

## L'EVOLUZIONE DEL SISTEMA DELLE DIPENDENZE ALLA LUCE DELLE NUOVE NORMATIVE LOMBARDE

L'incontro del 18 gennaio 2008 sul tema: "L'evoluzione del sistema delle dipendenze alla luce delle nuove normative lombarde", inaugura un nuovo approccio di FeDerSerD alle tematiche della dipendenze patologiche.

La Federazione è nota per l'attenzione che dedica sia agli aspetti scientifici e clinici sia a quelli organizzativi dei Servizi. L'evento del 18 gennaio si pone su questo secondo braccio, volendo offrire un'occasione di approfondimento sulle scelte e sulle linee politico-istituzionali. Riteniamo infatti che le ricadute di queste ultime impongano la necessità di allargare e approfondire la discussione anche con i colleghi che non si occupano di programmazione e gestione dei servizi, oltre che ad altri soggetti e organizzazioni che rappresentano ed esprimono la società civile e il sistema politico istituzionale.

Merita un accenno critico la diffusa abitudine di tendere ad interpretare le azioni e le decisioni politiche come farraginose, incoerenti, ambigue; tengo a sottolineare, perché ne sono assolutamente convinto, che tutti gli atti di settore della Regione Lombardia sono in linea con gli orientamenti di politica sanitaria della Regione stessa e ne perfezionano, man mano, l'applicazione con lucidità e coerenza di azioni fin dalla riorganizzazione del SSR (L.R. n° 31/97); in questo senso riporto quanto è stato ricordato da un alto funzionario della Regione, in un recente incontro relativo alla DGR 5509, "...la politica sanitaria della Regione Lombardia può piacere oppure no, ma è questa e, rispetto ad essa, l'istituzione mantiene una rigida coerenza di orientamento...".

Siamo anche consapevoli che la coerenza dell'istituzione regionale con sé stessa non basta per garantire coerenza ed omogeneità d'azione anche sul territorio. Le ASL sono aziende, ricevono dei mandati "macro" comuni, ma hanno molta autonomia nello scegliere le strade per perseguire i loro obiettivi.

Paradigmatica, in questo senso, la situazione dei Dipartimenti delle Dipendenze; questi ultimi sono stati realizzati con tempistiche e caratteristiche anche molto diverse e, talvolta, perfino eliminati pur a fronte di funzioni da svolgere molto chiare e individuate negli accordi Stato-Regioni oltre che nelle norme emanate e confermate dalla Regione stessa.

Sappiamo bene che negli ultimi dieci anni sono avvenuti molti cambiamenti nel sistema dei Servizi. Le autonomie aziendali hanno facilitato scelte e decisioni, anche molto difforni tra loro, che hanno inciso sulle pratiche lavorative di tutti noi. Una delle conseguenze è stata aver prodotto una importante disomogeneità nel sistema dei Servizi Pubblici per le dipendenze sia dal punto di vista organizzativo che quali - quantitativo delle prestazioni erogate.

Paradigmatica, in questo senso, la situazione dei Dipartimenti delle Dipendenze; questi ultimi sono stati realizzati con tempistiche e caratteristiche anche molto diverse e, talvolta, perfino eliminati pur a fronte di funzioni da svolgere molto chiare e individuate negli accordi Stato-Regioni oltre che nelle norme emanate e confermate dalla Regione stessa.

- 1 L'EVOLUZIONE DEL SISTEMA DELLE DIPENDENZE ALLA LUCE DELLE NUOVE NORMATIVE LOMBARDE
- 5 DIPENDENZE: L'EVOLUZIONE DEI PROVVEDIMENTI REGIONALI SINO ALLA DGR N. 5509/2007
- 13 DGR N. 5509/2007
- 23 APPUNTI DALLA TAVOLA ROTONDA
- IL PUNTO DI VISTA DEGLI OPERATORI
- 25 IL SISTEMA INTEGRATO DI CONTRASTO ALLE DIPENDENZE IN GRANDE RISCHIO PER LA NUOVA DELIBERA REGIONALE SULLE DIPENDENZE (VIII/005509) DELLA REGIONE LOMBARDA
- 27 PRIMA PROPOSTA DI DISCUSSIONE PER I NUOVI COMPITI PER IL DIPARTIMENTO DELLE DIPENDENZE
- 28 SISTEMA DELLE DIPENDENZE IN LOMBARDA: LA REGIONE VALORIZZI IL SERVIZIO PUBBLICO
- 29 SICUREZZA STRADALE ED USO DI SOSTANZE: IL CONTRIBUTO DI FEDERSERD LOMBARDA (Audizioni Commissioni Consiglio Regionale)
- 32 COMMENTO ALLA LEGGE REGIONALE "GOVERNO DELLA RETE DEGLI INTERVENTI E DEI SERVIZI ALLA PERSONA IN AMBITO SOCIALE E SOCIO-SANITARIO" (L.R. N. 3 DEL 12-3-2008)
- 33 LEGGE REGIONALE N. 3 DEL 12-3-2008
- 50 AUDIZIONE DI FEDERSERD PRESSO LA COMMISSIONE III SANITÀ E ASSISTENZA DEL CONSIGLIO REGIONALE DELLA LOMBARDA IL 24 APRILE 2007
- 52 PROGRAMMA IV CONGRESSO REGIONALE FEDERSERD LOMBARDA

D'altra parte il nascere, nello scenario del Sistema d'Intervento, dei Servizi Multidisciplinari gestiti dal privato, non sembra avvenire in base a logiche programmatiche connesse con l'analisi quali-quantitativa della domanda e dell'offerta di cura, né con le politiche territoriali degli organi di programmazione locale. Il sorgere di questi Servizi corre il rischio di non vedere individuato e valorizzato il contributo da essi apportato al sistema di cura per il rischio, oggettivo, di aprire strutture dove non servono, o servono poco, e lasciare prive di potenziamento zone dove i Servizi sono scarsamente presenti.

A tutto ciò fa fronte una progressiva e costante perdita di personale. Circa un anno e mezzo fa, su richiesta del Comitato Interdipartimentale Regionale, la Regione Lombardia promosse un'analisi sulla dotazione d'organico dei Ser.T nel range temporale 1998 - 2005.

Da tale lavoro fu evidenziata una riduzione di personale del 20%; inoltre se tale dato, di per sé già grave, viene interfacciato con l'aumento dell'utenza in quegli stessi anni la variazione di personale (inteso come risorsa professionale disponibile per trattare i pazienti in carico) si attesta su circa il 60% in meno. Con variazioni di questa portata è la stessa accessibilità e qualità delle prestazioni che viene messa pesantemente in discussione.

La situazione è tale da far temere che, in alcune circostanze, possa essere messo in pregiudizio il diritto ad essere curati e ad esserlo con metodi e terapie aggiornate e valutate per la loro efficacia.

Quello appena descritto è una tendenza particolarmente pericolosa perché, inseguendo la chimera dell'equilibrio tra Servizi di derivazione pubblica e privata (che non si sa né se, né quando si realizzerà), non ci si accorge del depauperamento, oltre il possibile e il tollerabile, del servizio pubblico che continua ad essere, almeno per il momento, l'unico interlocutore possibile chiamato a fare fronte al costante aumento della domanda di cura e di assistenza.

Siamo consapevoli del consistente cambiamento che la Sanità sta affrontando da una dozzina d'anni; ci rendiamo senz'altro conto che i processi di aziendalizzazione pretendono, nel pubblico come nel privato, una forte spinta alla razionalizzazione nell'uso delle risorse. Ma proprio perché non abbiamo mai vissuto i processi organizzativi e le scelte manageriali come qualcosa di estraneo alla nostra professione né alle nostre competenze, siamo fortemente perplessi per la progressiva riduzione, nei fatti, dei luoghi deputati alla valutazione e programmazione.

Dipartimenti e Servizi, che oggi ancora organizzano e garantiscono le risorse, le azioni tecnico-programmatiche delle politiche socio-sanitarie locali e sono centro di connessione di una densa rete di interlocutori e clienti, rischiano di essere relegati a funzioni puramente esecutive senza margini di autonomia negoziale e programmatica ma anche senza più alcuna possibilità di costituire luogo di interlocuzione, interazione e rielaborazione con soggetti privati e pubblici ed Enti istituzionali.

Proprio perché le scelte regionali in materia di sanità

sono orientate da anni nella direzione di sollecitare e facilitare l'ingresso di soggetti privati anche in quelle aree dell'assistenza meno appetibili economicamente o meno facili da organizzare, dovrebbe essere posta molta attenzione a salvaguardare la funzione di programmazione e controllo a tutti i livelli: centrali, aziendali e periferici.

Non siamo certo qui per esercitare una banale azione di difesa corporativistica dei Ser.T; non ci sfugge che il sistema dei Servizi presenta ancora differenze ed eterogeneità, non solo nella tipologia d'offerta ma anche nell'appropriatezza delle prassi cliniche, e che alcune scelte organizzative e gestionali sono da modificare e aggiornare. Ma proprio perché gestiamo attivamente revisioni operative, non possiamo negare che quanto fino ad ora detto ha generato nei gruppi di lavoro disorientamento e incertezza che non sono certo le migliori emozioni per motivare i dipendenti verso un processo di riorganizzazione.

Lavoro in questo settore da più di venti anni e, come avete potuto vedere dalla locandina e come già sanno coloro che mi conoscono, dirigo un Ser.T.

Una delle cose che ho sempre detto ai miei colleghi è che, per me, è essenziale avere un'équipe "consapevole"; con ciò voglio dire un gruppo che sia messo nelle condizioni di cogliere come il proprio lavorare si collochi all'interno del contesto dei Servizi di settore, della ASL, della Regione e italiani in genere.

Per questo ho sempre curato al meglio possibile la comunicazione e la spiegazione di ciò che avviene al di fuori dei muri del Servizio, delle strategie di politica sanitaria sottese alle normative, del significato e delle ricadute (sia come limiti che come opportunità) della collocazione dei Servizi in questa o quella Azienda, nei distretti piuttosto che nei Dipartimenti, e così via.

Tutto ciò perché è indubbio che alcune scelte organizzative e funzionali dei Servizi possono essere comprese e condivise (e quindi vedere una convinta partecipazione di tutti) solo se si hanno chiare le caratteristiche del contesto "macro" in cui si colloca il Servizio di cui si fa parte. Devo dire che negli ultimi sei - sette anni quest'azione di coinvolgimento culturale - istituzionale dei professionisti dei Servizi ha incontrato grosse difficoltà.

Spesso la chiara percezione di cambiamenti dell'organizzazione d'appartenenza ha sollecitato diverse persone a assumere posizioni di negazione e rimozione, ha spinto le équipe a non voler "vedere" ciò che gradualmente si andava implementando nel "Sistema ASL" e, come conseguenza, nel "Sistema Ser.T".

Per esempio è stato difficile far passare l'idea che i criteri di accreditamento non avevano solo la funzione formale di dichiarare che l'esistente era adeguato a degli standard strutturali e organizzativi; ma anche di creare il presupposto essenziale per poter dire che, anche nel nostro settore, la salute dei pazienti non era più necessariamente un compito riservato ai Servizi Pubblici. Che in coerenza con le norme d'accreditamento, sarebbero comparse, nel tempo, altre strutture non provenienti dal

pubblico che avrebbero operato con gli stessi compiti e mandati dei Ser.T; il concetto stesso di "Servizio Pubblico" veniva di fatto superato perché esistevano solo "Servizi Accreditati" oppure, per dire la stessa cosa vedendola da un altro punto di vista, tutti i Servizi accreditati erano "Servizio Pubblico" perché tutti rispettavano gli stessi criteri e standard definiti dalla Regione. La reazione, in quel periodo, era spesso di forte scetticismo e si esprimeva con considerazioni del tipo: "chi vuoi che si metta ad operare, pensando di guadagnarci, in un settore come il nostro?".

Poi il passare del tempo ha dato conferma di quanto previsto ma, anche dopo l'inaugurazione dei primi due SMI, fu ugualmente difficile far cogliere che il processo sarebbe andato avanti (perché questo era l'intendimento della Regione: competizione, economicità, miglioramento dell'offerta dei Servizi) e che, ragionevolmente, avremmo visto nascere, nel tempo, altri SMI privati e che, quindi, il nostro pensiero programmatico, organizzativo, strategico avrebbe dovuto tenere conto di uno scenario "misto" con presenza di Ser.T e di SMI.

Naturalmente non era possibile ipotizzare su quali proporzioni numeriche tutto ciò si sarebbe attestato ma, secondo logica, un sistema per essere concorrenziale dovrebbe necessariamente vedere una percentuale significativa di Servizi "privati", altrimenti il sostanziale monopolio di quelli "pubblici" non sarebbe intaccato.

Nel momento in cui il dato di realtà non permise più posizioni di negazione, in un certo numero di dipendenti si sono fatti strada sentimenti di disorientamento e incertezza rispetto addirittura alla possibilità di sopravvivenza del sistema Ser.T.

D'altra parte gli stessi SMI attualmente esistenti si devono porre, e secondo me già lo fanno, un po' di quesiti rispetto, per esempio, al proprio ruolo nella programmazione del Sistema d'Intervento e alla possibilità di stare in bilancio economico positivo se la loro collocazione è in zone dove i Ser.T sono ben presenti sia come localizzazione fisica della sedi sia come riferimento terapeutico per l'utenza target; tutto ciò a fronte di altri luoghi dove, invece, la presenza di uno SMI potrebbe veramente rispondere alle esigenze dell'utenza che hanno difficoltà a trovare risposte.

Il discorso, come vedete, si articola su molti aspetti appartenenti a diverse dimensioni (clinica, organizzativa, programmatica).

Ritengo comunque che, su tutte le considerazioni espresse e su tutti questi servizi pubblici e privati, presenti e futuri, pesino due dimensioni problematiche comuni:

- La diversificazione dei percorsi e degli esiti decisionali nelle ASL che, in quanto Aziende, godono di elevata autonomia
- La progressiva riduzione e centralizzazione dei luoghi di programmazione e valutazione, che priva i decisori di un contributo di esperienza e consapevolezza che può giungere solo dai Servizi che si trovano in quotidiano e stretto contatto con il territorio e con i pazienti.

La giornata del 18 gennaio offre dunque la possibilità, a tutti noi, di analizzare e discutere queste problematiche facendone arrivare il senso anche a tutti quei colleghi che hanno spesso difficoltà ad accostare le scelte politico-istituzionali alla loro prassi quotidiana e a valutarne le ricadute. Inoltre poiché queste ultime coinvolgono e interessano altri interlocutori quali i policy makers regionali, il sindacato e i rappresentanti della società civile, proponiamo loro un confronto onesto e trasparente, animato unicamente dalla volontà di individuare strategie efficaci e fattibili per migliorare la qualità dei servizi offerti ai cittadini da noi assistiti.

Nella convinzione che tali ambiti di problematicità non siano assolutamente esclusivi del nostro settore, è nostro augurio e intento che l'iniziativa del 18 gennaio non rimanga un evento isolato, ma sia il primo di altri momenti di confronto che la Federazione intende organizzare sui temi di politica sanitaria, allargando il campo della interlocuzione sia ad altri Servizi che ad altri soggetti tecnici, che possano stimolare e sostenere una nostra più concreta e diffusa consapevolezza rispetto ai temi di politica sanitaria e di qualità delle cure da assicurare ai cittadini.

**Edoardo Cozzolino**  
PRESIDENTE FEDERSERD LOMBARDIA

Federazione Italiana degli Operatori dei Dipartimenti e dei Servizi delle Dipendenze  
FEDERAZIONE REGIONALE LOMBARDA

CONVEGNO

## L'EVOLUZIONE DEL SISTEMA DELLE DIPENDENZE ALLA LUCE DELLE NUOVE NORMATIVE LOMBARDE

Una giornata di informazione e riflessione tra i professionisti lombardi  
dei Dipartimenti e dei Servizi Territoriali delle Dipendenze

**VENERDÌ 18 GENNAIO 2008** - ore 9.30-14.00  
CENTRO CONGRESSI HOTEL MICHELANGELO - MILANO

<p>ore 9.30     <b>Registrazione partecipanti</b></p> <p><i>Welcome Coffee</i></p> <p>ore 10.00     <b>Introduzione</b> EDOARDO COZZOLINO <i>Direttore di Ser.T</i> <i>Presidente Regionale FeDerSerD</i></p> <p>ore 10,20     <b>Dipendenze:</b> <b>L'evoluzione dei provvedimenti regionali e la Dgr 5509 del 2007</b> VINCENZO MARINO <i>Direttore di Dipartimento Dipendenze</i></p> <p><i>Dibattito</i></p>	<p>ore 11.30     TAVOLA ROTONDA <b>Un Servizio Pubblico di qualità per rispondere ai bisogni dei cittadini</b></p> <p>Moderatore: ALFIO LUCCHINI Presidente Nazionale FeDerSerD</p> <p>SANDRA BASTI <i>Dirigente Ser.T - direttivo regionale FeDerSerD</i></p> <p>CORRADO MANDREOLI <i>Organizzazioni Sindacali - Politiche sociali</i></p> <p>ELIO SCARAMUZZA <i>Cittadinanzattiva - Tribunale per i diritti del malato</i></p> <p>RICCARDO DE FACCI <i>Responsabile nazionale dipendenze del CNCA</i></p> <p>LAURA TIDONE <i>Direttore di Dipartimento Dipendenze</i></p> <p>MARGHERITA PERONI <i>Consigliere Regionale, Commissione Sanità</i></p> <p>SARA VALMAGGI <i>Consigliere Regionale, Commissione Sanità</i></p> <p>ore 14.00     <i>Aperitivo alla conclusione dei lavori</i></p>
--	---

**Sono stati altresì invitati: il Comitato promotore del Forum delle Associazioni e Onlus nel settore delle Dipendenze; gli Ordini Professionali; gli Organi di Informazione.**

L'iniziativa è organizzata dalla Federazione regionale Lombarda e non ha sponsorizzazioni. È stato richiesto l'accREDITAMENTO ECM per tutte le figure professionali dei Servizi.

Per Informazioni:

Segreteria Expopoint - telefono 031 748814 - fax 031751525 - email [federserd@expopoint.it](mailto:federserd@expopoint.it)

# DIPENDENZE: L'EVOLUZIONE DEI PROVVEDIMENTI REGIONALI sino alla Dgr n. 5509/2007

## TRA TRASFORMAZIONI DEL WELFARE, GOVERNANCE E SUSSIDIARIETÀ

Vincenzo Marino

DIRETTORE DIPARTIMENTO DIPENDENZE ASL DELLA PROVINCIA DI VARESE  
DIRETTIVO NAZIONALE FEDERSERD

### Premessa

In questi ultimi 10 anni stiamo assistendo , in modo particolare in Lombardia, a mutamenti profondi del contesto normativo che disciplina il funzionamento del sistema dei servizi dipendenze .

Tali cambiamenti modificano radicalmente il preesistente modello organizzativo, consolidato nell'arco di un ventennio e fondato sulla centralità del servizio pubblico nella offerta e regolazione della erogazione delle prestazioni al cittadino/utente .

Di fronte a trasformazioni "ambientali" di questa portata risulta quindi importante :

- 1) prima di tutto analizzare i cambiamenti in atto e comprendere la "ratio" che guida i provvedimenti in modo da poterne prevederne lo sviluppo conseguente ;
- 2) provare poi, nei limiti del possibile, a "gestire il cambiamento" piuttosto che subirlo .

La sopravvivenza e lo sviluppo dei servizi dipendono infatti in larga misura dalla capacità di adattamento dei servizi stessi ai cambiamenti del contesto normativo e dell'ambiente socio-culturale .

### Organizzazione e ambiente

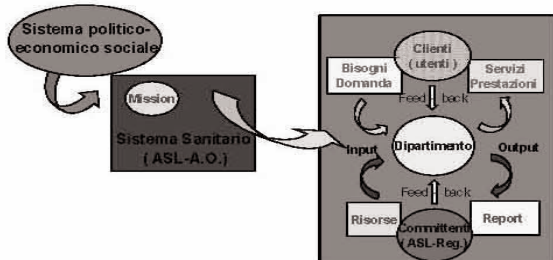
Come ogni organizzazione infatti, anche il Dipartimento Dipendenze può essere visto come un organismo (=etimo) che, se vuole sopravvivere e svilupparsi, deve adattare la propria anatomia ( struttura organizzativa), la propria fisiologia ( meccanismi operativi ) ed il proprio comportamento ( processi sociali ) alle condizioni dell'ambiente ecologico in cui vive pena l'estinzione.



E' infatti dall' ambiente generale ( socio-politico, culturale ) e specifico ( clienti , committenti ) che l'O. trae le proprie risorse e ad esso vende" i propri servizi

Ambiente Generale

Ambiente Specifico



### Lo scenario ambientale

Le trasformazioni ambientali in questione non riguardano in modo specifico ed esclusivo il settore delle Dipendenze, né il solo territorio lombardo ma vanno inquadrare nella più generale trasformazione in atto nei sistemi di Welfare Europeo ( dal Welfare State alla Welfare Community ) e nelle politiche degli Stati Europei sempre più ispirate a concetti quali la "sussidiarietà" e la "governance" .

Esse tuttavia in Regione Lombardia stanno registrando una consistente accelerazione e nel nostro settore presentano elementi di criticità specifica .

In termini generali i sistemi di Welfare Europeo si stanno interrogando su :

1) quali debbano essere le funzioni proprie di uno Stato moderno : quali servizi cioè lo stato deve offrire direttamente ai cittadini attraverso propri Servizi Pubblici e cosa invece può o deve delegare soggetti privati o al volontariato ?

