali di concertazione in un'organizzazione federalistica e solidale delle Regioni e degli enti locali. Questa sarebbe la premessa.»

Voce maschile:- «Tutto ciò che stiamo dicendo, può darsi che serva per due o tre regioni d'Italia. Ma noi abbiamo due Italie: c'è un'Italia dove le leggi non vengono recepite. Magari perché si parla di decentramento o di federalismo, ma in fondo è solo perché certe leggi non vengono recepite. Ora, la 45, l'atto di intesa, la 229, in Sardegna, ma si è parlato di Puglia, di Sicilia, eccetera, non sono recepite. Noi chiediamo che ci sia una premessa cioè che la conferenza prenda atto di questa ingiustizia fondamentale. Chiediamo che ci sia questa denuncia. Qui si è parlato di settantaduemila lire, non si riesce a sopravvivere. In Sardegna siamo a sessantatremila lire. Ma non solo quello. Dobbiamo essere pagati dal novantasette. L'assessore che si rifiuta totalmente di prendere atto che esiste una 45, oppure che esiste un atto di intesa. Cioè siamo a delle cose che non ci permettono di lavorare.»

Dott. Mario PETRELLA:- «Quello che dicevo era proprio questo, che anche questo contributo va bene nel momento in cui ho letto queste poche righe e vediamo che c'è una carenza e quindi lo integriamo. Allora, detta la premessa, il primo punto. L'atto di intesa sull'accreditamento, l'istituzione degli osservatori nazionali. Rispetto all'applicazione dei fondi regionalizzati e dei progetti obiettivo regionale sulle tossicodipendenze. Quindi è una prima denuncia da parte nostra. Alcuni esempi: anche là dove sono stati attuati i dipartimenti, all'interno delle Asl, ad esempio, raramente hanno previsto i comitati di partecipazione. Il dipartimento può essere uno dei centri motori. Rispetto alla denuncia è necessario allora che il governo eserciti i propri poteri sostitutivi nei confronti delle regioni e le regioni nei confronti delle Asl, rispetto a inadempienze che risalgono a lunghi periodi.
Una prima analisi critica, uno dei nodi problematici. Molte volte vi è stata un'applicazione di un'aziendalizzazione malintesa, che ha determinato anche rischi di sovrapposizione tra prodotti materiali ed immateriali. E il rischio di competizione tra vari soggetti e all'interno degli stessi soggetti. Come anche all'interno dello stesso privato sociale o dei servizi pubblici. Ricordando che per le problematiche riguardo agli interventi rivolti alle problematiche sociali, non è il risparmio, ma la qualità l'obiettivo principale. Sul versante degli operatori, pubblici, del privato sociale, vi sono tutta una serie di esperienze significative di un maggior riavvicinamento operativo. Vi è però necessità di una maggiore integrazione e professionalità. Di un sistema di regolazione in cui si definiscono le rispettive azioni. Qualcuno preferisce parlare di più di un sistema di complementarietà che di integrazione. Qua mi ero confuso un attimo, perché avevo scritto: sul versante degli operatori pubblici e del privato sociale, gli operatori pubblici hanno segnalato delle politiche e una volontà di maggiore integrazione con il privato sociale, così come il privato sociale ha recuperato in parte alcuni ritardi rispetto alla professionalità, poi vediamo come dirlo. Nella necessità però di un sistema di regolazione in cui si definiscono le rispettive azioni. Le caratteristiche devono essere di sperimentazione innovativa. Fondi regionalizzati che siano messi, ad esempio, a regime ordinario e quindi su bilanci ordinari, anche se con verifiche periodiche quando ne sia stata constatata l'utilità. I fondi