2) che tipo di controllo lo Stato debba esercitare sulle funzioni delegate :- economico ( sull'utilizzo dei "soldi pubblici" assegnati) - o sulle attività ( rispetto standard e etica ) o sui i risultati e con quali modalità ( in fase di programmazione, di rendicontazione, di valutazione... ? )

3) che ruolo devono svolgere i cittadini/utenti nel sistema

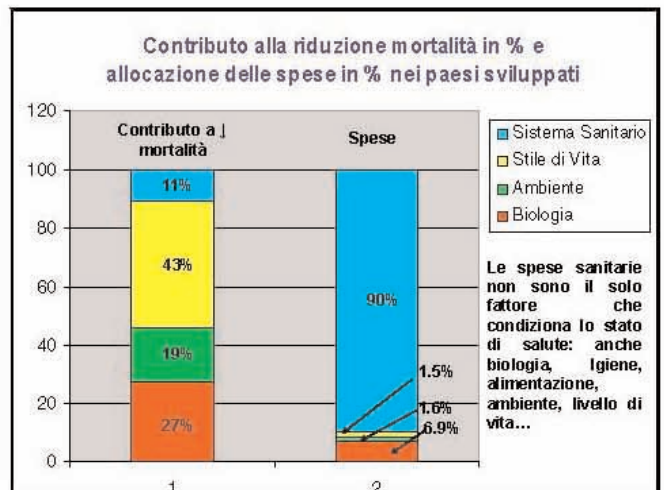
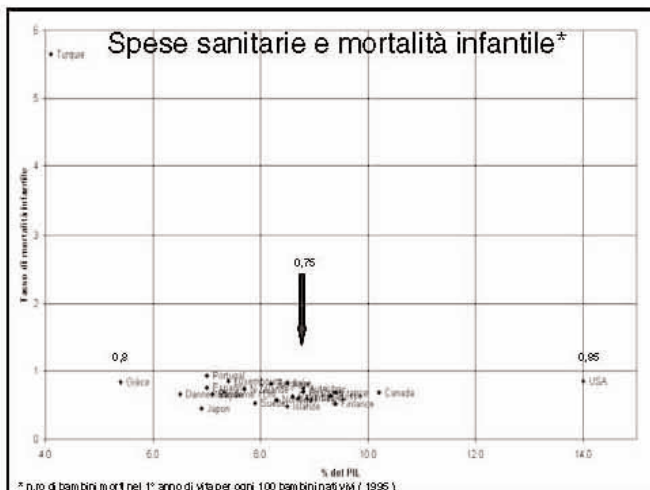
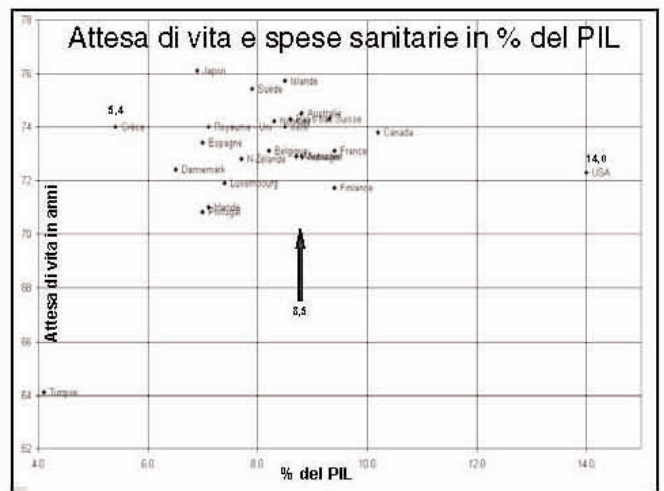
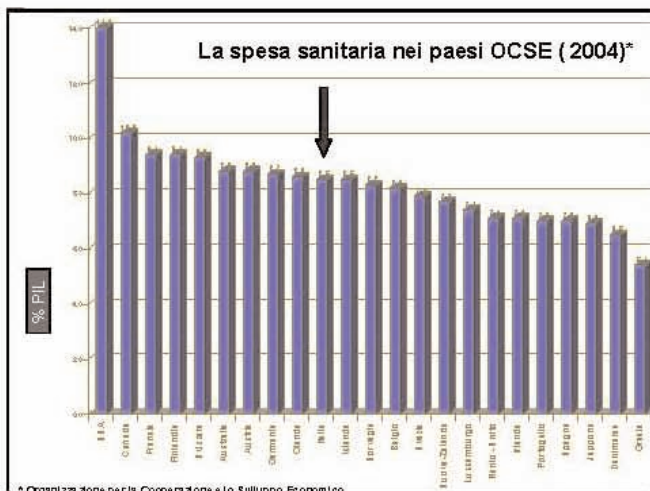
### Il Welfare State Europeo: principali cause della crisi



1) Aumento dei costi e incerto rapporto costo/beneficio

Le cause di crisi del "vecchio" Welfare State (dalla culla alla bara ) sono numerose:

- scarsa concorrenza, scarsa spinta al miglioramento, burocratizzazione, bassa soddisfazione media cliente ( "servizi della mutua" ),.....
- ma soprattutto progressiva crescita dei costi e limitatezza delle risorse e incerto rapporto costo/beneficio



Se è vero infatti che il problema della limitatezza delle risorse investe tutto il sistema socio-sanitario esso tuttavia risulta più acuto per il sistema d'intervento sulle dipendenze che, ultimo nato nel panorama sanitario italiano, non ha ancora completato il suo sviluppo ( assenza reparti ospedalieri per acuti, strutture intermedie, ecc, ) e che registra una crescita molto rapida della domanda di prestazioni ( condizionata anche dall'espansione dell'ambito d'intervento: nuove dipendenze, e dall'aumento della sensibilità sociale verso tali fenomeni ).

2) Cambiamenti dell'assetto politico-istituzionale collegati ai concetti di "Sussidiarietà" e "Governance"

### Cos'è la "Governance"

Forma di governo del territorio partecipata basata sulla condivisione con i diversi stake-holders dei processi di definizione e attuazione delle politiche nelle fasi di :

- rilevazione bisogni,
- pianificazione ,
- programmazione,
- attuazione degli interventi,
- valutazione



"THE PROCESS OF TERRITORIAL COHESION IN EUROPE"  
Jean Monnet European Module 2005

### Il "libro bianco" della Governance europea e (2001)

Il processo di Governance è stato avviato dai paesi dell'Unione Europea nel 2001 con l'approvazione del cd "Libro bianco" sulla governance europea che ha sottolineato l'opportunità che il processo di elaborazione delle politiche europee si fondi sulla più ampia partecipazione possibile sfruttando al meglio le competenze e l'esperienza pratica delle autorità nazionali, regionali e locali e delle organizzazioni della società civile .

### "Pilastri" del paradigma della Governance

valorizzare come "servizi pubblici" tutti gli organismi e istituzioni che operano efficacemente sul territorio, anche se non appartengono alla P.A.

La Sussidiarietà Verticale

La Sussidiarietà orizzontale

Le modificazioni del ruolo P.A

( federalismo : non è opportuno che la CE lo Stato faccia qualcosa che può essere fatta meglio da una istituzione locale ( reg, prov, comune ) funzione sussidiaria .



Guidare anzichè remare : fare di meno, programmare e controllare di più .

### a) Sussidiarietà verticale

Sancisce l'opportunità del progressivo decentramento di poteri e competenze dalla Comunità Europea allo Stato, Regioni, Provincie e comuni , più vicini al cittadino.

Ne deriva che tutto quello che può essere fatto dal Comune è bene rientri fra le sue competenze e che le competenze delle istituzioni sovraordinate ( Provincia, Regione, Stato ) siano residuali o legate a funzioni di coordinamento, regolazione e supervisione.

Lo Stato e , in generale l'istituzione più centrale interviene quindi in via sussidiaria .



### La Governance Italiana: dalla "pianificazione centrale" al governo "con" il territorio

Anche lo Stato Italiano, con la riforma del Titolo V della Costituzione, ha rididegnato le competenze istituzionali e avviato un forte decentramento dei poteri con un sostanziale ampliamento dei compiti e delle funzioni attribuite a Comuni, Province e Regioni.

### Ruoli istituzionali dopo la modifica del Titolo V

Nella logica della Sussidiarietà Verticale alle Autonomie Locali è stato demandato un ruolo centrale di programmazione, governo e gestione delle reti e dei servizi del territorio.

Lo Stato ha assunto un ruolo di regolazione generale attraverso azioni di .

- Sostegno allo sviluppo e alle pari opportunità
- Definizione dei livelli minimi di servizio da garantire sul territorio nazionale ( es. LEA )
- Coordinamento delle grandi reti nazionali
- Sostegno alla diffusione degli standard

La Regione assume compiti di:

- legislazione,
- definizione di standards,
- programmazione
- grandi interventi improntati al criterio di sussidiarietà

La Provincia compiti di supporto ai Comuni :

- con interventi infrastrutturali ( specie nelle aree deboli)
- stimolando l'integrazione dei servizi
- con interventi di formazione, back-office e di assistenza

I Comuni : di "front office" globale della P.A. verso i cittadini ( P.d.Z. )

### b) Sussidiarietà orizzontale

Riguarda il rapporto tra Enti Pubblici e comunità locale e si fonda sulla valorizzazione dell'intervento attivo da parte dei cittadini singoli e associati per risolvere problemi collettivi

Attori del processo sono quindi :

- Cittadino singolo
- Gruppi di cittadini associati anche informalmente
- Associazioni e imprese no-profit
- Imprese Profit
- Fondazioni – istituzioni
- Pubblica Amministrazione

### Interessi degli Stake-Holders



È evidente che i diversi attori sono portatori di interessi diversi che non vanno disconosciuti .

Mettere insieme i diversi stake-holders all'interno di tavoli di concertazione aumenta i conflitti ma dovrebbe consentire di operare una mediazione tra tali interessi, promuovendo un controllo partecipativo, e mantenendo come obiettivo prioritario l'efficienza, efficacia degli interventi e la soddisfazione degli utenti .

### c) Modificazioni del ruolo dei Servizi Pubblici e P.A.

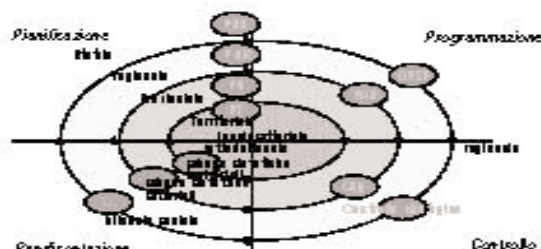
In questo contesto , la funzione della P.A. diviene una funzione di regolazione del concorso di soggetti diversi per fisionomia, natura e finalità, finalizzata al conseguimento di obiettivi di pubblica utilità e di interesse generale ( attuazione dei programmi nei tempi previsti, a costi compatibili, con la qualità attesa e con l'adeguata soddisfazione dei beneficiari e degli stakeholders ) + che fare, "far accadere" .

Strumenti: più accordi e meno regole ( da logica normativa a logica "pattizia" con l'affiancamento agli strumenti impositivi anche di nuovi strumenti concertativi ).



Tale pluralità di livelli, competenze e interessi aumenta la complessità e comporta la necessità di sviluppare organismi e strumenti di sistema in grado di governare l'assetto complessivo evitando:

- duplicazione dei livelli e degli interventi e "anomia" della programmazione delle attività,
- dei costi e dell'efficienza e tempestività dell'azione



### Strumenti di governo del sistema

Questa prospettiva presuppone quindi la messa in atto di strumenti di controllo pubblico di clinical-governance\* e governance integrata che sono alla base della nascita nel settore delle dipendenze dei Dipartimenti delle Dipendenze.

Il funzionamento del sistema richiede infatti la definizione:

- di protocolli e norme di comportamento etico
- una chiara informazione su diritti, doveri, attività
- una valutazione degli esiti
- la trasparenza del ruolo svolto dai diversi attori può essere diverso: es. sponsor, realizzatore, mediatore, sostenitore attivo o passivo, regolatore, ecc.

\* Integro il continuo miglioramento della qualità delle cure (giuridico, clinico ed economico) delle organizzazioni sanitarie.

### Trasformazioni del Sistema Sanitario Italiano e dell'area delle Dipendenze

Vediamo brevemente come le diverse fasi di questo processo si sono sviluppate all'interno del sistema d'intervento socio-sanitario italiano e di quello per le Dipendenze in particolare.

### Dal dopoguerra agli anni 90 : nascita e sviluppo del Servizio Sanitario Pubblico

A partire dall'immediato dopoguerra, in una fase di rapida crescita economica (boom economico) in Italia si creano le condizioni per lo sviluppo di un capillare sistema sanitario pubblico ispirato ai modelli di Welfare State nord-europei.

Tale sistema, dapprima ancora articolato in Istituti di Assicurazione differenziati per le diverse categorie di lavoratori (ENPAS, INAM, ecc.) che garantivano forme di assistenza diretta e indiretta, a partire dal 1978 con la L. 833 del 23/12/78 - Istituzione del SSN - viene un sistema integrato all'interno dell'Istituto SSN.

In questa fase le prestazioni sanitarie ai cittadini sono erogate prevalentemente dai servizi pubblici ed in piccola parte dalla sanità privata "pura" (a pagamento). I servizi "convenzionali" svolgono una funzione "ausiliaria" integrativa del servizio Pubblico e l'accesso alle loro prestazioni è subordinato ad una preventiva autorizzazione rilasciata dal Servizio pubblico.

Unica eccezione i MMG, ad accesso diretto, con funzioni di "assistenza di base pubblica" e di "filtro" per le prestazioni specialistiche.

### L'area delle Dipendenze : dai CMAS ai SerT

L'esordio della cura e dell'assistenza ai tossicodipendenti si sviluppa a partire dal 1975 con la legge n. 685 del 22 dicembre, \* che affida la cura e la riabilitazione dei tossicodipendenti "ai normali presidi ospedalieri, ambulatoriali, medici e sociali, con esclusione degli ospedali psichiatrici" e prevede l'istituzione di una rete di Servizi pubblici Socio-Sanitari con funzione di erogazione diretta delle prestazioni terapeutico-riabilitative e preventive.

\* art. 104 e art. 105 (regolano la ripartizione delle competenze, determinando la ripartizione delle funzioni tra le varie strutture).

La L. 685/75 demanda alle regioni il compito di istituire un Comitato Regionale di coordinamento e uno o più Centri Medici e di Assistenza Sociale la cui gestione viene affidata dalle regioni alle provincie e ai comuni.

Tali Centri assumono poi nel tempo e nelle varie regioni denominazioni diverse (CMAS, NOT, SAT, ecc.) e diffusione disomogenea sul territorio nazionale.

### La legislazione dei primi anni '90

E' con la Legge n.162 del 26 giugno 1990, ed il successivo Testo unico 309 del 9 ottobre 1990 ( e provvedimenti attuativi : D. M. 30 novembre 1990 n.444, ecc. ) che tali Centri, denominati Ser.T. assumono una struttura omogenea sul territorio nazionale per compiti, funzioni, risorse.

Il DPR 309/90 affida ad Enti privati no-profit iscritti in un apposito Albo una funzione "ausiliaria" rispetto al Servizio Pubblico.

Anche la logica di istituzione dei CMAS prima ( 1975 ) e dei Ser.T poi ( 1990 ) risponde dunque alla più generale logica della centralità erogativa e autorizzativa del servizio pubblico mentre gli enti del terzo settore rivestono una funzione di "Enti Ausiliari" del Servizio Pubblico ( artt. 116 e 117 del DPR 309/90 ) e l'accesso ai servizi gestiti da questi ultimi, ove remunerati dal SSN, necessita della preventiva autorizzazione del servizio Pubblico.

I diversi provvedimenti regionali attuativi si limitano a declinare tale impostazione adattandola alle specificità territoriali.

### La legislazione recente : dalla fine degli anni '90 ai giorni nostri

La più recente normativa nazionale inizia a tradurre in concrete previsioni normative i principi di governance, sussidiarietà e modificazione del ruolo della P.A. cui abbiamo accennato, con numerosi provvedimenti fra cui :  
- il D. Lgs. n. 502 del 30 dicembre 1992 ( USL = Azienda )  
- il D. Lgs. n. 229 del 19 giugno 1999 ( partecipazione\* )  
- la L. n. 328 dell'8 novembre 2000 ( PdZ ).

In Lombardia, la L. R. n. 31 del 11 luglio 1997 separa le funzioni di erogazione, poste in capo ai soggetti accreditati privati o pubblici ( A.O. ) da quelle di PAC in capo a soggetti pubblici ( ASL ).

\*Articolo 12 : le regioni prevedono partecipazioni organizzative di cittadini volontariato a programmazione, controllo e valutazione in cura agli enti

### Dai Ser.T ai Dipartimenti

Nell'area delle dipendenze l' "Accordo Stato-Regioni per la riorganizzazione del Sistema di Assistenza ai TD" del 21/01/99 prevede l'istituzione dei Dipartimenti delle Dipendenze, cui vengono affidate le funzioni di programmazione, coordinamento e "governance territoriale" degli interventi nell'area delle dipendenze e questa indicazione viene recepita, sia pure in tempi e modalità differenziate dalle diverse regioni.

In Regione Lombardia tale impostazione trova riscontro in numerose DGR ( ultima la 12621 del 7 aprile 2003 ) che prevedono la costituzione di organismi di concertazione territoriale ( quali i " Coordinamenti Territoriali ) e dei Dipartimenti delle Dipendenze di cui vengono declinati compiti e funzioni.

### Dalla dgr 12621/2003 e la dgr 20586/2005

La d.g.r. 12621/2003 e la successiva d.g.r. 20586 del 11 febbraio 2005 definiscono inoltre :

- un sistema di requisiti di accreditamento identico per gli erogatori pubblici e privati ( Ser.T/SM ), strutture residenziali e semiresidenziali ;
- un sistema di valorizzazione/ remunerazione delle prestazioni omogeneo per gli erogatori pubblici e privati pubblico e privato

La L. 49 del 21 febbraio 2006

La L. 49/2006 modifica, fra l'altro il D.P.R. 309/90, - all'art. 89 prevedendo che la certificazione dello stato di dipendenza ( da allegare all'istanza di revoca della misura cautelare in carcere ) possa essere rilasciata da un servizio pubblico per le tossicodipendenze o da una struttura privata accreditata per l'attività di diagnosi \*;

- all'art. 113, prevedendo parità di accesso e di requisiti di erogazione delle prestazioni erogate dai servizi accreditati pubblici e privati nella libertà di scelta del luogo di trattamento di ogni singolo utente .

\* purché dotati di una équipe multidisciplinare comprendente il medico con specializzazione in psichiatria psittologica o tossicologia o psichiatria in materia di tossicodipendenza, lo psichiatra o lo psicologo abilitato alla psicoterapia e all'assistenza psittologica.

La dgrn. VIII/5509 del 10 ottobre 2007

Ha recepito le indicazioni della L.49/2006 prevedendo :

1) per quanto attiene all'area erogativa/prestazionale :

- una completa equipollenza tra le prestazioni erogate dai servizi ambulatoriali accreditati pubblici e privati ( SerT e SMI ) ivi compresa l'emissione di certificazione di tossicodipendenza anche a valenza medico-legale ;

- il libero accesso degli utenti a tutte le unità d'offerta accreditate ai sensi della d.g.r. 12621/2003 ( previa acquisizione della predetta certificazione per le residenziali e semi-residenziali )

Ha inoltre :

- esteso a 36 mesi la massima permanenza in U.d.O. terapeutico e pedagogico-riabilitativo e previsto un fondo per il reinserimento lavorativo

- Aumentato le rette e differenziato maggiormente i compensi per tipologia di struttura :

	AREA TERAPIUTICA	AREA PEDAGOGICA	ACCoglienza	COSTI	AREE SPECIALISTICHE	
					CONSIGLIERIA PSICHIATRICA	ALCOLE FOLICEM DENIT

2) Per quanto attiene all'area PAC : attribuito alle ASL ( manca uno specifico riferimento ai Dipartimenti Dipendenze ) delle funzioni di :

- verifica dell'appropriatezza delle prestazioni ;  
 - negoziazione , nei limiti del budget assegnato dalla regione , del budget di produzione da attribuire ad ogni U.d.O. del proprio territorio ( per ospiti lombardi )  
 - la stipula del contratto integrativo di strumenti per garantire la compatibilità finanziaria ( budget, ecc. )

RIASSUMENDO - Dgr 12621/2003 : accesso a strutture accreditate e remunerazione prestazioni

Strutture residenziali (o semi) :

Accesso : necessaria autorizzazione Responsabile Dipartimento Dipendenze dell'ASL di residenza utente  
 Remunerazione prestazioni : l'ASL di residenza paga tutte le strutture accreditate ( intra ed extra-regionali ) per i propri residenti .

SerT / S.M.I. :

Accesso : SerT / SMI fuori ASL residenza = necessaria prescrizione Servizio Pubblico di Residenza  
 SMI in ASL residenza : necessaria convenzione  
 Remunerazione prestazioni : la Regione paga " a piè di lista " tutte le prestazioni rendicontate dagli SMI con le tariffe previste dalla d.g.r. 20588 del 11 febbraio 2005 e le ASL / SerT a quota capitaria .

Dgr 5509/2007 : accesso a strutture accreditate e remunerazione prestazioni

Strutture residenziali (o semi) :

Accesso : libero accesso in struttura lombarda o "affidente" scelta dall'utente nell'ambito della tipologia indicata nella certificazione rilasciata da un SerT o uno S.M.I.

Remunerazione prestazioni

- per gli utenti lombardi : l'ASL di residenza dell'U.d.O. paga per tutti gli utenti lombardi ospiti nei limiti del budget di produzione attribuito all'U.d.O. e previsto dal contratto integrativo ;  
 - per gli utenti lombardi inseriti in U.d.O. extra-regionali\* e utenti extra-regionali inseriti in U.d.O. lombarde necessario nulla osta Dipartimento Dipendenze ASL di residenza .

\*Salvo U.d.O. extra-regionali aderenti ad Enti accreditati in Lombardia e che quindi non è chiaro.

**Dgr 5509/2007 : accesso a strutture accreditate e remunerazione prestazioni**

**S.M.I. :**

Accesso : libera scelta utente  
 Remunerazione prestazioni : SMI la Regione paga " a piè di Lista " tutte le prestazioni rendicontate con le Tariffe previste dalla d.g.r. 20586 del'11 febbraio 2005 .

**ASL / SerT**

Accesso : libera scelta utente  
 Remunerazione prestazioni : la Regione finanzia le ASL In modo aspecifico con la quota capitaria .

**Un esempio di certificazione**

**CERTIFICAZIONE DI DIPENDENZA PATOLOGICA**  
*(ai sensi della dgr. n. 5509 del 10.10.2007)*

Valida per l'accesso di residenti lombardi ai Servizi Riabilitativi Residenziali e Semi-residenziali della Regione Lombardia accreditati ai sensi d.g.r. 12621/2003

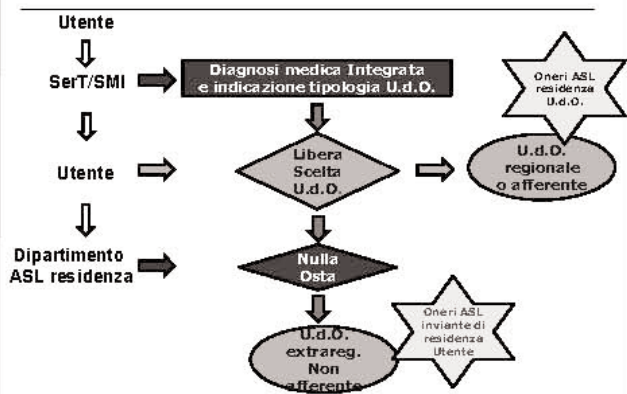
Si certifica che, sulla base della valutazione multidisciplinare effettuata dalla equipe di questo Ser.T./S.M.I. , per il Sig. \_\_\_\_\_ nato a \_\_\_\_\_ e residente in \_\_\_\_\_ via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_ è stata posta diagnosi di \_\_\_\_\_.

Si certifica inoltre la necessità di un programma terapeutico in regime residenziale/semiresidenziale da svolgersi presso un servizio della Regione Lombardia scelto dal paziente tra quelli accreditati ai sensi della dgr. n. 12621/2003 a totale carico del SSN a tipologia: \_\_\_\_\_

Data.....

Il Dirigente Medico  
 del SerT/S.M.I.  
 ( timbro e firma )

**FLOW-Chart percorsi dell'utente per l'inserimento in U.d.O. accreditata residenziale o semi**



**Questioni aperte**

Molte questioni sono ancora da definire:

- da quelle più generali quali la collocazione dei servizi erogativi pubblici ed il ruolo dei Dipartimenti
- ad altre più particolari quali :
  - i criteri di individuazione e remunerazione delle cd strutture afferenti ad Enti accreditati in Lombardia ( ?? : in Lombardia sono accreditati Servizi non Enti ; cosa afferisce a cosa e come si remunera : quota budget o "altre spese" )
  - come si governa la spesa degli SMI
  - come evitare duplicazione degli interventi ( ad esempio dei farmaci sostitutivi affidati allo stesso utente da 2 SerT /SMI ) stante la facoltà di libero accesso degli utenti ai servizi accreditati, ecc. ecc.



---

**DELIBERAZIONE N° VIII / 005509 Seduta del 10 OTT 2007**

---

*Presidente*

**ROBERTO FORMIGONI**

*Assessori regionali*

VIVIANA BECCALOSSI Vice Presidente  
GIAN CARLO ABELLI  
DAVIDE BONI  
LUCIANO BRESCIANI  
MASSIMO BUSCEMI  
RAFFAELE CATTANEO  
ROMANO COLOZZI  
MASSIMO CORSARO

FRANCO NICOLI CRISTIANI  
LIONELLO MARCO PAGNONCELLI  
MASSIMO PONZONI  
PIER GIANNI PROSPERINI  
GIOVANNI ROSSONI  
MARIO SCOTTI  
DOMENICO ZAMBETTI  
MASSIMO ZANELLO

*Con l'assistenza del Segretario*

**Anna Bonomo**

*Su proposta*

*dell'Assessore Gian Carlo Abelli*

*Oggetto*

DETERMINAZIONI RELATIVE AI SERVIZI ACCREDITATI NELL'AREA DIPENDENZE

*Il Dirigente Carla Doti*

*Il Direttore Generale Umberto Pazzone*

L'atto si compone di 10 pagine  
di cui 4 pagine di allegati,  
parte integrante.



VISTA la l.r. 11 luglio 1997 , n. 31 "Norme per il riordino del servizio sanitario regionale e sua integrazione con le attività dei servizi sociali" che sostiene in tema di salute la libera scelta del cittadino, valorizzando le sue opzioni, attraverso la separazione fra i soggetti acquirenti ed erogatori di prestazioni, promuovendo la parità di diritti e di doveri fra soggetti erogatori pubblici e privati, profit e non profit;

VISTA la d.c.r. 26 ottobre 2006 "Piano Socio Sanitario 2007-2009" (PSSR) che si propone, nella parte dedicata alle Dipendenze, tra l'altro di "stabilizzare, rafforzare il sistema di intervento ed evolvere verso una maggiore appropriatezza degli interventi", e di sostenere il principio di libera scelta del cittadino, consentendogli di conoscere e accedere alle soluzioni più adatte alle proprie necessità;

VISTA la d.g.r. 7 aprile 2003, n. 12621 "Determinazioni dei requisiti standard per l'autorizzazione al funzionamento e l'accreditamento dei servizi privati e pubblici per l'assistenza alle persone dipendenti da sostanze illecite e lecite e indirizzi programmatici e direttive sull'organizzazione dei servizi territoriali dipendenze nelle ASL: Progetto regionale Dipendenze" che disegna il sistema dei servizi garantendo la parità tra quelli pubblici e quelli privati per mezzo dell'istituto dell'accreditamento;

VISTE le modifiche apportate dalla legge 21 febbraio 2006, n. 49 all'art. 89 del D.P.R. 309/90, riguardo alla certificazione sullo stato di dipendenza, in cui si precisa che possa essere "rilasciata da un servizio pubblico per le tossicodipendenze o da una struttura privata accreditata per l'attività di diagnosi prevista dal comma 2 lettera d) dell'art. 116, attestante lo stato di dipendenza...";

DATO ATTO che il citato art. 116 del D.P.R. 309/90 comma 2 lettera d) prevede, ai fini della certificazione, la " presenza di una équipe multidisciplinare composta dalle figure professionali di medico, con specializzazioni attinenti alle patologie correlate alla tossicodipendenza e del medico formato e perfezionato in materia di tossicodipendenza, dello psichiatra e/o dello psicologo abilitato all'esercizio della psicoterapia e dell'infermiere professionale, qualora l'attività prescelta sia quella di diagnosi della tossicodipendenza";

RITENUTO di riconoscere in capo ai Servizi Territoriali per le Dipendenze e ai Servizi Multidisciplinari Integrati la funzione di rilascio delle certificazioni medico legali sullo stato di dipendenza di cui alla legge 49/2006;

VISTE le modifiche apportate dalla l. 49/2006 all'art. 113 del D.P.R. 309/90 nella parte in cui si attribuiscono le competenze alle Regioni e alle Province autonome in tema di contrasto delle dipendenze secondo principi di parità fra i servizi accreditati e si garantiscono la parità di accesso ai medesimi e alle prestazioni erogate dai servizi pubblici e dalle strutture private accreditate, nel rispetto della libertà di scelta del luogo di trattamento di ogni singolo utente;

RITENUTO di dover adeguare le disposizioni adottate in precedenti provvedimenti amministrativi in tema di accreditamento delle unità d'offerta sociosanitarie, in ordine alle modalità di accesso, con riferimento alla disciplina statale sopravvenuta e coerentemente con le scelte di programmazione





regionale e valorizzare concretamente la parità dei servizi accreditati e la centralità della persona tramite la libera e consapevole scelta dell'unità di offerta;

RITENUTO pertanto di facilitare, anche in una prospettiva di prevenzione e recupero, il libero accesso delle persone interessate alle unità d'offerta accreditate ai sensi della d.g.r. 12621/2003 e di prevedere forme di verifica dell'appropriatezza delle prestazioni tramite le ASL e strumenti per garantire la compatibilità finanziaria;

VISTA la d.g.r. 30 settembre 2003, n. 14368 "Definizione del sistema di remunerazione tariffaria, a carico del Fondo Sanitario regionale, dei servizi residenziali e semiresidenziali accreditati per la riabilitazione ed il reinserimento di soggetti con problematiche di dipendenza, ai sensi della d.g.r. 7 aprile 2003, n. 12621";

RITENUTO di aggiornare tali tariffe a carico del Fondo Sanitario Regionale, secondo il prospetto di cui all'Allegato A), che costituisce parte integrante e sostanziale del presente atto, in relazione all'aumento dei costi di gestione manifestati negli ultimi anni, in considerazione dell'incremento dell'impegno clinico assistenziale in tutte le tipologie di servizio e in particolare in quelle per il trattamento di persone affette anche da patologia psichiatrica o da patologia correlata all'abuso di alcool o più sostanze;

DATO ATTO che l'onere aggiuntivo derivante dagli incrementi tariffari disposti con il presente provvedimento è compatibile con le risorse disponibili sull'U.P.B. 5.2.1.2.87 cap 6679 del Bilancio regionale 2007 e successivi;

VALUTATA la necessità di contenere la spesa a carico del Fondo Sanitario Regionale entro valori annualmente definiti, determinando per ogni ASL il budget da destinare all'acquisto delle prestazioni rese nel territorio di competenza;

RITENUTO conseguentemente necessario definire per ogni ASL il budget da destinare all'acquisto delle prestazioni rese nel territorio di competenza e prevedere che le stesse ASL negozino con gli enti gestori delle unità di offerta accreditate il budget di produzione da attribuire ad ogni struttura, in analogia a quanto già previsto con d.g.r. 14 dicembre 2005, n. 1375 "Determinazione in ordine alla gestione del Servizio Sanitario Regionale per l'esercizio 2006";

RITENUTO pertanto di approvare, nel rispetto dei criteri di cui alla presente deliberazione, lo schema tipo di contratto integrativo di cui all'Allegato B), che costituisce parte integrante e sostanziale del presente atto;

RITENUTO inoltre di disporre che le ASL diano esecuzione al presente provvedimento mediante la stipulazione del contratto integrativo di cui allo schema tipo allegato B), promuovendo i necessari rapporti con i soggetti gestori delle unità d'offerta accreditate, prevedendo espressamente che gli aumenti tariffari stabiliti dal presente atto siano subordinati alla sottoscrizione del contratto medesimo;





RITENUTO altresì di includere, a decorrere dall'esercizio 2008, il costo per i ricoveri di cittadini lombardi in unità d'offerta ubicate in altre Regioni nel budget aziendale per "gli altri costi" non tariffati dalla Regione;

RICHIAMATA la d.g.r. 12621/2003 con riferimento alla durata massima dei trattamenti delle unità d'offerta accreditate;

RITENUTO che, sulla base dell'esperienza maturata durante il primo triennio di attuazione della d.g.r. 12621/2003, il pieno recupero della persona con problematiche di dipendenza possa derivare da un trattamento anche di maggiore durata rispetto a quanto previsto dal provvedimento citato e di dover estendere la durata massima di permanenza a 36 mesi per i Servizi Terapeutico Riabilitativi e per i Servizi Pedagogico Riabilitativi, risultando invece adeguata la durata dei trattamenti già previsti per i Servizi di Accoglienza e per i Servizi di Trattamento Specialistico;

EVIDENZIATO che la Regione, intendendo promuovere e sostenere un pieno reinserimento sociale e lavorativo delle persone con problematiche di dipendenza, ritiene di riservare annualmente un fondo legato al reinserimento lavorativo;

RITENUTO che tale fondo sia destinato agli Enti operanti con servizi residenziali e semiresidenziali accreditati che possano documentare l'avvenuto reinserimento lavorativo di utenti sulla base di appositi indicatori, individuati a seguito della valutazione della sperimentazione di cui al decreto della Direzione Generale Famiglia e Solidarietà sociale 1° agosto 2005, n. 11954;

RITENUTO di demandare a successivi atti la quantificazione annuale di tale fondo e le procedure per l'assegnazione, in attesa della conclusione dei progetti di cui al decreto richiamato, la cui valutazione potrà dare origine ad indicatori di qualità significativi, rilevabili e adottabili su scala regionale;

RITENUTO di dare mandato al Direttore Generale della Direzione Generale Famiglia e Solidarietà sociale alla emanazione dei provvedimenti attuativi necessari;

VISTA la l.r. 16/99 e le dd.g.r. che dispongono l'assetto organizzativo della Giunta regionale dell'VIII legislatura;

STABILITO di dover procedere alla comunicazione del presente atto al Consiglio regionale;

STABILITO di dover procedere alla pubblicazione del medesimo sul B.U.R.L.;

VAGLIATE e fatte proprie le suddette motivazioni;

All'unanimità dei voti espressi nelle forme di legge;

**DELIBERA**

Per i motivi espressi in premessa







1. di stabilire, in coerenza con la normativa nazionale vigente, che i servizi accreditati ai sensi della d.g.r. 12621/2003 titolati a rilasciare la certificazione sullo stato di dipendenza, sono i Servizi Territoriali per le Dipendenze e i Servizi Multidisciplinari Integrati;
2. di riconoscere, in coerenza con la normativa nazionale vigente e con la normativa regionale relativa a tutte le unità d'offerta sanitarie e sociosanitarie, il diritto al libero accesso delle persone interessate alle unità d'offerta accreditate ai sensi della d.g.r. 12621/2003;
3. di prevedere forme di verifica dell'appropriatezza delle prestazioni erogate tramite le ASL e strumenti per garantire la compatibilità economico-finanziaria per le ASL ed a livello di sistema regionale;
4. di aggiornare il sistema di remunerazione tariffaria delle unità d'offerta residenziali e semiresidenziali accreditate ai sensi della d.g.r. 7 aprile 2003, n. 12621 a carico del Fondo Sanitario Regionale, secondo il prospetto di cui all'Allegato A), che costituisce parte integrante e sostanziale del presente atto, in considerazione dell'incremento dell'impegno clinico assistenziale in tutte le tipologie di servizio e in particolare in quelle per il trattamento di persone affette anche da patologia psichiatrica o da patologia correlata all'abuso di alcool o più sostanze;
5. di dare atto che l'onere aggiuntivo derivante dagli incrementi tariffari disposti con il presente provvedimento è compatibile con le risorse disponibili sull'U.P.B. 5.2.1.2.87 cap 6679 del Bilancio regionale 2007 e successivi;
6. di assegnare a ogni ASL il budget da destinare all'acquisto delle prestazioni rese nel territorio di competenza, rinviando a successivi provvedimenti della Direzione Generale Famiglia e solidarietà sociale la quantificazione e il riparto delle somme da assegnare;
7. di prevedere che le ASL, nei limiti del budget assegnato, negozino con i soggetti gestori il budget di produzione da attribuire ad ogni unità d'offerta, in analogia a quanto già previsto con d.g.r. 14 dicembre 2005, n. 1375 "Determinazione in ordine alla gestione del Servizio Sanitario Regionale per l'esercizio 2006";
8. di approvare lo schema tipo di contratto integrativo di cui all'Allegato B), che costituisce parte integrante e sostanziale del presente atto;
9. di disporre che le ASL diano esecuzione al presente provvedimento mediante la stipulazione del contratto integrativo di cui allo schema tipo allegato B), promuovendo i necessari rapporti con i soggetti gestori delle unità d'offerta accreditate, prevedendo espressamente che gli aumenti tariffari stabiliti dal presente atto siano subordinati alla sottoscrizione del contratto medesimo;
10. di subordinare l'applicazione delle nuove tariffe di cui all'allegato A) alla sottoscrizione del contratto integrativo;





11. di includere, a decorrere dall'esercizio 2008, il costo per i ricoveri di cittadini lombardi in unità d'offerta ubicate in altre Regioni nel budget aziendale per "gli altri costi" non tariffati dalla Regione;
12. di estendere la durata massima di permanenza nei Servizi Terapeutico Riabilitativi e Pedagogico Riabilitativi a 36 mesi;
13. di riservare, annualmente, un fondo legato al reinserimento lavorativo dei soggetti in trattamento presso le strutture residenziali e semiresidenziali accreditate ai sensi della d.g.r. 12621/2003 e di demandare a successivi atti la quantificazione annuale di tale fondo e l'individuazione di appositi indicatori e delle procedure per l'assegnazione;
14. di incaricare il Direttore Generale della Direzione Generale Famiglia e solidarietà sociale di adottare i provvedimenti necessari per dare attuazione alle disposizioni di cui alla presente deliberazione;
15. di procedere alla comunicazione del presente atto al Consiglio regionale e di disporre la pubblicazione sul B.U.R.L.



IL SEGRETARIO

Anna Bonomo



Allegato alla deliberazione  
 n. 5509 del 10.01.2007  
 ALLEGATO A)

TARIFFE giornaliere	AREA TERAPEUTICA		AREA PEDAGOGICA		ACCOGLIENZA		COPPIE, soggetti con figli, nuclei familiari	AREA SPECIALISTICA		
	Prestazioni Residenziali	Prestazioni Semires.li	Prestazioni Residenziali	Prestazioni Semires.li	Prestazioni Residenziali	Prestazioni Semires.li		COMORBILITA' PSICHIATRICA	ALCOL E POLIDIPENDENTI	
€	52,80	28,20	44,40	22,80	58,80	31,20	66,00	120,00	80,00	120,00

8

ALLEGATO B)

SCHEMA TIPO DI CONTRATTO INTEGRATIVO PER LA DEFINIZIONE DEI RAPPORTI GIURIDICI ED ECONOMICI TRA L'AZIENDA SANITARIA LOCALE E GLI ENTI GESTORI DI SERVIZI RESIDENZIALI e SEMIRESIDENZIALI  
PREMESSO

1. che con d.g.r. n. 12621 del 7.4.2003 la Giunta Regionale ha, fra l'altro, approvato gli schemi tipo di contratto, tra l'ASL e i soggetti gestori per le unità d'offerta oggetto del provvedimento deliberativo citato;
2. che l'art. 10 degli schemi tipo di contratto approvati prevedono che *"in caso di emanazione di norme legislative o regolamentari regionali, nonché di adozione di provvedimenti amministrativi regionali generali incidenti sul contenuto del contratto stipulato, lo stesso deve ritenersi automaticamente modificato ed integrato"*;
3. che con la Deliberazione n. .... la Giunta Regionale ha disposto che le ASL provvedano alla stipula del contratto integrativo, conforme allo schema approvato, con tutti i soggetti gestori delle unità d'offerta di cui all'oggetto;

che in data ..... tra l'ASL di..... e l'ente gestore..... si è stipulato un contratto, per l'assistenza residenziale/semiresidenziale a carattere sociosanitaria a favore di n. ....soggetti con problematiche di dipendenza

Tutto ciò premesso

tra

l'Azienda Sanitaria Locale .....

e

l'ente denominato ....., relativamente all' assistenza residenziale/semiresidenziale a carattere sociosanitaria a favore di n. ....soggetti con problematiche di dipendenza

si conviene e si stipula, ad integrazione e modifica del contratto già stipulato tra le stesse parti in data ....., le cui disposizioni rimangono in vigore per quanto non diversamente previsto dal presente atto integrativo:

Art. 1

**Oggetto**

Le presenti disposizioni modificano e integrano il contratto stipulato tra le stesse parti in data.....

Art. 2

**Modifiche al contratto in vigore ai sensi della d.g.r. 12621/2003**

L'art. 3 *"Procedure di ammissione"* è così sostituito:

*"L'ente.....struttura..... si impegna ad effettuare tutte le procedure di accoglimento degli ospiti, in particolare per la definizione del progetto terapeutico personalizzato, tenuto conto della certificazione rilasciata dai Servizi Territoriali per le Dipendenze o dai Servizi Multidisciplinari Integrati, che ne attesti la necessità"*.

L'art. 4 *"Sistema tariffario"* è così sostituito:

“Il complesso delle prestazioni erogate sono da intendersi senza oneri a carico degli ospiti.

La remunerazione delle prestazioni erogate all'interno delle strutture residenziali e semiresidenziali e per le diverse aree di servizio e tipologie di offerta avviene tramite la definizione di una tariffa pro-die.

La remunerazione avverrà per i giorni di presenza, tenuto conto che possono essere conteggiate, come giornate di presenza degli ospiti, anche le assenze dovute ai seguenti motivi: le assenze temporanee dovute a rientri in famiglia o nel contesto di vita, ricoveri ospedalieri, nel limite di 15 giorni consecutivi. Qualora l'ente gestore debba garantire un supporto assistenziale reso con proprio personale, possono essere remunerate le assenze anche superiori ai 15 giorni. Tutte le contribuzioni regionali sono da ritenersi comprensive di qualsiasi onere fiscale. La corresponsione delle tariffe previste avverrà per i tempi stabiliti con d.g.r. ....in ciascuna tipologia di servizio, quale durata massima del trattamento.

Dette tariffe potranno subire un abbattimento percentuale, al variare della soglia finanziaria massima prevista annualmente dalla Regione”.

L'art 5 “*Modalità di registrazione e codifica prestazioni*” è così sostituito:

“ L'ente.....struttura.....si impegna a rispettare le indicazioni regionali circa le modalità di compilazione e tenuta della documentazione sociosanitaria.

L'ente..... struttura.....codifica, registra e comunica le prestazioni rese, rispecchiando fedelmente quanto contenuto nella documentazione clinica e rispettando le indicazioni e le modalità di codifica e di comunicazione indicate.

L'ASL nell'ambito della propria attività ordinaria può compiere in ogni momento, con un preavviso non inferiore alle 48 ore lavorative, controlli per la verifica dei requisiti di funzionamento e di accreditamento, nonché per l'esatto adempimento delle obbligazioni dovute dal presente contratto, nella sede dell'unità di offerta stessa.

I controlli sono effettuati alla presenza e in contraddittorio con il legale Rappresentante della unità di offerta o suo delegato, con l'eventuale assistenza delle persone responsabili della compilazione e tenuta della documentazione in oggetto:”

L'art. 7 “*Pagamenti*” è sostituito dal successivo Art. 5. “*Fatturazione prestazioni*”.

### Art. 3

#### **Aumento tariffario**

L'aumento tariffario disposto con d.g.r. è subordinato alla sottoscrizione del presente contratto integrativo.

### Art. 4

#### **Budget**

Nel 2008, la remunerazione delle prestazioni accreditate, calcolata sulla base delle tariffe vigenti e con oneri a carico della stessa Regione Lombardia, non può eccedere il budget di euro..... per il periodo....

Tale budget si riferisce alle prestazioni rese a cittadini residenti nell'intero territorio della Lombardia.

La remunerazione a carico di altre Regioni resa a favore di cittadini in esse residenti è esclusa dal limite di budget stabilito con il presente articolo, fermi restando il volume massimo di prestazioni stabilito dal provvedimento di accreditamento e l'entità delle tariffe giornaliere determinate dalla Regione Lombardia

L'eventuale integrazione del budget annuale sarà possibile solo previo accordo scritto tra le parti, compatibilmente con il budget dell'ASL e sentita la DG Famiglia e solidarietà sociale.

Le determinazioni e le assegnazioni del budget relativo agli anni successivi, permanendo il rapporto di accreditamento, saranno oggetto di successiva nuova negoziazione tra le parti, nel rispetto delle indicazioni regionali.

### Art. 5

#### **Fatturazione prestazioni**

L'unità di offerta si impegna a emettere e inviare mensilmente all'ASL di ubicazione, fatture o altra documentazione contabile idonea, al fine del pagamento degli acconti e ad emettere, entro il quindicesimo

LD

giorno del mese successivo alla scadenza di ogni trimestre, le fatture relative ai saldi trimestrali, corredate dalla rendicontazione delle prestazioni erogate.

E' fatta salva, altresì, la facoltà dell'ASL di ubicazione dell'unità di offerta di sospendere i pagamenti nei limiti delle contestazioni elevate, ogni qual volta siano in corso contestazioni formali ai sensi del contratto già in vigore ai sensi della d.g.r. 12621/2003, come integrato e modificato dalla d.gr. ...., o accertamenti di gravi violazioni della normativa vigente in materia sociosanitaria.

Art. 6

**Controllo dell'applicazione dei contenuti del contratto**

Le Parti concordano che le eventuali minori valorizzazioni derivanti dall'esito dei controlli effettuati dalle Asl in ordine alla corretta applicazione del presente contratto, al termine del processo di validazione delle contestazioni, incideranno, riducendolo, sul valore delle prestazioni erogate nel periodo considerato .

Letto, confermato e sottoscritto.

Data e luogo.

IL DIRETTORE GENERALE ASL

IL LEGALE RAPPRESENTANTE  
DELL'ENTE GESTORE

CD



## APPUNTI DALLA TAVOLA ROTONDA

Al termine della Tavola Rotonda, coordinata da Alfio Lucchini, i consiglieri regionali presenti sono stati chiamati ad esprimersi sui temi proposti. Infatti Laura Tidone, Direttore del Dipartimento delle Dipendenze della ASL provincia di Bergamo, nel suo intervento si era soffermata sui cambiamenti notevoli in corso e sulla strategicità delle decisioni assunte non solo a livello regionale ma ai livelli aziendali.

Alcune proposte in tal senso sono riportate nel documento qui pubblicato sul Dipartimento delle Dipendenze.

Corrado Mandreoli dell'area politiche sociali della CGIL regionale si era concentrato sull'insieme delle politiche sociali in Lombardia e poi sui servizi alla persona, in particolare SerT, Consultori e Psichiatria.

Riccardo De Facci, dirigente nazionale del CNCA, aveva illustrato il documento che pubblichiamo mentre Sandra Basti, del direttivo regionale di FeDerSerD, si era interrogata nel testo successivamente rielaborato, pure proposto al lettore, sul ruolo degli operatori.

**SARA VALMAGGI**, del Partito Democratico, della III Commissione Sanità del Consiglio Regionale, nel suo intervento ha ripercorso gli elementi della legislazione regionale proponendo una rivisitazione della legge 31 del 1997, la legge fondativa di ogni successiva applicazione.

Ha sottolineato la sofferenza dei servizi alla persona, non solo i Ser.T ma anche i Consultori Familiari e la Psichiatria. Il tema quindi è il rilancio dell'intervento territoriale, il ruolo dei Comuni e delle Province.