regionalizzati servono per la sperimentazione innovativa, però nel momento in cui vi è un'utilità che è dimostrata, devono passare nel bilancio normale delle aziende e delle Regioni, quindi nei vari livelli. In un sistema di servizi accreditati, sia del pubblico, sia del privato sociale. Quindi le norme di qualità e di accreditamento devono essere anche in questo: pari doveri, pari dignità. Laddove la rete degli interventi è ancora iniziale e incompleta, è ancora frammentaria, ancora troppo basata sulle singole sostanze e correlata alla portata dell'allarme sociale che si determina di volta in volta. Tra l'altro ancora rimosse sembrano alcune azioni promesse da tempo, quali per esempio quelle sull'alcolismo e sulla cocaina. È necessario allora organizzare il sistema delle risposte su bisogni dinamici e complessi, che si pongano senza deliri di onnipotenza e di risoluzione, ma come spinta continua e propositiva, rispetto anche ai rischi di cronicizzazione, alle nuove povertà, ai nuovi consumi, in contesti di ipernormalità, ai bisogni complessivi della persona. Su ciò le risposte nell'ambito nazionale del pubblico e del privato si sono andate modificando, ma sono ancora puntiformi. Vi è quindi la necessità di un sistema misto, compartecipato, di pari dignità e di luoghi e di modalità di regolazione a vari livelli. La necessità di un sistema in cui l'ente locale, i Comuni abbiano un ruolo grosso, per evitare la sanitarizzazione dei bisogni. Di bisogni complessi che richiedono anche politiche di inclusione sociale. Il sistema di regolazione dovrebbe avere vari livelli. Un primo livello, si ricorda appunto quello dei dipartimenti, con una propria autonomia budgetaria, con comitati di partecipazione come connessione tra le varie aree di intervento della Asl e tra servizi e privato sociale accreditato e convenzionato, cioè il primo sistema dell'azienda sanitaria locale. Abbiamo ricordato che ci sono tutta una serie di problematiche, come i bambini, che hanno a che fare col materno infantile; alcune che hanno a che fare con la salute mentale. In questo senso il dipartimento come connessione, oltre che come sistema di regolazione dei servizi per le tossicodipendenze all'interno dell'unità sanitaria locale, e dei servizi per le tossicodipendenze, intendendo chiaramente delle azioni diverse, ma intrecciate tra di loro, correlate, che sono quelle dei vari interlocutori. Quindi alcune sono date direttamente dal pubblico, altre date dal privato sociale. Un altro livello riguarda il Comune e i Comuni. Come massima autorità sanitaria locale, che regola l'integrazione socio - sanitaria, ma anche quella autorità locale che governa le politiche di integrazione socio - sanitaria, la connessione tra queste, e le politiche più generali di inclusione sociale e della città. Il coordinamento interistituzionale sembra il modello più funzionale. Vedi le attuazioni che si sono determinate anche in grossi comuni, quali Milano, Napoli e Roma. A Milano è chiamato coordinamento interistituzionale ed è stato fatto riguardo specificamente alle politiche sulle tossicodipendenze. A Roma è chiamata agenzia ed è fatta specificamente rispetto alle politiche sulle tossicodipendenze. A Napoli è un protocollo all'interno di un accordo di programma più generale sull'integrazione socio - sanitaria. Quindi abbiamo detto il livello delle Asl con i dipartimenti, il livello del Comune e dei Comuni. Poi il livello delle Regioni. Che determinino uffici comuni tra gli assessorati e un'agenzia regionale, che assolvano ai loro compiti sia riguardo alla legislazione specifica, sia all'interno della integrazione socio - sanitaria più generale, con linee guida applicative, e determinando gli osservatori regionali. Poi il livello del governo. Qua, noi ci ricordiamo che c'era stata una proposta, poi dopo non portata a termine, che è prevista, per lo meno: l'innovazione legislativa, cioè creare un ministero del welfare. Che metta insieme sanità, politiche sociali e politiche del lavoro. In ogni caso è importante che ci sia un'unificazione maggiore del livello delle politiche rispetto a queste tre azioni, a queste tre linee da parte del governo. Ma che nello stesso tempo il governo determini linee guida per le Regioni, in accordo con la conferenza Stato - Regioni, che individuano, tenendo conto della giovane età del federalismo e della complessità delle leggi di settore e più generali, quindi ricordandoci quelle sulla tossicodipendenza, la 229, la riforma dell'assistenza, delle linee guida di orientamento delle amministrazioni rispetto ai fondi, ai modelli di accreditamento, ai ruoli di coordinamento degli enti locali e delle aziende sanitarie locali. È vero che parecchi hanno ricordato