Bisogna rivedere punti centrali della impostazione di quella legge fondativa. Concordando con le osservazioni contenute nei documenti di FeDerSerD, ma anche del CNCA e del Sindacato, la consigliera regionale del gruppo di minoranza si è detta disponibile ad approfondire la tematica, le proposte delineate, in una linea di consultazione con FeDerSerD.

Valmaggi ritiene utile un interscambio tra III Commissione e esecutivo regionale (Assessorato Famiglia e Solidarietà Sociale) per correggere alcune incongruenze evidenti nei recenti atti di programmazione regionale nel settore.

**MARGHERITA PERONI**, di Forza Italia, della III Commissione Sanità del Consiglio Regionale, nel suo articolato intervento ha sottolineato la necessità di confronto ed ascolto di entità quali FeDerSerD, ampiamente rappresentativa nel settore.

Peroni ha difeso e documentato le scelte della Regione Lombardia, la bontà complessiva del livello di assistenza in Lombardia.

Ha ripercorso le leggi regionali ed anche l'analitico impegno della Regione in progetti finalizzati di settore.

Si è detta convinta della possibilità di ampliare l'intervento del privato sociale nel settore, compresi gli SMI, senza diminuire l'efficacia e la qualità dell'intervento dei Ser.T.

Sulla richiesta di FeDerSerD di aumentare e chiarire i livelli di programmazione ha concordato sulla necessità di approfondire alcuni aspetti che probabilmente necessitano di correttivi, in armonia con l'esecutivo regionale. Ha dato la sua disponibilità in tal senso.

## IL PUNTO DI VISTA DEGLI OPERATORI

**Sandra Basti**

*PAVIA, PSICOLOGA SER.T*

*DIRETTIVO FEDERSERD LOMBARDIA*

Quando davanti ad un panorama si sceglie di osservarlo da un certo punto di vista si devono fare alcune operazioni cognitive: si seleziona la visuale dalla quale osservare, si prende posizione e poi si raccoglie quello che la nostra mente registra.

Le riflessioni che seguono non corrispondono alla lettera a quanto detto alla tavola rotonda perché allora ho parlato senza seguire un testo scritto e anche se è passato

poco tempo dall'evento mi scopro con la memoria che non riproduce esattamente le stesse affermazioni.

Se quindi qualcuno non si ritrova nelle sequenze del mio racconto mi perdoni anche se cercherò comunque di raccontare quanto ho ritenuto importante dire allora.

Nel ricostruire il mio discorso, prima ancora del filo logico dei concetti che volevo presentare ritrovo i tanti fili delle emozioni che li avvolgevano.

Sapevo che nella tavola rotonda ci si confrontava con temi importanti, quali quelli della Qualità e del Servizio Pubblico per le Dipendenze, e mi sentivo tanto emozionata per la responsabilità di portare il punto di vista di chi nella quotidianità questi temi li sente con una profondità e sensibilità tutta particolare che provo a spiegare.

L'operatore con il proprio sapere professionale, si trova ad abitare una terra di mezzo, quella terra che sta tra le disposizioni scritte nei vari piani socio sanitari e la pre-

senza fisica dei pazienti, le linee guida della politica e le attese, le domande, le urgenze delle persone che stanno male perché devono dipendere da qualcosa e dei loro familiari.

Le disposizioni parlano una lingua che generalizza, che calcola mentre la presenza fisica utilizza una lingua che si mostra, ma spesso non spiega, che funziona a intermittenza ed esige e l'operatore è lì in mezzo a cercare di mediare di tradurre, di rendere operativo, di avvicinare linguaggi ed esistenze.

Quanta fatica e anche quanta soddisfazione penso di condividere con altri colleghi nel aver visto costruire in questi anni un sapere che pur non avendo raggiunto approdi certi ha però saputo identificare alcune caratteristiche che sembrano fare la qualità dei nostri contesti di cura.

Cosa accade però in questa terra di mezzo se i cambiamenti promossi dalle disposizioni sono accompagnati da azioni che o sottraggono, (risorse economiche e umane) al sistema di cura o le spostano senza promuovere altrettanto chiare azioni di verifica e di controllo di cosa funziona e cosa no?

E soprattutto cosa accade se le disposizioni sembrano configgere con alcune specificità inerenti alle caratteristiche dei nostri pazienti e della necessità di cura?

Una per tutte è la grossa antinomia tra le caratteristiche della compliance alla cura dei pazienti tossicodipendenti e l'enfatizzare nel promuovere servizi, il principio del diritto di libertà di scelta della cura.

Se è vero che il tossicodipendente è un paziente che trova nell'esercizio delle sue dipendenze la sua cura e che per questo fa fatica a seguire altre terapie, su quale qualità della sua capacità di scelta potremo contare? E soprattutto di quali dispositivi dovremmo dotare il sistema di cura per promuovere questa capacità e non immaginarla già bella e costruita inseguendo l'immagine semplicistica di un paziente che a fronte di una molteplicità di offerte sa già quale è l'offerta che va bene per lui?

Quante volte ci accorgiamo che una parte consistente del lavoro clinico è dedicato al lavoro sulla domanda di aiuto per renderla esplicita per trasformarla, per elaborarla. E quanto ci risulta prezioso in questo lavoro l'apporto di una équipe multidisciplinare che aiuta la persona a rintracciare in tutti i piani della sua esistenza i motivi della richiesta di aiuto e le risorse per la cura?

Per non parlare del paziente che definiamo grave perché rigido nel suo disadattamento psicopatologico, che spesso richiede una speciale attitudine all'ingaggio dell'operatore e non la passiva attesa della sola scelta di curarsi del paziente?

Se abbiamo la consapevolezza che nel campo della cura della dipendenza, non esiste un metodo che dimostri di essere più efficace di altri e che nell'organizzare un piano di cura operiamo per tentativi ed errori, per verifiche e falsificazioni, perché non potenziare quello che continuo a chiamare "sistema di cura" ma che se manca un'organizzazione che sostiene questa affermazione come può essere con tutti i suoi limiti la struttura del Dipartimento

delle Dipendenze, rimane una affermazione retorica?

Sappiamo anche che con i nostri pazienti sono necessari una terapia a lungo termine e l'attenzione alle ricadute. Non può essere solo il paziente a portarsi dietro tutta la sua storia, occorre che anche il sistema di cura sia capace di accompagnare la sua storia, con la grazia di un sistema che si specializza ma rimanendo costantemente in rete. Come continuare a promuovere l'integrazione tra lo specifico organizzativo e valoriale del Pubblico e del Privato per migliorare il sistema di cura?

Da ultima questione anche se non ultima in ordine di importanza occorre interrogarci su come potrà essere svolta la funzione di controllo sociale che fino ad ora è stata affidata al Servizio Pubblico. Se come descrivevamo in precedenza, nella nostra terra di mezzo, assistiamo a mutamenti di indirizzo sulle tipologie di assistenza pubblica ai tossicodipendenti. Se non rimangono attivi con il Dipartimento i dispositivi che permettono la programmazione e la localizzazione delle offerte ad es. e se non è garantita la sicurezza di escludere conflitti di interesse nella gestione del rapporto tra il paziente e la giustizia, quale altro sistema potrà essere attivato?

Riprendo la domanda iniziale: Come sta l'operatore - nella sua terra di mezzo, schiacciato tra pazienti che intorno all'abuso ed uso di sostanze manifestano patologie sempre più complesse e la difficoltà a partecipare a processi di programmazione e verifica, mentre attorno a lui, le risorse umane e di tempo diminuiscono?

L'operatore rischia di difendersi dietro una pratica burocratica o di bruciarsi con il burn out della impossibilità di rispondere alle domande che raccoglie. Però rischia anche di promuovere una diversa e più matura partecipazione del cittadino sia esso operatore che paziente per produrre servizi di qualità. Perché questa, come citavo leggendo un brano di Robert M. Pirsing, dal suo libro "Lo zen e l'arte della manutenzione della motocicletta" è qualcosa che nella sua ampiezza è anche qualcosa di ben definito, che obbliga quindi a prendere posizione.

"La qualità... sappiamo cos'è eppure non lo sappiamo. Questo è contraddittorio. Alcune cose sono meglio di altre, cioè hanno più qualità. Ma quando provi a dire in che cosa consiste la qualità estraendola dalle cose che la posseggono, plaff, le parole ti sfuggono. Ma se nessuno sa cos'è ai fini pratici non esiste per niente... Invece esiste eccome... Perché mai la gente pagherebbe una fortuna per certe cose. E ne getterebbe altre nella spazzatura? Ovviamente alcune sono meglio di altre... ma in che cosa consiste il meglio?..."

Concludo proponendo di promuovere le seguenti domande:

- Quale valore diamo oggi al servizio pubblico per le dipendenze per l'intera comunità e in che modo esso può essere utile agli interessi civici piuttosto che al solo calcolo di profitti e perdite?
- Se il valore del rispetto come ci indica Richard Sennet è uno dei valori necessari per trattare al meglio con la disuguaglianza, con quale rispetto dobbiamo organizzare l'assistenza al paziente tossicodipendente?



# IL SISTEMA INTEGRATO DI CONTRASTO ALLE DIPENDENZE IN GRANDE RISCHIO PER LA NUOVA DELIBERA REGIONALE SULLE DIPENDENZE (VIII/005509) DELLA REGIONE LOMBARDIA

## CNCA LOMBARDIA

### Gruppo Tossicodipendenze

#### Chi siamo

Il Cnca (Coordinamento nazionale delle comunità di accoglienza) rappresenta la più grande realtà italiana che si occupa di tossicodipendenza, sin dall'ottobre del 1980 quando un gruppo di preti e laici si incontrò a Torino su invito di don Luigi Ciotti per confrontarsi a partire da quello che, già da allora, ognuno stava attivando e sperimentando per rispondere alle domande di quei molti giovani e famigliari coinvolti nella dipendenza da eroina e che nella prossimità della strada e dei territori ci chiedevano aiuto. Le prime esperienze di accoglienza comunitaria che si andavano sperimentando divennero il fulcro di un lavoro comune, in continuo rapporto con il tema della diffusione delle sostanze stupefacenti, nell'interazione e rapporto continuo con i servizi territoriali e le altre varie esperienze comunitarie. Il Coordinamento delle comunità di accoglienza ha da subito permesso il confronto tra realtà, storie e percorsi estremamente diverse tra loro, facendo di queste differenze un valore, l'occasione di scambio e una opportunità di riformulazione e crescita nonché di presa di posizione comune su questi fenomeni a così alto valore simbolico sociale. I temi del consumo, abuso e dipendenza da droghe sono stati quindi l'occasione per l'inizio di un percorso, ormai venticinquennale, in cui i principi da subito elaborati di rispetto e valorizzazione delle diversità, di tutela e attenzione ai percorsi individuali, di profondo rispetto dei diritti inviolabili delle persone, insieme con una domanda continua di conoscenza, aggiornamento e ricerca sono rimasti gli elementi cardine di una storia estremamente significativa.

Alle varie realtà fondative si sono poi aggiunte progressivamente numerose altre realtà fino ad arrivare ai circa 300 gruppi attuali di cui almeno il 70% si occupano di dipendenza con circa 1000 strutture gestite tra comunità terapeutiche più classiche, strutture innovative, progetti terri-

toriali, servizi di riduzione del danno o prime accoglienze, unità mobili per giovani consumatori o innumerevoli progetti di prevenzione. Mentre la maggior parte di comunità si continua ad occupare di tossicodipendenza, negli anni si sono aggiunti molti gruppi che accolgono anche minori, disabili, ex carcerati, immigrati, senza fissa dimora, malati psichici o che oltre alla comunità offrono servizi territoriali ed altro.

In Lombardia nello specifico dei quasi 50 gruppi che costituiscono il Cnca regionale sono 18 gli Enti accreditati nelle dipendenze (Cooperative, Associazioni e Enti Religiosi) che costituiscono il Gruppo Tossicodipendenze della Federazione Lombarda del CNCA.

Nelle nostre 93 comunità residenziali con utenza diversa, 33 sono comunità residenziali e nei servizi semiresidenziali per tossicodipendenti (di vario tipo sia pedagogico-riabilitativo che terapeutico-riabilitativo, di pronta accoglienza e altre specialistiche sia per comorbidità psichiatrica, per coppie e con madri bambini, per alcooldipendenti e poliabusatori) che i nostri gruppi da decenni gestiscono in Lombardia, abbiamo accolto migliaia di soggetti con problemi di addiction e dipendenza, in collaborazione con i Ser.T (Servizi per le Tossicodipendenze) delle ASL della Lombardia e di altre regioni d'Italia.

Nei nostri servizi di prossimità (alcuni dormitori, almeno 5 Centri Diurni, 5 Drop-in, 15 Unità Mobili) abbiamo contattato in più di 10 anni di attività decine di migliaia persone con problemi di consumo e di dipendenza.

#### Dalle nostre esperienze dubbi e proposte

Proprio a partire dalle esperienze acquisite e per l'enorme impegno garantito finora ci sentiamo impegnati nell'esprimere alcune preoccupate considerazioni rispetto alla DGR VIII/005509 del 10 ottobre 2007, ultimo atto della Regione Lombardia nella sua proposta di riordino dei Servizi per le dipendenze che proviamo qui a sintetizzare:

- 1) Da una prima attenta lettura della DGR riteniamo essa rappresenti un grave rischio per lo sviluppo di quel Sistema integrato dei Servizi pubblici e privati nelle dipendenze necessario a garantire davvero accoglienza, sostegno, cura ed alla riabilitazione delle persone con problemi di consumo, abuso e di dipendenza da sostanze stupefacenti, soprattutto per le forti spinte presenti nella delibera, verso una competizione sempre più spinta tra i vari servizi territoriali e prefigurando così un modello che non condividiamo di sussidiarietà competitiva ed antagonista soprattutto tra i servizi pubblici e le varie realtà del privato sociale.
- 2) Con questo provvedimento anche i Servizi per le Dipendenze dovranno uniformarsi allo specifico modello di spinta liberalizzazione, che questo Governo Regionale ha scelto per affrontare i problemi sociali e sanitari dei cittadini lombardi, come è già successo per i disabili, per le persone con problematiche psichiatriche e per gli anziani.
- 3) Si liberalizza e si esternalizza in maniera assai spinta la gestione dei servizi sociali e sanitari, ma si mantiene un controllo rigidamente centralizzato e poco condiviso degli indirizzi strategici. La finalità prevalente sembra più quella del controllo economico degli interventi per le dipen-

denze, che relega le realtà del privato sociale (i soggetti "attuatori") in una posizione esclusivamente esecutiva, senza diritto di parola in merito alle strategie e mettendoli fortemente in concorrenza tra loro, piuttosto che quella di costruire un sistema sempre più adeguato al profondo cambiamento dei fenomeni di abuso e dipendenza che busso alle nostre porte.

4) Un caso eclatante è rappresentato dalla trasformazione di un atto di squisita funzione pubblica quale è la certificazione di tossicodipendenza, che non è più in capo al solo Servizio Pubblico ma è ora competenza anche dei Servizi Multidisciplinari Integrati (SMI) privati. Questa scelta, coerente con l'intero impianto di liberalizzazione, è estremamente grave e pericolosa, in quanto riduce drasticamente le possibilità di controllo dell'accesso al sistema di cura e rischia di aprire anche spiacevoli casi di "conflitto di interessi" tra sistemi certificanti e sistemi di cura con questi connessi.

5) Si cerca di arrivare alla gestione privatistica della cura, che trasforma la persona in cliente fruitore e i servizi accreditati in enti erogatori di prestazioni. La delibera introduce infatti in questo impianto concetti quali "libera scelta" da parte del tossicodipendente e "accesso libero" alle comunità, una volta ottenuta la "certificazione" di tossicodipendenza, escludendo di fatto il ruolo finora esercitato dal Dipartimento delle Dipendenze delle ASL, regista dell'intero sistema secondo l'Accordo Stato-Regioni in vigore e garante della funzione pubblica della salute.

6) Il concetto di "libera scelta" così coniugato evidenzia di per sé grandi criticità: senza una vera regia pubblica, che avrebbe dovuto essere garantito dal Dipartimento, crediamo sia difficile poter garantire la coerenza e soprattutto la continuità di intervento, ingredienti fondamentali per il buon esito di ogni percorso terapeutico prefigurando così, soprattutto per le fasce più deboli e deprivate della popolazione tossicodipendente, abbandono e non accompagnamento alla scelta più adeguata in quel momento per quella persona.

7) E' vero, all'interno della delibera, sono aumentate le rette, ma soprattutto per le comunità pedagogico-riabilitative e terapeutico-riabilitative si tratta praticamente del solo adeguamento Istat, non riconosciuto per ben 4 anni.

8) La budgettizzazione della spesa per gli inserimenti in comunità, introdotta come unico strumento regolatore degli investimenti, corre il rischio di non permettere la necessaria elasticità di fronte alla continua evoluzione dei fenomeni e dei percorsi individuali.

9) Riteniamo quindi che la DGR, spinta da una priorità di ordine economico, vada anche contro le evidenze scientifiche che da anni riconoscono e sostengono che:

- solo un approccio di sistema, caratterizzato da una elevata integrazione tra differenti Servizi (ambulatoriali, residenziali, semi-residenziali, di prossimità, dell'area carcere, ...), possa affrontare le numerose e complesse problematiche legate alla dipendenza

- solo una modulazione il più possibile personalizzata e flessibile degli interventi possa accompagnare e sostenere le persone dipendenti.

#### Atto di intesa Stato regioni

Ci sembra evidente come la DGR vada anche in direzione opposta all'Accordo Stato-Regioni per la "Riorganizzazione del sistema di assistenza ai tossicodipendenti" del 21 gennaio '99 (GU n. 61 del 15/03/1999).

Tale Accordo, sottoscritto anche dalla regione Lombardia, rappresenta il provvedimento di indirizzo attualmente in vigore in Italia per le politiche di presa in carico delle persone con problemi di addiction e dipendenza.

L'Accordo afferma chiaramente che:

- "nell'ambito dei servizi è importante che si affermi sempre più il carattere interdisciplinare degli interventi

- "non esiste una risposta elettiva per risolvere il problema delle dipendenze ma una serie di strumenti i quali concorrono al raggiungimento di un risultato positivo solo se opportunamente integrati

- "la piena applicazione del disegno strategico di riforma del decreto legislativo n. 502/1992 sul rapporto pubblico-privato..., orientato alla concorrenzialità tra i produttori di servizi, appare particolarmente difficoltosa nel campo delle tossicodipendenze; ciò non solo per la complessità e specificità, più volte rimarcata, di questo settore, ma, in maggior misura, per alcune peculiari caratteristiche dello sviluppo storico dell'offerta di assistenza nel nostro Paese..."

Sembra dunque che la Regione Lombardia abbia deciso di avventurarsi in direzioni non suffragate da modelli scientificamente sperimentati come validi e al di fuori dei riferimenti della normativa nazionale ma facendo scelte prioritariamente ideologiche e politiche non condivisibili.

Alla luce di tutto quanto esposto non possiamo che esprimere un giudizio profondamente negativo della Dgr che ci quindi piacerebbe confrontare con tutti gli altri operatori del sistema delle dipendenze regionali.

#### Come proseguire

Chiediamo quindi che gli organismi istituzionali deputati (dal Consiglio Regionale, ai Ministeri e alle Consulte Nazionali) nonché le organizzazioni di settore (da FederSerD, il sindacato, il Ceal e tutti gli organismi del Privato Sociale) intervengano perché si possa riavviare un serio confronto con la Regione e possa essere sviluppata una strategia più efficace e realistica per le politiche regionali sulle dipendenze e soprattutto più utile per rispondere alle domande delle persone coinvolte.

Come Cnca continueremo ad occuparci di queste persone, cercando di mantenere le buone pratiche di integrazione (tra professionalità diverse, tra pubblico e privato, tra sociale e sanitario) che abbiamo sperimentato in molte occasioni. Ci impegniamo da oggi a costruire un ulteriore documento di analisi, di valutazioni e di proposte riguardo l'intero Sistema dei Servizi per le dipendenze della Lombardia. Vorremmo discuterlo nei prossimi mesi con gli organismi politici e tecnici che nella nostra Regione concorrono alla definizione e all'attuazione degli interventi per le dipendenze e vorremmo fosse condiviso con tutte le forze regionali del settore e non.

Milano, 15 gennaio 2008

# PRIMA PROPOSTA DI DISCUSSIONE PER I NUOVI COMPITI PER IL DIPARTIMENTO DELLE DIPENDENZE

a cura di Direttori di Dipartimento  
aderenti a FeDerSerD

Il Dipartimento delle Dipendenze, così come definito dalla dgr 12621/2003, va incontro a radicali trasformazioni con le determinazioni della dgr 5509/2007.

I rapporti tra gli Enti si modificano e le delibere di istituzione dei Comitati di Dipartimento, nonché i relativi regolamenti, devono essere aggiornati.

La specificità tecnico funzionale, definita nel ruolo di programmazione e coordinamento previsto dall'art 15 e dettagliato negli allegati alla dgr 12621/2003 (che deve garantire pluralità, trasparenza e pari dignità nei rapporti del previsto comitato di dipartimento anche mediante apposito regolamento...) evolve in ruolo di programmazione, budgettizzazione, acquisto e controllo.

Il Dipartimento assume, pertanto, tutte le caratteristiche del Dipartimento gestionale (la gestione del budget ne è requisito) ed assume un ruolo di programmatore, acquirente, controllore nei confronti degli enti accreditati.

Esso si avvale, nella funzione PAC, dello strumento Osservatorio Territoriale per studiare i fenomeni territoriali, monitorare l'andamento della domanda e dell'offerta e per guidare, nei limiti posti dalle regole di sistema annuali, la trasformazione e l'adeguamento dell'offerta.

Esso definisce, inoltre, possibilmente in analogia a processi condivisi regionali, Progetti di miglioramento della qualità, dell'appropriatezza, legando specifiche percentuali di budget annuale - tenuto conto delle regole di sistema annuali - alla partecipazione ai progetti ed al raggiungimento degli obiettivi indicati.

Inoltre partecipa a progettualità internazionali, nazionali e regionali di interesse per la innovazione operativa e la ricerca scientifica, con gestione del budget relativo.

Il direttore del Dipartimento continua ad esercitare la direzione della struttura complessa afferente - Servizio Territoriale delle Dipendenze.

*Milano, gennaio 2008*

## COMUNICATO STAMPA

# SISTEMA DELLE DIPENDENZE IN LOMBARDIA: LA REGIONE VALORIZZI IL SERVIZIO PUBBLICO

Affollatissima assemblea organizzata dalla Federazione Lombarda di FeDerSerD venerdì scorso a Milano sul tema: L'EVOLUZIONE DEL SISTEMA DELLE DIPENDENZE ALLA LUCE DELLE NUOVE NORMATIVE LOMBARDE.

Oltre 200 professionisti dei Ser.T lombardi hanno partecipato e discusso, insieme a rappresentanti della società civile e della politica, sul percorso normativo che ha condotto alla attuale situazione del sistema dei servizi.

E' stata rilevata la disomogeneità nel sistema dei servizi per le dipendenze sia dal punto di vista organizzativo che delle prestazioni erogate. In alcune ASL il Dipartimento delle Dipendenze non è stato attivato, in altre è stato abolito e i processi di accorpamento dei servizi sono stati radicali mentre gli strumenti di gestione non sono omogenei nelle diverse aree territoriali.

La Regione promuove gli SMI (Ser.T privati), in base a logiche programmatiche di cui non si coglie né la connessione con l'analisi della domanda di cura né con le politiche territoriali degli organi di programmazione locale. In questo scenario si collocano la progressiva erosione delle risorse per il servizio pubblico, il costante aumento della domanda di cura e di assistenza, i nuovi compiti delegati dalle normative nazionali in materia di controllo socio - sanitario e il crescente disinteresse per i luoghi della programmazione nel nostro settore, sia a livello regionale che locale.

La forte preoccupazione espressa nei numerosi interventi nasce dal fatto che tutto ciò non sembra affatto casuale bensì che vi sia una tendenza a destrutturare il settore delle dipendenze, anche attraverso la progressiva riduzione della programmazione a pochi ambiti centralizzati. Proprio perchè le scelte regionali in materia di sanità sono orientate da anni nella direzione di sollecitare e facilitare l'ingresso di soggetti privati anche in quel-

le aree della assistenza meno appetibili economicamente o meno facili da organizzare, dovrebbe esserci ben altra attenzione a salvaguardare la funzione di programmazione e controllo a tutti i livelli, centrale e aziendale. Non è mancata la consapevolezza autocritica che il sistema dei servizi presenta ancora differenze ed eterogeneità non solo nella tipologia d'offerta ma anche nell'appropriatezza delle prassi cliniche, e che alcune scelte organizzative e gestionali sono da modificare e aggiornare.

Alcuni provvedimenti, quali il blocco totale dei possibili accreditamenti di strutture pubbliche e la estensione agli SMI privati della possibilità di certificazione e in definitiva di autoimmissione in strutture comunitarie, sollevano un delicato conflitto di interessi!

Paradossale appare la affermazione contenuta nel PSSR vigente, di rafforzamento del Dipartimento delle Dipendenze come luogo di azione integrata pubblico privato, a fronte della contemporanea assenza di tale affermazione negli ultimi atti regionali.

Nel corso della giornata netta è stata la presa di posizione del CNCA Lombardia contro la recente dgr 5509 della Regione. Le organizzazioni sindacali e i consiglieri regionali di maggioranza e minoranza intervenuti si sono assunti precisi impegni di consultazione e di intervento per quanto di competenza. Un confronto chiaro e trasparente, animato dalla volontà di individuare strategie efficaci e fattibili per migliorare la qualità dei servizi offerti ai cittadini assistiti.

Infine sono state approvate le linee di azione della Federazione sia verso l'Assessorato regionale sia verso il Consiglio.

Questa importante iniziativa è il primo di altri momenti di confronto che la Federazione organizzerà sui temi di politica sanitaria, interloquendo sia con altri servizi alla persona pubblici e privati che con altri soggetti tecnici, che possano stimolare e sostenere un più concreto e diffuso ruolo di protagonismo dei professionisti nelle scelte che riguardano sia il futuro professionale e lavorativo, che la qualità delle cure da assicurare ai cittadini.

Milano, 21 gennaio 2008

**Alfio Lucchini**

PRESIDENTE NAZIONALE FEDERSERD

**Edoardo Cozzolino**

PRESIDENTE FEDERSERD LOMBARDIA

## SICUREZZA STRADALE ED USO DI SOSTANZE: IL CONTRIBUTO DI FEDERSERD LOMBARDIA

Presso il Consiglio regionale della Lombardia è stato istituito un gruppo di lavoro che interessa le commissioni: III Sanità, V Territorio e VII Cultura, sport e informazione. Tale gruppo si è costituito per affrontare il problema degli incidenti stradali in Lombardia e per elaborare un atto teso alla promozione della sicurezza stradale sotto molteplici aspetti. FeDerSerD ha dato la propria disponibilità a dare un contributo su questo tema. Di seguito è riportata la memoria scritta che FeDerSerD regionale ha depositato alle Commissioni congiunte.

Un grande ringraziamento a Franco Zuin, a Sandra Basti e Maurizio Fea per l'impegno profuso.

**Alfio Lucchini**

*PRESIDENTE NAZIONALE FEDERSERD*

FeDerSerD è un'organizzazione nazionale, articolata in federazioni regionali, che raggruppa gli operatori professionali (prevalentemente pubblici ma anche del privato-sociale) del settore tossico-alcolodipendenze.

In Regione Lombardia raccoglie l'adesione di 200 professionisti appartenenti a varie figure professionali (medici, psicologi, assistenti sociali, educatori professionali, infermieri professionali, etc).

In tale veste, il contributo che FeDerSerD Lombardia può arrecare al tema della Sicurezza Stradale è rappresentato dalla correlazione tra questo argomento e l'uso di sostanze stupefacenti e di alcool.

Sintetizzando possiamo dire che questa correlazione può esser utile nelle seguenti tra aree:

- Area delle conoscenze del fenomeno sia dal punto di vista epidemiologico che qualitativo;
- Area della sensibilizzazione e della prevenzione
- Area dei trattamenti riabilitativi

I Ser.T sono depositari di un sapere che riguarda non solo le tendenze e gli stili di consumo ma anche come le persone cercano di rendere compatibile l'uso di sostanze con le altre attività ordinarie, come la guida.

Con queste conoscenze è possibile individuare orientamenti per gli interventi di sensibilizzazione/prevenzione e differenziare profili specifici di guidatori per trattamenti riabilitativi mirati.

È necessario differenziare gli interventi adatti alla persona giovane alla prima violazione, da quelli da fare con la persona che colleziona più recidive di violazione.

I Ser.T stessi possono diventare luoghi di interventi di sensibilizzazione e di trattamento sia per i pazienti che vi accedono spontaneamente che per quanti arrivano inviati dalle Autorità perchè sanzionati.

Ma gli operatori di FeDerSerD sono anche cittadini e quindi, prima di approfondire riflessioni e raccomandazioni specifiche, legate all'esperienza professionale maturata, si ritiene possibile proporre alcuni spunti di carattere generale, basati sull'essere conducenti di veicoli, pedoni e, in molti casi, genitori.

Tra questi spunti si possono indicare:

- forme di incentivazione (bonus/malus assicurazione)

per guidatori "virtuosi" (es. giovani tra i 18 e i 30 anni che non causano incidenti)

- miglioramento della viabilità nei punti critici (es. illuminazione, segnaletica, potenziamento di dissuasori, etc)
- potenziamento delle attività di controllo sul traffico (nel nostro paese i dati indicano numeri molto modesti se comparati con altre nazioni europee. Inoltre, grazie ad attività di controllo molto più numerose e a conseguenza molto più incisive nei confronti di che guida in stato di ebbrezza, si è ridotto sensibilmente il numero di vittime da incidente stradale).

Oltre a questi, anche se non si tratta di competenza regionale e quindi è solo possibile auspicare un interessamento della Lombardia nei confronti del livello parlamentare e governativo nazionale:

- limitazioni nell'uso di particolari categorie di mezzi (es. auto o moto potenti) nei casi di "neopatentati"
- obbligo di sequestro del mezzo per un congruo periodo in caso di guida in condizioni non idonee, qui inteso come in condizione di assunzione di sostanze stupefacenti o con limite di alcolemia superiore a quello consentito dalla legge (sanzione forse più efficace, per evitare "incauti affidi" dei mezzi, della multa, dell'arresto o della riduzione dei punti sulla patente)
- impossibilità di conseguire una nuova patente, attraverso il normale percorso di acquisizione (test ed esame guida) per i soggetti a cui la patente sia stata ritirata in via definitiva. In altre parole la sanzione del ritiro definitivo deve intendersi come inibizione alla guida e non già come inibizione a guidare con "quella" patente.

Oltre a questi, anche se non si tratta di competenza regionale e quindi è solo possibile auspicare un interessamento della Lombardia nei confronti del livello parlamentare e governativo nazionale:

- limitazioni nell'uso di particolari categorie di mezzi (es. auto o moto potenti) nei casi di "neopatentati";
- obbligo di sequestro del mezzo per un congruo periodo in caso di guida in condizioni non idonee, qui inteso come in condizione di assunzione di sostanze stupefacenti o con limite di alcolemia superiore a quello consentito dalla legge (sanzione forse più efficace, per

evitare "incauti affidi" dei mezzi, della multa, dell'arresto o della riduzione dei punti sulla patente);

- impossibilità di conseguire una nuova patente, attraverso il normale percorso di acquisizione (test ed esame guida) per i soggetti a cui la patente sia stata ritirata in via definitiva. In altre parole la sanzione del ritiro definitivo deve intendersi come inibizione alla guida e non già come inibizione a guidare con "quella" patente.

In tema di sicurezza stradale ed uso di sostanze, anche sulla base delle esperienze svolte da più parti, il mix raccomandabile può essere sintetizzato in due concetti: "prevenzione prescrittiva" (adozione di misure di prescrizione, es. uso del casco o delle cinture di sicurezza, e di divieto, es. non vendere alcoolici a minori etc.) e incentivazione (rendere vantaggiosi o non eccessivamente onerosi comportamenti "virtuosi"). Ma ancor prima dell'approfondimento di possibili iniziative, o almeno contestualmente a queste, dovrebbe essere sanato il deficit conoscitivo di quale sia effettivamente, anche sul piano epidemiologico, la correlazione tra sinistrosità e uso di sostanze. Quel che si intende dire, in altre parole, è che sovente, per molteplici motivi, sulle persone coinvolte in incidenti stradali (soprattutto conducenti) non vengono svolti approfondimenti diagnostici circa l'eventuale assunzione di droghe o di alcool. E' probabile quindi che, in proposito, ci si trovi di fronte ad un fenomeno sotto-stimato e comunque insufficientemente conosciuto, in particolare per quanto riguarda il consumo di droghe illegali e di psicofarmaci. In tal senso appaiono interessanti studi che rilevino ed organizzino su base regionale i dati già effettivamente disponibili presso la Polizia Stradale, i comandi locali dei Cara-binieri, delle Polizie Municipali etc. Analogamente da organizzare (e, se possibile ampliare) un approfondimento conoscitivo di quanto evidenziato mediante l'attività dei Pronto Soccorso ospedalieri e della rete dell'emergenza sanitaria (118 e affini). In relazione invece ad interventi diretti sul fenomeno, si tratta di avviare o potenziare iniziative che si collochino in vari ambiti, da quello dell'intervento diretto nei confronti di popolazioni target (soprattutto in relazione ai contesti aggregativi e di divertimento), a quello della formazione a quello delle vittime di incidenti stradali.

**Nell'ambito del divertimento:** anche se dichiararlo provoca una certa amarezza, oggi si può affermare che, in molti casi, divertimento ed uso di sostanze ed alcool costituiscono un binomio difficilmente scindibile.

È "normale" uscire la sera e consumare alcool, cannabinoidi e, in molti casi, cocaina (come indicato, in maniera pressoché unanime, da tutti gli studi svolti in proposito) e guidare veicoli. Questa "normalità" crea due conseguenze: da un lato se è una cosa "normale" (che fan tutti) non c'è problema a farla a propria volta (anzi, a non farla, ci si può sentire esclusi), dall'altro, se è una cosa "normale" non può essere pericolosa (e quindi si può fare senza eccessiva preoccupazione... se non quella di essere controllati dalle Forze dell'Ordine) Per questi motivi un'a-

zione preventiva volta ad evitare che le persone consumino sostanze (azione che comunque deve essere proseguita in maniera vigorosa) appare insufficiente e si deve accompagnare con una serie di interventi, rivolti direttamente alle persone che stanno usando sostanze, andando loro incontro nei luoghi dell'aggregazione e del divertimento (discoteche, pub, autogrill etc.). In tale secondo caso, come detto, l'obiettivo non è evitare che le persone usino sostanze bensì rendere un po' meno rischiosi i comportamenti adottati (prevenire o limitare le conseguenze, non il consumo), migliorando informazione e consapevolezza e, nel contempo, offrendo incentivi al cambiamento (dei comportamenti). In tal senso sono raccomandabili:

- interventi volti a "raffreddare" ("chill out") le persone che abbiano esagerato con l'assunzione di sostanze differendo il momento in cui si pongono alla guida di veicoli, all'uscita dai locali (spazi di "decompressione", uso di etilometri, disponibilità di acqua e bevande analcoliche, etc.)
- potenziamento di forme di incentivo al "non consumo" (es. ingressi gratuiti nei locali per il "guidatore designato")
- potenziamento di risorse che limitino l'uso di mezzi privati in favore di mezzi collettivi (es. buono taxi - taxi bus etc.)
- interventi "promozionali" di gestione delle serate (programmazione musicale, vendita di alcool etc.) in accordo con i gestori dei locali
- formazione al primo soccorso del personale dei locali (in particolare quelli della sicurezza)<sup>1</sup> evitando anche che l'intervento, in questi casi, si limiti all'allontanamento (espulsione) di chi sta male
- formazione al primo soccorso degli operatori che intervengono in questi contesti.

Appare evidente che quanto descritto può essere realizzato soltanto attraverso il concorso di differenti soggetti (Dipartimento Dipendenze - Enti locali - Gestori dei locali o degli eventi etc.) ed assume significato solo se si tratta di iniziative svolte in maniera continuativa (es. per "guidatore designato" o uso di mezzi collettivi si tratta di indurre un'abitudine, un pensiero ricorrente e questo non si produce con qualcosa che è possibile utilizzare solo in particolari occasioni).

**Nell'ambito della formazione:** oltre a quella di chi interviene direttamente nel campo del consumo di sostanze, la sensibilizzazione e la formazione sulla correlazione tra sicurezza stradale ed uso di sostanze deve estendersi ad altri soggetti (docenti, istruttori di scuola guida etc.) che svolgono una significativa funzione educativa e formativa nei confronti di chi guida o sta per iniziare a farlo per realizzare:

- inserimento obbligatorio di interventi di sensibilizzazione nei programmi di "scuola guida"
- come sopra per i corsi per il conseguimento del "pa-

<sup>1</sup> Anche se, apparentemente, non ha correlazione con la sicurezza stradale, si immagini una persona che sta male e che si mette alla guida, o che si "ricovera" (o viene lasciato) in auto per malore, o amici che guidano come pazzi per cercare soccorsi etc.

tentino" per i 14enni (in accordo con la programmazione scolastica)

- come sopra, nell'ambito dei corsi obbligatori per il recupero punti o per le patenti di livello superiore
- sensibilizzazione, in tutti i contesti, ai temi dell'obbligo di soccorso e delle conseguenze della sua omissione

**Per i traumatizzati da incidente stradale:** anche se può apparire paradossale, si tratta di intervenire precocemente con strategie preventive (es. sostegno psicologico, counseling etc.) in favore delle vittime di incidente stradale a causa del rischio elevato di uso e abuso di psicofarmaci (stress post-traumatico), analgesici e antidolorifici (dolori persistenti etc.) con possibili evoluzioni nell'abuso di alcool e sostanze in caso di persone fermate per violazione del codice della strada nei casi di interesse (in particolare per consumo di alcool): realizzazione e potenziamento di interventi consulenziali e riabilitativi "brevi" (presso Ser.T. e NOA) al fine di migliorare la consapevolezza circa i propri stili di consumo e rischi connessi e, se necessario, orientare al trattamento. Si sa come la sola sospensione della patente, o di altri sistemi sanzionatori, non si traducono facilmente in cambiamenti del comportamento, cos" come il solo trattamento senza la sanzione, ugualmente non sia efficace.

Occorre mettere a punto trattamenti riabilitativi che accompagnino le sanzioni e che si differenzino a seconda del profilo del guidatore. Gli studi psicologici sulla guida individuano aree specifiche del comportamento come violazioni, aggressività, errori, e il trattamento andrebbe finalizzato a intervenire sulla combinazione caratteristiche di personalità e tipologia di infrazione. Ad es. è riscontrato che il giovane guidatore fermato alla prima violazione può con efficacia usufruire di un trattamento orientato alla consapevolezza dei rischi condotto con stile educativo, mentre invece il guidatore che recidiva più volte, essendo portatore di problematiche più gravi necessiterà di uno schema di trattamento più orientato al cambiamento e di natura psicoterapeutica. Sarebbe necessario, tra tutte le agenzie che si occupano di Riabilitazione nel campo della Sicurezza stradale, individuare outcomes condivisi di efficacia della riabilitazione, ad es. alcuni studi mostrano come per una categoria di guidatori è più probabile ottenere che sospendano il comportamento della guida sotto effetto di alcool che il comportamento di assumere alcool e la misurazione di efficacia dovrebbe confrontarsi con tali indicatori. Nei Sert si lavora già con queste persone e si potrebbe organizzare una ricognizione delle metodologie di lavoro, promuovere linee guida. e formazione specifica per gli operatori.

Oltre a quanto già indicato, **un discorso specifico per l'alcool:** se per altre sostanze, pur approssimativamente, si può parlare di fenomeno "giovanile" (o di giovani adulti), certamente l'alcool costituisce la sostanza maggiormente diffusa ed abusata ma, soprattutto, quella consu-

mata da qualsiasi fascia d'età e da qualsiasi ceto sociale (e, con significativi incrementi, insieme alla nicotina, quella che maggiormente si sta diffondendo tra la popolazione femminile e tra gli adolescenti).

Per tali motivi, oltre a quanto indicato in precedenza, si raccomanda di:

- promuovere, in accordo con i produttori ed i distributori, e sostenere (anche sul piano finanziario) l'apposizione su tutti i contenitori di bevande alcoliche<sup>2</sup> in vendita nella regione Lombardia di scritte tipo "Contiene alcool" e/o "Se bevi non guidare" come scelta di informazione e di prevenzione assunta autonomamente dai produttori e non come imposizione legale. Anche se, per molti aspetti, potrebbe trattarsi di un gesto simbolico è indubbio il suo valore comunicativo e di richiamo nei confronti della popolazione generale; l'assunzione della volontarietà da parte dei produttori costituirebbe inoltre un modo concreto di testimoniare la loro attenzione alla salute dei consumatori.

Un ulteriore elemento di approfondimento è costituito dalla necessità che venga definitivamente chiarita ed interpretata univocamente la questione della **correlazione tra guida (patente) e trattamento sostitutivo** a causa della variabilità di comportamenti<sup>3</sup> adottati dalle singole Prefetture o Commissioni Mediche (che pongono a volte problemi o limitazioni alla guida per i pazienti che abbiano in corso trattamenti sostitutivi). Se da un lato questo richiama alla necessità di porre una attenzione sistematica (da parte dei servizi) alla informazione dei rischi per la vigilanza in caso di trattamento (soprattutto nei casi di consumo associato di altre sostanze e di alcool) dall'altra va espresso con chiarezza che l'assunzione di metadone (nell'ambito di un trattamento ovviamente) di per sé non pregiudica l'idoneità alla guida.

#### Il possibile contributo di Federserd Lombardia

A partire dalla propria esperienza e specificità, il contributo possibile di FeDerSerD Lombardia a questi temi potrebbe essere costituito da:

- definizione e promozione di modelli formativi per agenzie come Scuole guida, Polizie Municipali etc.
- collaborazione all'avvio di un Osservatorio sui comportamenti alla guida dei pazienti dei servizi
- assunzione di un ruolo di capofila per una revisione dei modelli di trattamento riabilitativo (a partire dai profili di guidatore meno sanzionati a quelli più sanzionati che si svolgono in regione) al fine della promozione di linee guida regionali

Milano 8 aprile 2008

Alfio Lucchini  
Presidente Nazionale FeDerSerD

Edoardo Cozzolino  
Presidente FeDerSerD Lombardia

<sup>2</sup> In particolare, ma non solo, sui contenitori dei cosiddetti "alcol-pops", abitualmente consumati da giovani e anche giovanissimi, spesso nella errata convinzione che si tratti di bibite analcoliche.

<sup>3</sup> Luzzago A., Fea M. et al Trattamento sostitutivo con metadone e capacità di guida - Boll. Farmacodip. e Alcolis. XXIV (4) 2001

## COMMENTO ALLA LEGGE REGIONALE "GOVERNO DELLA RETE DEGLI INTERVENTI E DEI SERVIZI ALLA PERSONA IN AMBITO SOCIALE E SOCIOSANITARIO"

Sul Bollettino Ufficiale della Regione Lombardia n. 12, 1° supplemento ordinario del 17 marzo 2008 è stata pubblicata la legge regionale 12 marzo 2008 n. 3: "Governo della rete degli interventi e dei servizi alla persona in ambito sociale e sociosanitario".

Una legge importante, una disposizione quadro, che di fatto conclude il rimodellamento delle disposizioni regionali a seguito delle legge 31 del 1997.

Di seguito riportiamo il testo della legge.

Nel 2007 una delegazione di FeDerSerD regionale, composta dallo scrivente e dai colleghi Edoardo Cozzolino e Vincenzo Marino, chiese una audizione alla Commissione III del Consiglio Regionale per esporre le necessità del settore delle dipendenze e commentare i due testi di legge allora in esame per il raccordo finale.

Come sempre trovammo un vivo interesse da parte dei consiglieri regionali dei gruppi di maggioranza e minoranza alle nostre parole.

Riportiamo il testo consegnato allora alla III Commissione, tenendo conto che avemmo modo di migliorare

l'articolato nel corso del dibattito.

Infine è con vivo piacere che riportiamo il testo di un importante ODG approvato alla unanimità dal Consiglio Regionale su proposta di un gruppo di Consiglieri, prima firmataria la dott.ssa Margherita Peroni, che ci ha onorato della sua presenza al recente convegno di gennaio. FeDerSerD è pronta a contribuire a rendere esecutivo l'ODG che recita:

" Il Consiglio regionale impegna la Giunta a rafforzare i Dipartimenti delle dipendenze, quale sede dell'integrazione tra gli interventi offerti dal settore pubblico e privato, ed a riorganizzare i servizi pubblici delle dipendenze, informando la Commissione consiliare competente sull'attività svolta dai servizi multidisciplinari integrati".  
Notiamo con piacere che l'assessorato Famiglia e Solidarietà sociale ha inserito le tematiche poste dall'ODG tra le priorità dell'anno 2008.

a cura di **Alfio Lucchini**  
*PRESIDENTE NAZIONALE FEDERSERD*



**Legge Regionale 12 marzo 2008, N. n. 3**  
**Governo della rete degli interventi e dei servizi alla persona in ambito sociale e**  
**sociosanitario**

*(BURL n. 12, 1° suppl. ord. del 17 Marzo 2008 )*

**CAPO I**  
**DISPOSIZIONI GENERALI**

**Art. 1**  
**(Finalità)**

1. La presente legge, al fine di promuovere condizioni di benessere e inclusione sociale della persona, della famiglia e della comunità e di prevenire, rimuovere o ridurre situazioni di disagio dovute a condizioni economiche, psico-fisiche o sociali, disciplina la rete delle unità di offerta sociali e sociosanitarie, nel rispetto dei principi e dei valori della Costituzione, della Carta dei diritti fondamentali dell'Unione europea, dello Statuto regionale, nonché nel rispetto dei livelli essenziali delle prestazioni concernenti i diritti civili e sociali, in armonia con i principi enunciati dalla legge 8 novembre 2000, n. 328 (Legge quadro per la realizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali) e con le leggi regionali di settore.
2. L'insieme integrato dei servizi, delle prestazioni, anche di sostegno economico, e delle strutture territoriali, domiciliari, diurne, semiresidenziali e residenziali costituisce la rete delle unità di offerta sociali e sociosanitarie, funzionali al perseguimento delle finalità di cui al comma 1.
3. La rete delle unità d'offerta garantisce il diritto alla esigibilità delle prestazioni sociali e sociosanitarie comprese nei livelli essenziali di assistenza, nelle forme e secondo le modalità previste dalla legislazione vigente.