che l'autonomia regionale è una delle grosse basi del federalismo. Però è pur vero che, in una certa situazione bisogna evitare un' eccessiva eterogeneità soprattutto in un momento iniziale di organizzazione federale e di ruoli delle Regioni che si stanno andando definendo sempre di più, nel momento in cui poi sono uscite, in materia sanitaria e sociale, delle leggi così complesse e tutta una serie di leggi specifiche sulle tossicodipendenze, la cui attuazione integrata non è semplice, non è facile e i disorientamenti possono essere grossi. I fondi regionalizzati, quelli triennali, dovrebbero entrare in progetti zonali su base comunale per grossi Comuni o di più Comuni con un Comune capofila, come diceva qualcuno. I fondi sono previsti, per Asl, enti locali e privato sociale, se presentino però subprogetti all'interno di una progettazione generale, quindi su base zonale, preferenzialmente in partnership. Nel senso che è uscita un'esigenza da parte, mi sembra, della maggior parte delle persone di dire, ma ci sono dei casi in cui quel singolo, piccolo comune, o quell'isola di tre chilometri quadri, ha dei fondi, che non corrispondono, all'entità del territorio, al numero degli abitanti, degli utenti, e poi per azioni molte volte slegate tra di loro. E quindi, per quanto già i fondi regionalizzati prevedono la partnership e quindi anche nei criteri di valutazione, in una logica di federalismo solidale e localistico, ci si dovrebbe mettere d'accordo su progetti zonali in cui ci sono dei progetti zonali generali, con delle linee e delle azioni ben precise, e i singoli soggetti delle tre fasce dovrebbe occupare dei subprogetti e in partnership tra di loro. Così come è necessario risolvere il problema della terzietà rispetto all'accreditamento, però questo dovrebbe ritornare nel discorso delle agenzie regionali. L'ultimo concetto è sul territorio. Il territorio quindi deve essere il fulcro del coordinamento operativo negli ambiti distrettuali e in piani zonali condivisi con l'ente locale. E poi insomma, un altro punto di denuncia. Il carcere è un punto nodale del territorio e nel territorio è necessario che ritornino i tanti detenuti con problematiche di tossicodipendenze, cioè anche in azioni di recupero ma all'interno e in vicinanza della vita sociale del territorio, ricordando che il servizio pubblico anche su ciò deve continuare ad avere un ruolo determinante.
Ecco, queste sono delle linee molto approssimative rispetto a ciò che avete detto e che più o meno corrispondono anche alla cronologia degli interventi che si sono susseguiti. Per cui, se siete d'accordo, apriamo immediatamente con gli interventi.»

Ezio LASAGNA :- «Il fatto che abbiamo tante Italie, non ho capito se è vincolante; o se nelle autonomie, voglio dire, c'è la possibilità di scegliere, optare, a secondo dell'espressione del proprio territorio, per il dipartimento funzionale o strutturale. Mi sembra che è realistico pensare - e qua qualche regione fortunatamente ci può fare scuola - a una fase preparatoria, non a un perenne accreditamento provvisorio, a cui poi debba seguire un miracolo. Mi sembra che la regione Veneto abbia varie fasce, dove all'interno di pacchetti di prestazioni si va a ridisegnare quello che chiedono Stato e regioni a vari livelli, le cinque aree. Mi sembra che un periodo di transizione fatto in questo modo, vorrei che nel documento ci fosse, perché se dobbiamo fare tutto per decreto legge, siamo poco solidali.»

Dott. Mario PETRELLA:- «Se può rispecificare quest'ultimo concetto. Un periodo di transizione articolato come?»

Voce maschile:- «L'accordo Stato - Regioni prevede cinque aree, la comunità specialistica, una cosa e l'altra. Da anni ormai, ogni sei mesi si slitta nell'accreditamento provvisorio: tutto lo scenario delle prestazioni ha necessità di un periodo cuscinetto dove ci sia una sperequazione di pacchetti che vadano a disegnare il futuro delle cinque aree. Se qualcheduno lo riesce a spiegare meglio di me, voglio dire, ben volentieri, non mi offendo mica.»

Claudio FRESCHI:- «Sono del centro di accoglienza di Empoli. Apporterei al documento finale, anche se il relatore li ha già scritti fra le righe, questi passaggi con termini più pre-