**Art. 2**  
**(Principi ed obiettivi)**

1. Il governo della rete delle unità d'offerta sociali e sociosanitarie si informa ai seguenti principi:
  - a) rispetto della dignità della persona e tutela del diritto alla riservatezza;
  - b) universalità del diritto di accesso e uguaglianza di trattamento nel rispetto della specificità delle esigenze;
  - c) libertà di scelta, nel rispetto dell'appropriatezza delle prestazioni;
  - d) personalizzazione delle prestazioni, ai fini di una effettiva e globale presa in carico della persona;
  - e) promozione dell'autonomia della persona e sostegno delle esperienze tese a favorire la vita indipendente;
  - f) sussidiarietà verticale e orizzontale;
  - g) riconoscimento, valorizzazione e sostegno del ruolo della famiglia, quale nucleo fondamentale per la crescita, lo sviluppo e la cura della persona;
  - h) promozione degli interventi a favore dei soggetti in difficoltà, anche al fine di favorire la permanenza e il reinserimento nel proprio ambiente familiare e sociale;
  - i) solidarietà sociale, ai sensi degli articoli 2, 3 e 38 della Costituzione;
  - j) effettività ed efficacia delle prestazioni erogate.
2. La Regione, nel rispetto dei principi di cui al comma 1, persegue i seguenti obiettivi:
  - a) omogeneità ed adeguatezza della rete delle unità di offerta ai bisogni sociali e sociosanitari;
  - b) flessibilità delle prestazioni, anche attraverso la predisposizione di piani individualizzati di intervento;
  - c) integrazione delle politiche sociali e sociosanitarie con le politiche sanitarie e di settore, in particolare dell'istruzione, della formazione, del lavoro e della casa;

d) efficienza della rete delle unità di offerta ed ottimale utilizzo delle risorse finanziarie disponibili.

## CAPO II

### SOGGETTI E UNITA' D'OFFERTA

#### Art. 3

##### (Soggetti)

1. Nel quadro dei principi della presente legge e in particolare secondo il principio di sussidiarietà, concorrono alla programmazione, progettazione e realizzazione della rete delle unità di offerta sociali e sociosanitarie, secondo gli indirizzi definiti dalla Regione:

- a) i comuni, singoli ed associati, le province, le comunità montane e gli altri enti territoriali, le aziende sanitarie locali (ASL), le aziende di servizi alla persona (ASP) e gli altri soggetti di diritto pubblico;
- b) le persone fisiche, le famiglie e i gruppi informali di reciproco aiuto e solidarietà;
- c) i soggetti del terzo settore, le organizzazioni sindacali maggiormente rappresentative e gli altri soggetti di diritto privato che operano in ambito sociale e sociosanitario;
- d) gli enti riconosciuti delle confessioni religiose, con le quali lo Stato ha stipulato patti, accordi o intese, che operano in ambito sociale e sociosanitario.

2. E' garantita la libertà per i soggetti di cui al comma 1, lettere b), c) e d) di svolgere attività sociali ed assistenziali, nel rispetto dei principi stabiliti dalla presente legge e secondo la normativa vigente, indipendentemente dal loro inserimento nella rete delle unità di offerta sociali.

#### Art. 4

##### (Unità di offerta sociali)

1. Le unità di offerta sociali hanno il compito di:

- a) aiutare la famiglia, anche mediante l'attivazione di legami di solidarietà tra famiglie e gruppi sociali e con azioni di sostegno economico;
- b) tutelare la maternità e la vita umana fin dal concepimento e garantire interventi di sostegno alla maternità e paternità ed al benessere del bambino, rimuovendo le cause di ordine sociale, psicologico ed economico che possono ostacolare una procreazione consapevole e determinare l'interruzione della gravidanza;
- c) promuovere azioni rivolte al sostegno delle responsabilità genitoriali, alla conciliazione tra maternità e lavoro ed azioni a favore delle donne in difficoltà;
- d) tutelare i minori, favorendone l'armoniosa crescita, la permanenza in famiglia e, ove non possibile, sostenere l'affido e l'adozione, nonché prevenire fenomeni di emarginazione e devianza;
- e) promuovere il benessere psicofisico della persona, il mantenimento o il ripristino delle relazioni familiari, l'inserimento o il reinserimento sociale e lavorativo delle persone in difficoltà e contrastare forme di discriminazione di ogni natura;
- f) promuovere l'educazione motoria anche finalizzata all'inserimento e reinserimento sociale della persona;
- g) assistere le persone in condizioni di disagio psicosociale o di bisogno economico, con particolare riferimento alle persone disabili e anziane, soprattutto sole, favorendone la permanenza nel proprio ambiente di vita;
- h) favorire l'integrazione degli stranieri, promuovendo un approccio interculturale;
- i) sostenere le iniziative di supporto, promozione della socialità e coesione sociale, nonché di prevenzione del fenomeno dell'esclusione sociale.

2. La Giunta regionale individua le unità di offerta sociali, previa consultazione dei soggetti di cui all'articolo 3, comma 1, e sentito il parere della competente commissione consiliare.

**Art. 5****(Unità di offerta sociosanitarie)**

1. Le unità di offerta sociosanitarie erogano prestazioni sanitarie a rilevanza sociale e prestazioni sociali a rilevanza sanitaria e hanno il compito di:
  - a) sostenere la persona e la famiglia, con particolare riferimento alle problematiche relazionali e genitoriali, all'educazione e allo sviluppo di una responsabile sessualità, alla procreazione consapevole, alla prevenzione dell'interruzione della gravidanza;
  - b) favorire la permanenza delle persone in stato di bisogno o di grave fragilità nel loro ambiente di vita;
  - c) accogliere ed assistere persone che non possono essere assistite a domicilio;
  - d) prevenire l'uso di sostanze illecite, l'abuso di sostanze lecite, nonché forme comportamentali di dipendenza e favorire il reinserimento sociale delle persone con problemi di dipendenza;
  - e) assistere le persone in condizioni di disagio psichico, soprattutto se isolate dal contesto familiare;
  - f) assistere i malati terminali, anche al fine di attenuare il livello di sofferenza psicofisica.
2. La Giunta regionale individua le unità di offerta sociosanitarie, previa consultazione dei soggetti di cui all'articolo 3, comma 1, e sentito il parere della competente commissione consiliare.

**CAPO III****GLI UTENTI****Art. 6****(Accesso alla rete)**

1. Accedono alla rete delle unità d'offerta sociali e sociosanitarie:
  - a) i cittadini italiani residenti nei comuni della Lombardia e gli altri cittadini italiani e di Stati appartenenti all'Unione europea (UE) temporaneamente presenti;
  - b) i cittadini di Stati diversi da quelli appartenenti alla UE, in regola con le disposizioni che disciplinano il soggiorno e residenti in Lombardia, i profughi, i rifugiati, i richiedenti asilo, gli stranieri con permesso umanitario ai sensi del decreto legislativo 25 luglio 1998, n. 286 (Testo unico delle disposizioni concernenti la disciplina dell'immigrazione e norme sulla condizione dello straniero), gli apolidi, i rimpatriati e comunque coloro che beneficiano di una forma di protezione personale, riconosciuta a livello internazionale;
  - c) le persone diverse da quelle indicate nelle lettere a) e b), comunque presenti sul territorio della Lombardia, allorché si trovino in situazioni tali da esigere interventi non differibili e non sia possibile indirizzarli ai corrispondenti servizi della regione o dello Stato di appartenenza. Sono sempre garantite la tutela della maternità consapevole e della gravidanza e la tutela delle condizioni di salute e sociali del minore.
2. In base agli indirizzi dettati dalla Regione e ai parametri successivamente definiti dai comuni, accedono prioritariamente alla rete delle unità d'offerta sociali le persone in condizioni di povertà o con reddito insufficiente, nonché le persone totalmente o parzialmente incapaci di provvedere a se stesse o esposte a rischio di emarginazione, nonché quelle sottoposte a provvedimenti dell'autorità giudiziaria che rendono necessari interventi assistenziali.
3. Accedono prioritariamente alla rete delle unità di offerta sociosanitarie, in considerazione delle risorse disponibili e relativamente alle prestazioni non incluse nell'allegato 1 C del Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri 29 novembre 2001 (Definizione dei livelli essenziali di assistenza), le persone e le famiglie che si trovano in uno stato di bisogno determinato da:
  - a) non autosufficienza dovuta all'età o a malattia;
  - b) inabilità o disabilità;
  - c) patologia psichiatrica stabilizzata;

- d) patologie terminali e croniche invalidanti;
  - e) infezione da HIV e patologie correlate;
  - f) dipendenza;
  - g) condizioni di salute o sociali, nell'ambito della tutela della gravidanza, della maternità, dell'infanzia, della minore età;
  - h) condizioni personali e familiari che necessitano di prestazioni psico-terapeutiche e psico-diagnostiche.
4. I comuni, in forma singola o associata, d'intesa con le ASL, anche in collaborazione con gli altri soggetti di cui all'articolo 3, comma 1, organizzano una attività di segretariato sociale finalizzata alla presa in carico della persona, con lo scopo di:
- a) garantire e facilitare l'unitarietà di accesso alla rete delle unità di offerta sociali e sociosanitarie;
  - b) orientare il cittadino all'interno della rete delle unità di offerta sociali e sociosanitarie e fornire adeguate informazioni sulle modalità di accesso e sui relativi costi;
  - c) assicurare competenza nell'ascolto e nella valutazione dei bisogni, in particolar modo per le situazioni complesse e che necessitano di un pronto intervento sociale e di una continuità assistenziale;
  - d) segnalare le situazioni complesse ai competenti uffici del comune e dell'ASL ed alle unità di offerta, affinché sia assicurata la presa in carico della persona secondo criteri di integrazione e di continuità assistenziale.

#### **Art. 7**

##### ***(Diritti della persona e della famiglia)***

1. Le persone che accedono alla rete delle unità di offerta sociali e sociosanitarie hanno diritto a:
- a) scegliere liberamente le unità d'offerta, compatibilmente con il requisito dell'appropriatezza delle prestazioni;
  - b) fruire delle prestazioni erogate alle condizioni e in conformità ai requisiti e agli standard stabiliti dalle norme vigenti e dalla programmazione regionale e comunale;
  - c) essere informate sulle prestazioni di cui è possibile usufruire, sulle condizioni e sui requisiti per accedere alle prestazioni stesse, nonché sulle relative modalità di erogazione, ed esprimere il consenso sulle proposte d'intervento che le riguardano;
  - d) accedere alle prestazioni, nel rispetto della riservatezza e della dignità personale e della disciplina in materia di consenso informato;
  - e) rimanere, ove possibile, nel proprio ambiente familiare e sociale o comunque mantenere nella misura massima possibile le relazioni familiari e sociali;
  - f) essere prese in carico in maniera personalizzata e continuativa ed essere coinvolte nella formulazione dei relativi progetti;
  - g) ricevere una valutazione globale, di norma scritta, del proprio stato di bisogno.
2. I gestori delle unità d'offerta sociali e sociosanitarie residenziali e semiresidenziali assicurano:
- a) la presenza dei familiari o delle persone di fiducia da loro delegate e la costante informazione sulla condizione degli utenti medesimi e sulle cure ad essi prestate;
  - b) l'accesso alle strutture dei ministri di culto, dei volontari e delle altre persone la cui presenza sia richiesta dagli utenti.

#### **Art. 8**

##### ***(Partecipazione al costo delle prestazioni)***

1. Le persone che accedono alla rete partecipano, in rapporto alle proprie condizioni economiche, così come definite dalle normative in materia di Indicatore della situazione economica equivalente (ISEE) e nel rispetto della disciplina in materia di definizione dei livelli essenziali di assistenza, alla copertura del costo delle prestazioni mediante il pagamento di rette determinate secondo modalità stabilite dalla Giunta regionale, previa consultazione dei soggetti di cui all'articolo 3 e sentita la competente commissione consiliare. Partecipano altresì i soggetti civilmente obbligati


secondo le modalità stabilite dalle normative vigenti.

2. I gestori delle unità d'offerta accreditate garantiscono massima trasparenza circa le rette applicate e forniscono informazioni sull'accesso a contributi pubblici o a forme di integrazione economica.
3. Il gestore della unità d'offerta informa il comune di residenza dell'assistito della richiesta di ricovero o, nei casi in cui il ricovero sia disposto d'urgenza, dell'accettazione.
4. Gli oneri per le prestazioni sociali e le quote a carico dei comuni, relative a prestazioni sociosanitarie, sono a carico del comune in cui la persona assistita è residente o, nei casi di cui alle lettere b) e c) dell'articolo 6, dimorante.
5. Qualora la persona assistita sia ospitata in unità d'offerta residenziali situate in un comune diverso, i relativi oneri gravano comunque sul comune di residenza o di dimora in cui ha avuto inizio la prestazione, essendo a tal fine irrilevante il cambiamento della residenza o della dimora determinato dal ricovero.
6. Per i minori la residenza o la dimora di riferimento è quella dei genitori titolari della relativa potestà o del tutore, anche quando sia nominato dopo l'inizio della prestazione.
7. Se la tutela è deferita ad un amministratore della unità d'offerta residenziale presso la quale il minore è ricoverato, gli oneri sono a carico del comune di residenza di coloro che esercitano la potestà o del tutore nel momento immediatamente precedente il deferimento della tutela all'amministratore della unità d'offerta.
8. In caso di affidamento familiare di un minore, le prestazioni assistenziali, diverse dai contributi alla famiglia affidataria, sono a carico del comune che ha avviato l'affido.

#### **Art. 9**

##### ***(Carta dei servizi e ufficio di pubblica tutela. Modifica alla legge regionale 11 luglio 1997, n. 31 'Norme per il riordino del Servizio sanitario regionale e sua integrazione con le attività dei servizi sociali')***

1. Le unità d'offerta sociali accreditate si dotano della carta dei servizi sociali, finalizzata ad assicurare la trasparenza dell'attività amministrativa e ad informare i soggetti che fruiscono della rete sulle condizioni che danno diritto all'accesso e sulle modalità di erogazione delle prestazioni, nonché sulle condizioni per facilitarne le valutazioni da parte degli utenti e sulle procedure per la loro tutela nei casi di inadempienza.
2. Le persone che accedono alla rete, ferma restando la tutela giurisdizionale, in caso di atti o comportamenti che negano o limitano la fruibilità delle prestazioni, possono richiedere l'intervento del difensore civico del comune in cui ha sede legale l'unità d'offerta, il quale si pronuncia entro quindici giorni dalla presentazione della segnalazione. Nel caso in cui non sia istituito il difensore civico comunale, è competente il difensore civico regionale, il quale si pronuncia entro lo stesso termine.
3. L'articolo 11 della legge regionale 11 luglio 1997, n. 31 (Norme per il riordino del Servizio sanitario regionale e sua integrazione con le attività dei servizi sociali)<sup>(1)</sup> è sostituito dal seguente:
 

*'Art. 11 (I diritti di partecipazione dei cittadini)* 

  1. Le unità d'offerta si dotano di strutture e strumenti finalizzati alla costante verifica della qualità delle prestazioni, al potenziamento di ogni utile iniziativa rivolta alla umanizzazione dell'assistenza sanitaria e sociosanitaria, al mantenimento di corrette relazioni con il pubblico e con le rappresentanze dei soggetti del terzo settore.
  2. Nella carta dei servizi sono definite le modalità per il concreto esercizio dei diritti dei cittadini, nonché l'indicazione dei criteri per l'accesso alle prestazioni, le modalità di erogazione delle stesse e le modalità di valutazione da parte degli utenti o delle associazioni che li rappresentano.
  3. Le aziende sanitarie sono tenute ad istituire un ufficio di pubblica tutela (UPT) retto da persona qualificata, non dipendente dal servizio sanitario, e un ufficio di relazioni con il pubblico affidato a personale dipendente. Le ASL, le

aziende ospedaliere ed i soggetti accreditati sono tenuti al pieno rispetto delle disposizioni della legge regionale 16 settembre 1988, n. 48 (Norme per la salvaguardia dei diritti dell'utente del servizio sanitario nazionale e istituzione dell'ufficio di pubblica tutela degli utenti dei servizi sanitari e socio-assistenziali) e della legge 7 agosto 1990, n. 241 (Nuove norme in materia di procedimento amministrativo e di diritto di accesso ai documenti amministrativi). La funzione del responsabile dell'UPT ha, sotto ogni profilo, natura di servizio onorario. Il direttore generale delle aziende pubbliche provvede alla regolamentazione dell'attività dell'ufficio per le relazioni con il pubblico e garantisce le condizioni per l'esercizio indipendente dell'UPT.

4. L'UPT verifica, anche d'ufficio, che l'accesso alle prestazioni rese dalle unità d'offerta avvenga nel rispetto dei diritti degli utenti e alle condizioni previste nella carta dei servizi.

5. E' costituita, nell'ambito delle direzioni generali sanità e famiglia e solidarietà sociale della Regione, una struttura organizzativa di pubblica tutela aperta al pubblico con il compito di verificare che le aziende assicurino il libero accesso alle prestazioni da parte dei cittadini.

6. L'ASL, nell'ambito della propria organizzazione, in accordo con la Conferenza dei sindaci, individua una struttura finalizzata a promuovere o favorire i procedimenti per il riconoscimento degli strumenti di tutela delle persone incapaci, nonché dell'amministrazione di sostegno.

7. La Giunta regionale approva le linee guida relative alla organizzazione ed al funzionamento degli UPT, prevedendo forme di coordinamento tra questi e gli uffici dei difensori civici degli enti locali e della Regione.'.

#### **Art. 10**

##### **(Titoli sociali e sociosanitari)**

1. I titoli sociali e sociosanitari, nell'ambito della programmazione regionale e zonale e ad integrazione dei servizi resi dalla rete, sono volti a sostenere la permanenza a domicilio delle persone in condizioni di disagio e a riconoscere l'impegno diretto delle reti familiari o di solidarietà nell'assistenza continuativa, nonché ad agevolare l'esercizio della libertà di scelta dei cittadini nell'acquisizione di prestazioni sociali e sociosanitarie.

2. I titoli sociali e sociosanitari sono rispettivamente rilasciati dai comuni singoli o associati e dalle ASL competenti per territorio.

3. La Giunta regionale, previa consultazione dei soggetti di cui all'articolo 3, comma 1, lettera a) ed informativa alla competente commissione consiliare, definisce i criteri, le modalità per la concessione dei titoli sociali e le modalità di gestione ed erogazione dei titoli sociosanitari.

#### **CAPO IV**

##### **ASSETTO ISTITUZIONALE ED ORGANIZZATIVO**

#### **Art. 11**

##### **(Competenze della Regione)**

1. La Regione esercita le funzioni di indirizzo, programmazione, coordinamento, controllo e verifica delle unità d'offerta sociali e sociosanitarie, avvalendosi della collaborazione degli enti locali, delle aziende sanitarie e dei soggetti del terzo settore ed in particolare:

- a) programma, con il piano sociosanitario, la rete delle unità di offerta sociosanitarie e svolge funzioni di indirizzo per la programmazione della rete delle unità di offerta sociali;
- b) persegue l'integrazione delle unità d'offerta sociali, sociosanitarie e sanitarie;

- c) promuove l'integrazione delle politiche sociali con le politiche della sanità, del lavoro, della casa, della formazione professionale, dell'istruzione, dell'educazione, della sicurezza e della pianificazione territoriale, avvalendosi della collaborazione delle province e dei comuni;
- d) promuove la programmazione partecipata a livello comunale dei soggetti di cui all'articolo 3 comma 1, lettere b), c) e d), la costituzione di forme di gestione associata e la promozione di azioni a sostegno e qualificazione dei soggetti operanti nel terzo settore;
- e) definisce i requisiti minimi di qualità, ulteriori rispetto a quelli definiti dalla normativa statale, per le unità di offerta sociosanitarie;
- f) accredita le unità d'offerta sociosanitarie e definisce le modalità di finanziamento delle prestazioni rese con oneri a carico del fondo sanitario;
- g) definisce, previo parere della competente commissione consiliare, i requisiti minimi per l'esercizio delle unità d'offerta sociali, nonché i criteri per il loro accreditamento, fatto salvo quanto previsto dall'articolo 3, comma 2;
- h) determina, per le unità d'offerta sociosanitarie, gli schemi tipo dei contratti per l'acquisizione di prestazioni accreditate;
- i) individua indicatori per valutare l'efficacia e la qualità delle prestazioni erogate;
- j) emana linee guida in materia di accesso alle unità d'offerta residenziali e semiresidenziali pubbliche;
- k) determina i criteri per la definizione delle rette e delle tariffe dei servizi sociali e sociosanitari, nonché le agevolazioni a beneficio dei soggetti aventi diritto;
- l) disciplina il riparto e l'impiego delle risorse finanziarie confluite nei fondi di cui agli articoli 23, 24 e 25;
- m) definisce le modalità di consultazione in ambito regionale dei soggetti di cui all'articolo 3, comma 1 entro centottanta giorni dall'entrata in vigore della presente legge, acquisito il parere della competente commissione consiliare;
- n) definisce la tipologia dei titoli sociosanitari e le modalità di concessione degli stessi;
- o) stabilisce le linee d'indirizzo relative all'attività di formazione e aggiornamento del personale che opera nelle unità d'offerta sociali e sociosanitarie e definisce, in accordo con gli enti competenti e sentiti gli ordini professionali, i percorsi formativi e di qualificazione ed aggiornamento;
- p) cura la tenuta dei registri delle unità d'offerta sociosanitarie accreditate e del registro regionale delle associazioni di cui ai capi III e VI della legge regionale 14 febbraio 2008 n. 1 (Testo unico delle leggi regionali in materia di volontariato, cooperazione sociale, associazionismo e società di mutuo soccorso), nonché la tenuta della sezione regionale del registro generale delle organizzazioni di volontariato di cui al capo II della l.r. 1/2008;
- q) verifica il permanere dei requisiti per l'iscrizione ai registri di cui alla lettera p), avvalendosi del supporto delle ASL;
- r) promuove e attua il servizio civile nazionale e regionale, di cui alla legge 6 marzo 2001, n. 64 (Istituzione del servizio civile nazionale) e alla legge regionale 3 gennaio 2006, n. 2 (Servizio civile in Lombardia), cura la tenuta dei relativi albi e verifica il permanere dei requisiti di iscrizione, avvalendosi del supporto delle ASL;
- s) promuove la costituzione di osservatori, in collaborazione con le province, i comuni, le ASL e i soggetti del terzo settore;
- t) organizza e coordina il sistema informativo regionale sulla rete delle unità d'offerta sociali e sociosanitarie;
- u) promuove l'utilizzo di strumenti di controllo di gestione;
- v) provvede, nei limiti delle risorse disponibili, alle coperture assicurative contro i rischi derivanti dalla gestione delle unità d'offerta sociali e sociosanitarie, secondo criteri stabiliti dalla Giunta regionale e promuove e coordina l'attivazione di un sistema integrato di gestione del rischio;
- w) promuove e sostiene la sperimentazione di unità d'offerta innovative;
- x) promuove lo svolgimento di studi, ricerche finalizzate e indagini conoscitive sugli interventi e sui servizi sociali e sociosanitari;
- y) determina le modalità per la concessione dei nuovi trattamenti economici agli invalidi civili;
- z) promuove forme di tutela e di sostegno a favore di soggetti non autosufficienti, privi di famiglia o la cui famiglia sia impossibilitata o inidonea a provvedere;
- aa) definisce le linee di indirizzo in materia di vigilanza e controllo;
- bb) disciplina il dipartimento per le attività sociosanitarie integrate (ASSI) delle ASL ed emana direttive per la stipula di convenzioni che regolino i rapporti tra ASL, comuni e province, nonché i rapporti tra ASL e aziende

ospedaliera, per l'erogazione delle prestazioni specialistiche al sistema dei servizi;

cc) definisce i criteri dell'erogazione, a carico del fondo sanitario regionale, dei contributi economici alle famiglie, di cui all'articolo 8, comma 15, della l.r. 31/1997.

2. La Regione individua nella gestione associata la forma idonea a garantire l'efficacia e l'efficienza delle unità di offerta sociali di competenza dei comuni.

#### Art. 12

##### *(Competenze delle province)*

1. Le province concorrono alla programmazione e alla realizzazione della rete delle unità d'offerta sociali e sociosanitarie, con specifico riferimento al sistema dell'istruzione, della formazione professionale e delle politiche del lavoro ed in particolare:

- a) rilevano ed analizzano il fabbisogno formativo del personale che opera nelle unità d'offerta sociali e sociosanitarie;
- b) programmano interventi formativi di qualificazione e di aggiornamento professionale, nel rispetto della normativa nazionale e delle linee di indirizzo regionali, di cui all'articolo 11, comma 1, lettera o) ed in coerenza con le indicazioni elaborate sulla base della lettera a);
- c) curano la tenuta delle sezioni provinciali del registro generale regionale delle organizzazioni di volontariato di cui al capo II della l.r. 1/2008 e del registro provinciale delle associazioni di cui al capo III della l.r. 1/2008;
- d) verificano il permanere dei requisiti per l'iscrizione nei registri di cui alla lettera c), anche avvalendosi del supporto delle ASL, limitatamente agli enti che operano in ambito sociale e sociosanitario;
- e) realizzano interventi a sostegno delle persone con disabilità sensoriali finalizzati all'integrazione scolastica e sostengono programmi di formazione professionale e di inserimento al lavoro delle fasce a rischio di esclusione sociale;
- f) istituiscono osservatori territoriali finalizzati alla conoscenza dei fenomeni sociali e promuovono studi ed analisi dei bisogni assistenziali e dei diversi processi di inclusione sociale;
- g) sostengono, nel quadro della programmazione regionale, la realizzazione, compatibilmente con le proprie risorse, di investimenti e interventi innovativi per le unità di offerta sociali e sociosanitarie, di intesa con i comuni interessati;
- h) svolgono attività propositiva e consultiva nei confronti della Regione ed attività di supporto nei confronti dei comuni, anche in relazione alla programmazione locale della rete delle unità di offerta sociosanitarie e sociali.

#### Art. 13

##### *(Competenze dei comuni)*

1. I comuni singoli o associati e le comunità montane, ove delegate, in base ai principi di sussidiarietà, differenziazione ed adeguatezza, sono titolari delle funzioni amministrative concernenti gli interventi sociali svolti a livello locale e concorrono alla realizzazione degli obiettivi della presente legge nelle forme giuridiche e negli assetti più funzionali alla gestione, alla spesa ed al rapporto con i cittadini ed in particolare:

- a) programmano, progettano e realizzano la rete locale delle unità d'offerta sociali, nel rispetto degli indirizzi e conformemente agli obiettivi stabiliti dalla Regione, anche promuovendo la partecipazione dei soggetti di cui all'articolo 3;
- b) riconoscono e promuovono la sperimentazione di unità d'offerta e di nuovi modelli gestionali nell'ambito della rete sociale, nel rispetto della programmazione regionale;
- c) erogano, nei limiti delle risorse disponibili, servizi e prestazioni di natura economica e assumono gli oneri connessi all'eventuale integrazione economica delle rette;
- d) definiscono i requisiti di accreditamento delle unità di offerta sociali in base ai criteri stabiliti dalla Regione, accreditano le unità d'offerta e stipulano i relativi contratti;



- e) definiscono eventuali livelli di assistenza ulteriori rispetto a quelli definiti dalla Regione;
  - f) determinano i parametri per l'accesso prioritario alle prestazioni, di cui all'articolo 6, comma 2, sulla base degli indirizzi stabiliti nell'ambito della programmazione regionale, anche assicurando interventi di emergenza e di pronto intervento assistenziale, di norma mediante forme di ospitalità temporanea od erogazione di sussidi economici;
  - g) gestiscono il sistema informativo della rete delle unità d'offerta sociali.
- 2.** I comuni determinano i parametri di cui al comma 1, lettera f), entro sei mesi dalla pubblicazione sul Bollettino ufficiale della Regione della deliberazione della Giunta regionale che fissa i relativi indirizzi. Decorso inutilmente tale termine, la Giunta regionale, previa diffida ad adempiere entro trenta giorni, provvede, sentiti i comuni interessati, alla nomina di un commissario ad acta.
- 3.** Il Consiglio di rappresentanza dei sindaci e l'Assemblea distrettuale dei sindaci, per l'esercizio delle funzioni loro attribuite in materia di integrazione sociosanitaria dalla presente legge e dalla l.r. 31/1997, si avvalgono, senza oneri aggiuntivi, di un apposito ufficio, dotato di adeguate competenze tecniche ed amministrative, individuato all'interno della dotazione organica dell'ASL.

#### **Art. 14**

##### **(Competenze delle ASL)**

- 1.** Le ASL:
- a) programmano, a livello locale, la realizzazione della rete delle unità d'offerta sociosanitarie, nel rispetto della programmazione regionale ed in armonia con le linee di indirizzo formulate dai comuni, attraverso la Conferenza dei sindaci del territorio di competenza di ciascuna ASL;
  - b) esercitano la vigilanza e il controllo sulle unità d'offerta pubbliche e private, sociali e sociosanitarie;
  - c) forniscono il supporto tecnico alle province, nell'esercizio delle funzioni di cui all'articolo 12, comma 1, lettera d), e alla commissione di controllo di cui all'articolo 15 della legge regionale 13 febbraio 2003, n. 1 (Riordino della disciplina delle Istituzioni Pubbliche di Assistenza e Beneficenza operanti in Lombardia);
  - d) erogano le risorse dei fondi regionali;
  - e) acquistano le prestazioni sociosanitarie rese dalle unità d'offerta accreditate;
  - f) gestiscono i flussi informativi, a supporto dell'attività di programmazione comunale e regionale;
  - g) collaborano con i comuni nella programmazione della rete locale delle unità di offerta sociali;
  - h) collaborano con la Regione nel coordinamento, integrazione e monitoraggio della rete delle unità di offerta sociosanitarie;
  - i) dispongono la concessione di trattamenti economici a favore degli invalidi civili, fatta salva la competenza del comune di Milano; alle ASL o al comune di Milano spetta, in rapporto alle rispettive competenze, la conseguente legittimazione passiva nelle controversie riguardanti la concessione di benefici aggiuntivi eventualmente determinati ed erogati dalla Regione con proprie risorse;
  - j) autorizzano l'assegnazione ad altra destinazione dei beni immobili trasferiti ai comuni a seguito dello scioglimento degli enti comunali di assistenza, ovvero dei beni delle ex IIPPAB, trasferiti ai sensi dell'articolo 6, comma 5, della l.r. 1/2003 o devoluti ai comuni in periodo antecedente, nonché gli atti di trasferimento a terzi di diritti reali sui medesimi beni. Il provvedimento è adottato entro novanta giorni dal ricevimento della richiesta, previa acquisizione del parere obbligatorio dell'Assemblea dei sindaci dei comuni compresi nel distretto della stessa ASL.

#### **Art. 15**

##### **(Modalità di esercizio delle unità d'offerta)**

- 1.** L'esercizio delle strutture relative alle unità d'offerta della rete sociale di cui all'articolo 4, comma 2, è soggetto alla presentazione di una comunicazione preventiva al comune e alla ASL competente per territorio, che certifichi, da parte del gestore, il possesso dei requisiti previsti dalle disposizioni regionali.

2. L'esercizio delle unità d'offerta sociosanitarie è soggetto alla presentazione di una denuncia di inizio attività alla ASL competente per territorio, fermo restando il possesso dei requisiti minimi stabiliti dalle disposizioni vigenti. In caso di apertura, modifica sostanziale, trasferimento in altra sede di unità d'offerta residenziali e semiresidenziali, comprese quelle diurne, l'attività può essere intrapresa solo dopo che sia decorso il termine di trenta giorni dalla presentazione della denuncia di inizio attività.

3. In caso di accertata carenza dei requisiti minimi previsti dalla vigente normativa, l'ASL o il comune per quanto di competenza, previa diffida ed impartendo le eventuali prescrizioni, dispone la chiusura della struttura e la revoca dell'eventuale atto di accreditamento. In caso di accertato pericolo per la salute o per l'incolumità delle persone, l'autorità competente dispone l'immediata chiusura della struttura e prescrive le misure da adottare per la ripresa dell'attività.

#### **Art. 16**

##### **(Accreditamento)**

1. L'accREDITAMENTO delle unità d'offerta sociali è condizione per sottoscrivere i conseguenti contratti con i comuni, nel rispetto della programmazione locale e con riguardo ai criteri di sostenibilità finanziaria definiti nel piano di zona.

2. La Giunta regionale disciplina le modalità per la richiesta, la concessione e l'eventuale revoca dell'accREDITAMENTO delle unità d'offerta sociosanitarie, nonché per la verifica circa la permanenza dei requisiti richiesti per l'accREDITAMENTO medesimo.

3. L'accREDITAMENTO costituisce condizione indispensabile per l'assunzione a carico del fondo sanitario regionale degli oneri relativi alle prestazioni di rilievo sanitario, erogate nel rispetto dei limiti di spesa riconosciuti alle singole unità d'offerta dai relativi atti di accREDITAMENTO e dai conseguenti rapporti posti in essere dalle ASL.

4. Il possesso di specifici requisiti strutturali, tecnici, organizzativi, funzionali e di standard di qualità, ulteriori rispetto a quelli previsti per l'esercizio dell'unità d'offerta, è condizione per accedere all'accREDITAMENTO.

5. Il contratto definisce i rapporti e le reciproche obbligazioni tra l'ASL, ovvero tra il comune e l'unità d'offerta sociosanitaria o sociale accREDITATA.

6. I gestori delle unità d'offerta accREDITATE o convenzionate sono responsabili del raggiungimento degli obiettivi assegnati e sono tenuti ad adottare sistemi di contabilità analitica, al fine di dimostrare il corretto rapporto tra risorse impiegate e prestazioni erogate e promuovere sistemi di controllo di gestione ed altri metodi di valutazione dei risultati.

#### **CAPO V**

##### **LIVELLI ESSENZIALI DI ASSISTENZA E PROGRAMMAZIONE**

#### **Art. 17**

##### **(Livelli regionali di assistenza e interventi per la non autosufficienza)**

1. La Regione, con il piano sociosanitario, nel rispetto dei principi di cui alla presente legge, definisce i livelli delle prestazioni sociosanitarie, mediante l'individuazione di prestazioni o di servizi ulteriori rispetto a quelli essenziali, definiti a livello statale o comportanti forme di riduzione o esenzione della partecipazione alla spesa da parte dell'utente.

2. La Regione, con il piano sociosanitario e nel rispetto dei principi di cui alla presente legge e secondo quanto disposto dalla l. 328/2000, definisce i livelli uniformi delle prestazioni sociali.

3. Il piano sociosanitario regionale definisce le modalità di attuazione del sistema integrato degli interventi e dei servizi per la non autosufficienza e ne individua le risorse, anche mediante l'istituzione di un apposito fondo.
4. Il fondo a favore delle persone non autosufficienti di cui al comma 3, ha il fine di favorirne l'autonomia e la vita indipendente e di sostenerle mediante l'assistenza domiciliare ed altre forme di intervento tra cui il ricovero in strutture residenziali e semiresidenziali. Al fondo concorre la Regione anche con risorse proprie.

#### **Art. 18**

##### **(Piano di zona)**

1. Il piano di zona è lo strumento di programmazione in ambito locale della rete d'offerta sociale. Il piano definisce le modalità di accesso alla rete, indica gli obiettivi e le priorità di intervento, individua gli strumenti e le risorse necessarie alla loro realizzazione.
2. Il piano di zona attua l'integrazione tra la programmazione della rete locale di offerta sociale e la rete d'offerta sociosanitaria in ambito distrettuale, anche in rapporto al sistema della sanità, dell'istruzione e della formazione e alle politiche del lavoro e della casa.
3. I comuni, nella redazione del piano di zona, utilizzano modalità che perseguono e valorizzano il momento della prevenzione e, nella elaborazione di progetti, promuovono gli interventi conoscitivi e di studio rivolti alla individuazione e al contrasto dei fattori di rischio.
4. Il piano di zona è approvato o aggiornato dall'Assemblea distrettuale dei sindaci entro un anno dall'entrata in vigore della presente legge, secondo modalità che assicurano la più ampia partecipazione degli organismi rappresentativi del terzo settore e l'eventuale partecipazione della provincia.
5. La programmazione dei piani di zona ha valenza triennale, con possibilità di aggiornamento annuale.
6. L'ambito territoriale di riferimento per il piano di zona è costituito, di norma, dal distretto sociosanitario delle ASL.
7. I comuni attuano il piano di zona mediante la sottoscrizione di un accordo di programma con l'ASL territorialmente competente e, qualora ritenuto opportuno, con la provincia. Gli organismi rappresentativi del terzo settore, che hanno partecipato alla elaborazione del piano di zona, aderiscono, su loro richiesta, all'accordo di programma.
8. Il piano di zona disciplina l'attività di servizio e di segretariato sociale.
9. Al fine della conclusione e dell'attuazione dell'accordo di programma, l'assemblea dei sindaci designa un ente capofila individuato tra i comuni del distretto o altro ente con personalità giuridica di diritto pubblico.
10. L'ufficio di piano, individuato nell'accordo di programma, è la struttura tecnico-amministrativa che assicura il coordinamento degli interventi e l'istruttoria degli atti di esecuzione del piano. Ciascun comune del distretto contribuisce al funzionamento dell'ufficio di piano proporzionalmente alle risorse umane, strumentali e finanziarie disponibili e comunque senza maggiori oneri a carico del bilancio regionale.
11. La Giunta regionale, decorso inutilmente il termine di cui al comma 4, previa diffida ad adempiere entro sessanta giorni, provvede, sentita l'assemblea distrettuale dei sindaci, alla nomina di un commissario ad acta.

#### **Art. 19**

##### **(Sistema informativo della rete sociale e sociosanitaria)**

1. Il sistema informativo della rete delle unità d'offerta sociali e sociosanitarie è finalizzato:
  - a) alla rilevazione dei bisogni;
  - b) alla verifica della congruità dell'offerta rispetto alla domanda;

- c) alla raccolta ed elaborazione dei dati utili alla programmazione regionale e locale;
  - d) al monitoraggio dell'appropriatezza e della efficacia delle prestazioni;
  - e) alla rilevazione ed analisi del livello di soddisfazione dei cittadini relativamente all'adeguatezza, all'efficacia ed alla qualità delle prestazioni e dei servizi erogati.
2. Le ASL, gli enti locali, singoli ed associati, e i gestori delle unità d'offerta concorrono alla realizzazione ed usufruiscono del sistema informativo.
  3. L'assolvimento del debito informativo è condizione per l'accesso alle risorse regionali.
  4. Il sistema informativo delle unità d'offerta sociali e sociosanitarie assicura la pubblicità dei dati aggregati raccolti e la loro diffusione, anche mediante strumenti telematici, nel rispetto della normativa vigente in materia di protezione dei dati personali.

#### **Art. 20**

##### ***(Rapporti tra pubblico e privato)***

1. La Regione promuove forme di collaborazione tra soggetti pubblici e soggetti privati, in particolare appartenenti al terzo settore, al fine di dare concreta e piena attuazione al principio di sussidiarietà e di valorizzare la piena espressione delle loro capacità progettuali.
2. La Giunta regionale detta le linee guida per l'attivazione delle collaborazioni, di cui al comma 1, da parte delle aziende sanitarie pubbliche e delle ASP, con particolare riferimento al ricorso a forme di affidamento di servizi a soggetti del terzo settore, sentita la competente commissione consiliare.
3. La Giunta regionale promuove la sperimentazione di nuovi modelli gestionali e di unità d'offerta innovative, comportanti forme di collaborazione tra soggetti pubblici e soggetti privati. Qualora le sperimentazioni nell'ambito della rete sociosanitaria siano rivolte a promuovere soluzioni particolarmente innovative dal punto di vista finanziario, gestionale o tecnologico, sono oggetto di specifica autorizzazione regionale, sentita la competente commissione consiliare.

#### **Art. 21**

##### ***(Formazione delle professioni sociali e sociosanitarie)***

1. La Regione, nei limiti delle proprie competenze, sostiene in stretta connessione con il sistema universitario e della formazione professionale, delle province e degli ordini professionali i percorsi formativi, di qualificazione e di aggiornamento del personale ed individua i criteri per il riconoscimento delle competenze acquisite mediante precedenti esperienze professionali e formative.
2. La Regione ed i soggetti di cui all'articolo 3, nell'ambito delle rispettive competenze, valorizzano lo sviluppo delle professionalità degli operatori sociali e sociosanitari e ne sostengono la formazione continua.
3. La Regione promuove la formazione integrata degli operatori della rete delle unità di offerta sociali e sociosanitarie, anche mediante percorsi formativi comuni.

### **CAPO VI**

#### **ASSETTO FINANZIARIO**

#### **Art. 22**

***(Fonti di finanziamento delle unità di offerta sociali e sociosanitarie)***

1. La rete delle unità d'offerta sociali e sociosanitarie è finanziata con risorse pubbliche, private e con la partecipazione degli utenti al costo delle prestazioni, nel rispetto della normativa vigente e della presente legge.
2. La Regione concorre con i seguenti fondi:
  - a) fondo di parte corrente per le unità d'offerta sociali;
  - b) fondo di parte corrente per le unità d'offerta sociosanitarie;
  - c) fondo per gli investimenti;
  - d) fondo per la non autosufficienza, di cui all'articolo 17, comma 3;
  - e) fondi previsti nel piano sociosanitario regionale.

**Art. 23*****(Fondo regionale di parte corrente per le unità d'offerta sociali)***

1. Il fondo regionale di parte corrente per le unità d'offerta sociali è costituito da:
  - a) risorse del fondo nazionale per le politiche sociali o altre risorse assegnate dallo Stato;
  - b) risorse regionali;
  - c) risorse dell'Unione europea;
  - d) altre risorse.
2. Le risorse del fondo di cui al comma 1 sono utilizzate per:
  - a) concorrere al funzionamento e allo sviluppo delle unità d'offerta sociali previste dalla programmazione regionale;
  - b) finanziare gli interventi di sostegno alle famiglie;
  - c) finanziare le unità d'offerta sociali ancorché non previste dal piano sociosanitario;
  - d) favorire e incentivare la gestione associata delle unità d'offerta;
  - e) sviluppare le funzioni di controllo e di vigilanza attribuite alle ASL;
  - f) realizzare iniziative sperimentali ed innovative promosse dalla Regione e concorrere alla realizzazione di quelle promosse dalle ASL, dai comuni, dalle province e da altri soggetti di cui all'articolo 3, comma 1, lettere c) e d);
  - g) realizzare interventi di formazione degli operatori anche volontari operanti nel campo dei servizi sociali e sociosanitari promossi direttamente dalla Regione e concorrere alla realizzazione di quelli promossi dalle province anche tramite i comuni, le ASL ed i soggetti di cui all'articolo 3;
  - h) concorrere al sostegno di spese straordinarie conseguenti ad eventi calamitosi;
  - i) finanziare le spese per l'esercizio delle funzioni trasferite o delegate;
  - j) finanziare studi, ricerche finalizzate, indagini conoscitive, convegni e pubblicazioni sulla rete d'offerta sociale.
3. Il fondo sociale delle ASL è costituito:
  - a) dalle assegnazioni regionali di parte corrente;
  - b) dalle somme assegnate dagli enti locali per l'esercizio delle funzioni sociali spettanti alle ASL;
  - c) dalle entrate da rette o tariffe relative a unità d'offerta gestite direttamente dall'ASL;
  - d) da altre entrate.
4. Il fondo sociale dell'ASL garantisce i livelli essenziali di assistenza sociale, il mantenimento e lo sviluppo dei servizi, nonché l'eventuale finanziamento di ulteriori prestazioni e servizi, nel rispetto dei principi e degli obiettivi della presente legge e dei criteri definiti dal piano sociosanitario regionale.

**Art. 24*****(Fondo regionale di parte corrente per le unità d'offerta sociosanitarie)***

1. La Regione, nell'ambito del fondo sanitario regionale, determina annualmente le risorse da destinare al finanziamento delle unità d'offerta sociosanitarie e garantisce i livelli essenziali di assistenza sociosanitaria, nel rispetto dei principi e degli obiettivi della presente legge.

2. Le risorse di cui al comma 1 sono ripartite tra le ASL e rientrano nella gestione sociosanitaria del bilancio aziendale.

#### **Art. 25**

##### **(Fondo regionale per gli investimenti)**

1. La Regione sostiene la realizzazione di investimenti per le unità d'offerta sociali e sociosanitarie attraverso le disponibilità del fondo regionale per gli investimenti costituito da:

- a) risorse statali;
- b) risorse regionali;
- c) risorse di altri soggetti di cui all'articolo 3, comma 1.

2. Le disponibilità del fondo regionale per gli investimenti sono assegnate a soggetti pubblici e del terzo settore con l'obiettivo di riequilibrare gli interventi ed i servizi sul territorio regionale, di adeguare a standard le unità d'offerta sociali e sociosanitarie per:

- a) la realizzazione di nuove unità d'offerta;
- b) l'acquisto per la trasformazione, nonché la ristrutturazione e l'ampliamento di unità d'offerta preesistenti;
- c) l'acquisto di attrezzature ed arredi;
- d) la realizzazione di opere edilizie in immobili di proprietà regionale;
- e) gli interventi urgenti e indifferibili, anche se non previsti dal piano sociosanitario;
- f) gli interventi volti alla sperimentazione di nuovi servizi o di servizi innovativi, anche se non definiti nel piano sociosanitario;
- g) il cofinanziamento di fondi messi a disposizione da altri soggetti per investimenti in unità d'offerta sociali e sociosanitarie.

3. I finanziamenti regionali per opere edilizie sono concessi a condizione che:

- a) sia costituito vincolo di destinazione dei beni interessati alle finalità previste, per un periodo non inferiore ai venti anni; per gli enti ed i soggetti privati il vincolo deve essere trascritto presso la conservatoria dei registri immobiliari;
- b) i gestori di unità d'offerta si impegnino a garantire i requisiti e ad accettare le condizioni per l'accreditamento, almeno per la parte di immobili destinati agli interventi per i quali è concesso il finanziamento e per un periodo non inferiore alla durata del vincolo di destinazione.

4. La Giunta regionale, su domanda motivata del soggetto interessato e previo parere dell'ASL territorialmente competente, sentita la conferenza dei sindaci:

- a) dispone la modificazione del vincolo di destinazione gravante sugli immobili cui si riferisce il finanziamento regionale, ai sensi della presente legge, nonché di analoghe disposizioni contenute in leggi regionali;
- b) autorizza l'alienazione dei beni immobili o la costituzione di diritti reali immobiliari, relativi ai beni di cui al comma 3, lettera a), a condizione che sia mantenuto il vincolo di destinazione allo svolgimento di attività sociali e sociosanitarie per la medesima durata del vincolo.

5. L'approvazione dei progetti esecutivi, delle varianti, delle perizie suppletive, dei certificati di collaudo ovvero di regolare esecuzione di lavori concernenti le opere di cui al comma 2 spetta alla direzione generale competente in materia.

6. Il mancato rispetto dei vincoli comporta la restituzione dei finanziamenti concessi per la realizzazione delle opere interessate.

#### **CAPO VII**

##### **DISPOSIZIONI CONCERNENTI MODIFICHE ED ABROGAZIONI**

**Art. 26**

**(Modifiche alla legge regionale 13 febbraio 2003, n. 1 'Riordino della disciplina delle istituzioni pubbliche di assistenza e beneficenza operanti in Lombardia')(2)**

1. Alla l.r. 1/2003 sono apportate le seguenti modifiche:
  - a) al comma 9 dell'articolo 7, dopo il secondo periodo è inserito il seguente:  
*'Le ASP, nel quadro delle linee guida regionali, possono partecipare a società a capitale misto pubblico e privato o a capitale interamente pubblico per la gestione delle unità d'offerta sociali e sociosanitarie.'*;
  - b) dopo il comma 10 dell'articolo 7 è aggiunto il seguente:  
*'10 bis. Per la trasformazione delle ASP in persone giuridiche di diritto privato senza scopo di lucro si osservano le disposizioni di cui all'articolo 3 della presente legge. La trasformazione avviene nel rispetto delle tavole di fondazione.'*;
  - c) dopo l'articolo 7 è inserito il seguente:  
*"Art. 7 bis (Sistema di classificazione delle ASP)*  
*1. La Giunta regionale, acquisito il parere della competente commissione consiliare, classifica le ASP per classi e categorie, sulla base di oggettivi parametri quali-quantitativi di riferimento che tengono conto in particolare:*
    - a) della tipologia della unità d'offerta;
    - b) del numero e della tipologia degli assistiti;
    - c) del numero dei dipendenti in organico e con rapporto convenzionale;
    - d) della consistenza del patrimonio;
    - e) delle entrate annue ordinarie effettive.'.
2. La Giunta regionale, sentito il parere della competente commissione consiliare, può costituire nuove ASP per la gestione di unità d'offerta sociosanitarie di proprietà di aziende sanitarie o comunque da queste gestite, anche nell'ambito di progetti di sperimentazione di nuovi modelli gestionali.
3. Nei confronti delle nuove ASP si applicano, in quanto compatibili con la natura giuridica dell'ente, le norme di cui alla l.r. 1/2003.
4. Il Presidente ed il consiglio di amministrazione sono gli organi delle nuove ASP. Il consiglio di amministrazione è composto da cinque membri, così nominati:
  - a) due amministratori nominati dalla Giunta regionale su proposta dell'assessore competente per materia;
  - b) due amministratori nominati dal comune in cui l'azienda ha la sede legale;
  - c) un amministratore nominato dal consiglio di rappresentanza dei sindaci dell'ASL nel cui ambito l'azienda ha la sede legale.
5. Al personale dipendente all'atto della costituzione della nuova ASP si continua ad applicare il contratto collettivo nazionale di lavoro applicato nei confronti del personale delle aziende sanitarie.

**Art. 27**

**(Modifica alla legge regionale 11 luglio 1997, n. 31 'Norme per il riordino del servizio sanitario regionale e sua integrazione con le attività dei servizi sociali')(3)**

1. All'articolo 6, comma 9bis della l.r. 31/1997 al primo periodo sono aggiunte in fine le seguenti parole:  
*'quale sede istituzionale di partecipazione degli enti locali alle attività regionali di programmazione sanitaria e sociosanitaria e di raccordo tra comuni, province e Regione nella definizione ed attuazione delle relative linee programmatiche'.*

**Art. 28**

**(Abrogazioni)**

1. Sono o restano abrogate le seguenti disposizioni:

- a) legge regionale 7 gennaio 1986, n. 1 (Riorganizzazione e programmazione dei servizi socio-assistenziali della regione Lombardia)(4);
- b) legge regionale 26 aprile 1990, n. 25 (Modifiche ed integrazioni alla legge regionale 7 gennaio 1986, n. 1 'Riorganizzazione e programmazione dei servizi socio-assistenziali della regione Lombardia')(5);
- c) commi 2, 3, 4, lettera b) e 5 dell'articolo 6 e comma 11 dell'articolo 8 della l.r. 31/1997(6);
- d) comma 9 dell'articolo 4 della legge regionale 12 agosto 1999, n. 15 (Modifiche ed abrogazioni legislative per la realizzazione dei progetti del programma regionale di sviluppo)(7);
- e) commi 7, 8, 9, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 19, 20, con eccezione della lettera d), 42, 43, 46, 48, 49, 50, 50bis, 53, 55, 57, 58 lettera c), 60, 62, 63, 64, 65, 66, 67, 68, 69, 70, 71, 72, 73, 75, 77, 78, 79, 80, 81, 82, 83, 84, 85, 86, 87, 88, 89, 90, 91, lettera c) e 93 dell'articolo 4 della legge regionale 5 gennaio 2000, n. 1 (Riordino del sistema delle autonomie in Lombardia. Attuazione del d.lsg. 31 marzo 1998, n. 112 'Conferimento di funzioni e compiti amministrativi dallo Stato alle regioni ed agli enti locali, in attuazione del capo I della legge 15 marzo 1997, n. 59')(8);
- f) lettera s) del comma 1 dell'articolo 1 della legge regionale 3 aprile 2001, n. 6 (Modifiche alla legislazione per l'attuazione degli indirizzi contenuti nel documento di programmazione economico-finanziaria regionale - Collegato ordinamentale 2001)(9);
- g) lettera a) del comma 1 dell'articolo 2 della legge regionale 17 dicembre 2001, n. 26 (Modifiche ed integrazioni a disposizioni legislative a supporto della manovra di finanza regionale)(10);
- h) lettera h) del comma 1 dell'articolo 3 limitatamente alle parole: 'i requisiti per l'autorizzazione al funzionamento'; lettera a) del comma 1 dell'articolo 4; comma 2 dell'articolo 11 della legge regionale 14 dicembre 2004, n. 34 (Politiche regionali per i minori)(11);
- i) lettere a) e b) del comma 1 e comma 2 dell'articolo 8 della legge regionale 1 febbraio 2005, n. 1 (Interventi di semplificazione - Abrogazione di leggi e regolamenti regionali - Legge di semplificazione 2004)(12);
- j) lettera b) del comma 3 dell'articolo 1 della l.r. 24 febbraio 2006, n. 5 (Disposizioni in materia di servizi alla persona e alla comunità)(13).

**CAPO VIII**

**NORME TRANSITORIE E FINALI**

**Art. 29**

**(Osservatorio regionale sulle dipendenze)**

- 1. E' istituito l'osservatorio regionale sulle dipendenze, al fine di conoscere e di monitorare il fenomeno e di misurare l'efficacia delle politiche messe in atto per contrastarlo.
- 2. La composizione e le modalità di funzionamento dell'osservatorio sono stabilite dalla Giunta regionale, sentita la competente commissione consiliare.

**Art. 30**

**(Norme transitorie e finali)**

- 1. Fino alla emanazione dei provvedimenti di attuazione della presente legge, conservano efficacia i provvedimenti emanati per effetto della l.r. 1/1986 e della l.r. 1/2000.
- 2. Entro centoventi giorni dall'entrata in vigore della presente legge le ASL individuano le strutture di cui all'articolo 11, comma 6, della l.r. 31/1997, come sostituito dall'articolo 9 della presente legge, e di cui all'articolo 13, comma 3.



**Art. 31****(Clausola valutativa)**

1. La Giunta regionale presenta una relazione al Consiglio regionale informandolo sull'attività svolta e sui risultati raggiunti nel promuovere e garantire la piena attuazione della presente legge.

**Art. 32****(Norma finanziaria)**

1. Alle spese di cui alla presente legge si provvede, per l'esercizio 2008 e seguenti, con le risorse stanziare annualmente nelle relative UPB della funzione obiettivo 5.2 'Welfare della sussidiarietà'.

**NOTE:**

1. Si rinvia alla l.r. 11 luglio 1997, n. 31 per il testo coordinato con le presenti modifiche.
2. Si rinvia alla l.r. 13 febbraio 2003, n. 1 per il testo coordinato con le presenti modifiche.
3. Si rinvia alla l.r. 11 luglio 1997, n. 31 per il testo coordinato con le presenti modifiche.
4. Si rinvia alla l.r. 7 gennaio 1986, n. 1 per il testo coordinato con le presenti modifiche.
5. Si rinvia alla l.r. 26 aprile 1990, n. 25 per il testo coordinato con le presenti modifiche.
6. Si rinvia alla l.r. 11 luglio 1997, n. 31 per il testo coordinato con le presenti modifiche.
7. Si rinvia alla l.r. 12 agosto 1999, n. 15 per il testo coordinato con le presenti modifiche.
8. Si rinvia alla l.r. 5 gennaio 2000, n. 1 per il testo coordinato con le presenti modifiche.
9. Si rinvia alla l.r. 3 aprile 2001, n. 6 per il testo coordinato con le presenti modifiche.
10. Si rinvia alla l.r. 17 dicembre 2001, n. 26 per il testo coordinato con le presenti modifiche.
11. Si rinvia alla l.r. 14 dicembre 2004, n. 34 per il testo coordinato con le presenti modifiche.
12. Si rinvia alla l.r. 1 febbraio 2005, n. 1 per il testo coordinato con le presenti modifiche.
13. Si rinvia alla l.r. 24 febbraio 2006, n. 5 per il testo coordinato con le presenti modifiche.

Il presente testo non ha valore legale ed ufficiale, che e' dato dalla sola pubblicazione sul Bollettino ufficiale della Regione Lombardia

## AUDIZIONE DI FEDERSERD PRESSO LA COMMISSIONE III SANITÀ E ASSISTENZA DEL CONSIGLIO REGIONALE DELLA LOMBARDIA IL 24 APRILE 2007

Esame dei PDL n. 212 di iniziativa della Giunta Regionale e n. 221 di iniziativa dei consiglieri Oriani, Fabrizio, Valmaggi, Porcari ed altri

### "Rete degli interventi e dei servizi in ambito sociale e sociosanitario"

#### Commenti e osservazioni

È apprezzabile un livello di consultazione, su questi PDL di rilievo e in prospettiva di concertazione nella applicazione legislativa, con le associazioni professionali. In precedenti audizioni FeDerSerD ha espresso il parere dei professionisti di settore su temi cruciali, quali la necessità di istituzione dei Dipartimenti delle Dipendenze come dipartimenti gestionali e la collocazione territoriale dei Servizi. Questi PDL di cornice e regole hanno un notevole interesse per la successiva declinazione in atti applicativi.

Nello specifico dell'interesse di FeDerSerD appare essenziale il richiamo al DPCM del 14 febbraio 2001 e al DPCM 29 novembre 2001, che racchiudono le linee di demarcazione chiare dei livelli di intervento. In particolare i Servizi per le Dipendenze sono collocati tra i servizi sociosanitari ad elevata integrazione sanitaria. La reale e non burocratica applicazione dei livelli essenziali di assistenza e la definizione e applicazione dei livelli essenziali di ambito sociale sono due punti di premessa ad una politica di sistema integrato di servizi sociali e sociosanitari rivolti alla persona ed anche alla comunità. Il tema della integrazione socio sanitaria è il vero nodo attuale a livello della programmazione delle ASL e dei rapporti dei Dipartimenti ASSI / Dipartimenti tf delle Dipendenze con l'organizzazione sociale del territorio.

Il rapporto tra la programmazione regionale e le susseguenti azioni a livello zonale merita un primo bilancio e una analisi critica. I Piani di Zona, ormai al secondo triennio di vita, se rappresentano la vera novità a seguito della legge quadro 328 del 2000, nel settore del disagio legato a situazioni di dipendenza non sono ancora decollati. Al di là della istituzione di Tavoli di lavoro e di dichiarazioni di intenti positive, misere sono le risorse dedicate a queste azioni, sia per quanto attiene alla prevenzione, sia per il reinserimento socio lavorativo. Di fatto l'affidamento del fondo ex legge 45 (confluito nel fondo sociale) in gran parte ai Comuni associati non ha portato alla attivazione di questo pilastro di intervento. Ciò ha tra l'altro causato un danno oggettivo ai soggetti pubblici e privati (Ser.T e Comunità) depositari per legge della possibilità di progettazione territoriale, dispersa in una logica di singolo piano di zona. Si segnala questo tema in questo contesto poiché uno degli obiettivi dei testi in esame è proprio quello di stabilire con chiarezza "chi fa che cosa e con quali strumenti". Si propone che il livello regionale riassuma un più chiaro livello di programmazione e progettualità in questo settore. In particolare è necessario rimarcare come temi quali la prevenzione specifica e selettiva, che richiedono elevata professionalità e integrazione, sono di competenza dei Dipartimenti delle Dipendenze, così come ovviamente la parte trattamentale progettuale. Una congrua previsione economica per questi settori appare necessaria.

Per quanto riguarda le unità di offerta socio sanitarie e il principio cardine dell'accreditamento, sempre sulla base della esperienza, a quattro anni dalle norme regionali regolatorie, e sempre nell'ottica di comprendere i meccanismi di regia e di controllo, si segnala come incongrua e foriera di confusione istituzionale l'avvio di sparute esperienze di SMI -Servizi multidisciplinari privati (Ser.T privati per comodità) nel territorio lombardo (unico esempio nel Paese). La programmazione regionale e di ASL, coordinata dai Dipartimenti delle Dipendenze, vede obiettivamente tali strutture come doppioni di funzioni estranee alla programmazione, in prospettiva fonte di sprechi finanziari e con possibili rischi di scarsa trasparenza per i percorsi dovuti ai cittadini utenti. Si vuole precisare che queste osservazioni nulla tolgono al diritto di scelta del cittadino utente, ma attengono alla delicatezza di un settore in cui le fasi di accoglienza, diagnosi, cura e riabilitazione vedono in campo un sistema definito e specializzato come quello dei Ser.T e delle Comunità Terapeutiche, con regole chiare per quanto attiene la appropriatezza delle prestazioni e il diritto alla assistenza. Si ribadisce, in questa ottica collaborativa tra pubblico e privato, la possibilità di costituire unità di offerta miste in favore di una migliore risposta ai bisogni emergenti.

Il tema dei rapporti con i Dipartimenti di Salute Mentale non può essere evitato: senza entrare nel merito dei modelli organizzativi sicuramente necessita un diverso coordinamento interassessorile regionale per i

livelli di programmazione e un confronto sui meccanismi di definizione di tipologie delle unità di offerta e delle rette.

Una osservazione più generale merita la tendenza a considerare il tema delle dipendenze come proprio della "marginalità". La evoluzione dei fenomeni e dei bisogni espressi ed inespressi consiglia di ampliare l'ottica di osservazione in modo più trasversale.

Fermo restando le necessarie garanzie di partecipazione e comunicazione ai cittadini è necessario differenziare i livelli di operatività a seconda della complessità degli interventi individualizzati. A tal fine la garanzia del lavoro di equipe unitario appare da mantenere ed anzi valorizzare con la copresenza di tutte le figure professionali sanitarie e sociali in Servizi quali quelli delle Dipendenze. Le nuove tipologie possibili di utenti consumatori di sostanze o affetti da problematiche per comportamenti additivi richiedono strumenti flessibili di approccio, ma sempre in una ottica multiprofessionale. La dimensione realistica, considerate le attuali dotazioni finanziarie, è quella sovradistrettuale e quindi di unità operativa nei servizi. In tale ottica e con gli attuali investimenti appare difficilmente attuabile la proposta di uno sportello unico d'accesso per le prestazioni sociali e sociosanitarie. Comunque nel settore delle dipendenze la funzione prevedibile è solo quella di "invio".

Il tema degli Osservatori è complesso e articolato. Non vi è dubbio che necessiti un coordinamento maggiore tra Osservatori gestiti a livello delle Province e Osservatori Regionali. La proposta del PDL della Giunta all'art. 27 di istituire l'Osservatorio regionale sulle Dipendenze appare giusta. La Regione Lombardia è in ritardo grave da questo punto di vista e questo gap deve essere colmato. Lo prevedono le norme generali sulle competenze delle Regioni e in particolare nella materia droga. Conoscere e monitorare il fenomeno, coordinare gli Osservatori istituiti dai Dipartimenti delle Dipendenze delle ASL (che devono essere preservati e ulteriormente valorizzati), valutare i risultati del contrasto, sono le vere sfide del futuro. Si tenga conto che si chiuderebbe il circolo virtuoso tra Osservatorio Europeo, Nazionale e Regionale, con la ricaduta a doppia via con gli Osservatori Aziendali. Organizzativamente sarà utile prevedere singole aree in cui l'Osservatorio dovrà articolarsi, visti gli scenari polimorfi da trattare (dipendenze da sostanze illegali, da alcol, da comportamenti additivi, ecc...).

Uno sforzo si ritiene possa essere effettuato, nel vasto capitolo della partecipazione dei cittadini, anche a tutela della qualità delle prestazioni fornite, verso una rap-

presentanza qualificata e consapevole di cittadini con problemi di dipendenza e di consumo problematico di sostanze. Argomento difficile, essenzialmente per aspetti legati alla condizione "illegale" del consumo di molte sostanze, ma che con intelligenza può essere affrontato. Esempi possono essere assunti dalla rappresentanza già riconosciuta dell'auto mutuo aiuto e delle associazioni di familiari. Si propone un inserimento all'art. 3 della proposta di Giunta.

Il tema delle professioni sociali e socio sanitarie deve essere visto partendo da reali bisogni che prefigurino necessità operative di lunga durata.

Troppo spesso di sono definiti percorsi formativi specie in campo sociale e socio assistenziale senza prospettive certe di evoluzione e operatività.

La individuazione di nuovi profili professionali, seppur ipotizzabile per alcune aree di bisogno, merita ulteriori approfondimenti.

Importante è l'implementazione di un sistema di controllo di qualità.

I sistemi attualmente in essere, frutto anche di avanzate procedure scientifiche basate su standard ed indicatori validati, meritano una diversa considerazione in termini di cura e sviluppo, sia tecnica che finanziaria.

Il tema della ricerca scientifica, applicata alla operatività, deve essere inserito come attività obbligatoria delle unità di offerta accreditate.

È evidente che molte delle proposte e delle osservazioni formulate trovano senso in una seria politica dei finanziamenti per il sistema dei Servizi delle Dipendenze.

FeDerSerD ripropone anche per la Regione Lombardia la necessità di riservare l'1,5% del Fondo Sanitario Regionale al settore, e di procedere ad una attenta analisi della spesa sociale per giungere ad una corretta determinazione di una quota anche per il Fondo Sociale Regionale.

Si precisa che questa richiesta è diventata propria anche di tutte le organizzazioni del privato sociale ed è all'esame di molte realtà regionali oltre che ministeriali.

*Milano, aprile 2007*

**Edoardo Cozzolino**  
PRESIDENTE FEDERSERD LOMBARDIA

**Alfio Lucchini**  
PRESIDENTE NAZIONALE FEDERSERD

IV Congresso Regionale FeDerSerD Lombardia

## MIGLIORARE LA QUALITÀ DEI SERVIZI E ASSICURARE BUONE CURE AI CITTADINI

### Le proposte di FeDerSerD ai professionisti e alla politica

**MARTEDÌ 17 GIUGNO 2008** - ore 9.00-18.00  
CENTRO CONGRESSI HOTEL MICHELANGELO - MILANO

Mission del Congresso saranno la sintesi dei processi che si sono sviluppati a partire dal congresso di gennaio 2008 ad oggi e il programma di attività della Federazione per il 2008/9. Viene quindi ripreso il confronto con la politica e la società civile, che deve diventare il punto di forza dell'azione di governo della Federazione in Lombardia, cui fanno seguito le proposte di lavoro che saranno oggetto di presentazione e lancio organizzativo, per coinvolgere i professionisti delle dipendenze nella produzione di linee di indirizzo, a partire dalle numerose esperienze in atto nei servizi locali. Si farà precedere l'iniziativa da una mailing list agli iscritti che raccolga suggerimenti e proposte prima del convegno. Si tratta quindi di ribadire il ruolo della federazione come organizzazione che intende mantenere il controllo rigoroso sugli atti di governo locali e portare contributi operativi e teorici conformi e coerenti con le linee strategiche che abbiamo assunto: valorizzare l'esperienza dei servizi, sostenere la qualità e impedirne l'impoverimento anche attraverso il sostegno della società civile.

---

## programma

ore 9.00 - 13.00

### **Relazione: Sviluppi delle disposizioni regionali e ricadute sui servizi**

TAVOLA ROTONDA

### **Come coniugare le esigenze di Governance con una clinica di qualità al servizio del cittadino**

Sono stati invitati: *PRESIDENTE CEAL - PRESIDENTE COME - DIRETTORE GENERALE E DIRIGENTE ACCREDITAMENTO ASSESSORATO FAMIGLIA E SOLIDARIETÀ SOCIALE - SEGRETARIO NAZIONALE CITTADINANZAATTIVA - TRIBUNALE DIRITTI DEL MALATO - RESPONSABILE POLITICHE SOCIALI CGIL REGIONALE*

ore 14.00 - 17.30

### **CONDIVIDERE INNOVARE CONSOLIDARE**

*Presentazione del programma della Federazione Regionale*

### **Sviluppo del Progetto Cocaina e Policonsumo**

*Cosa si sta facendo - Come possiamo condividere, obiettivi a medio termine (1 anno)*

*coordina: VINCENZO MARINO*

### **Dipendenze e Differenze di Genere**

*Lo stato dell'arte - Come la vedono i servizi - Linee di ricerca*

*coordina: COSETTA GRECO*

**Genitorialità e dipendenze***Le esperienze pregresse e in corso - Best practice locali - Linee di indirizzo*

coordina: SANDRA BASTI

**Immigrazione e dipendenze***Che cosa si muove sul campo - Criticità territoriali - Esperienze di buone pratiche*

coordina: FRANCO ZUIN

**Consumi, sicurezza stradale e divertimento***Che cosa si muove sul campo - Esperienze a confronto (Europa e Italia)*

coordina: CARLO FOGAROLI

ore 16.50 - 17.20 - Confronto-Dibattito

ore 17.20 - 17.30

Compilazione questionario di verifica ai fini ECM e chiusura del Convegno

**ACCREDITAMENTO ECM**

Per tutte le figure professionali operanti nei Servizi soggette a crediti (medico - psicologo - infermiere prof. - educatore prof. - assistente sanitario)

**QUOTE DI ISCRIZIONE:**

Socio FeDerSerD	partecipazione gratuita
non laureato non socio FeDerSerD	Euro 30,00 + Iva (se dovuta)
laureato non socio FeDerSerD	Euro 50,00 + Iva (se dovuta)

**PER INFORMAZIONI E RICHIESTA SCHEDA DI ISCRIZIONE**  
**SEGRETERIA ORGANIZZATIVA NAZIONALE FEDERSERD**  
 Expopoint Organizzazione Congressi Eventi  
 Via Matteotti n. 3, 22066 Mariano Comense - CO  
 Tel 031748814 - Fax 031751525 - email federserd@expopoint.it

ore 17.30

Convocazione dell'assemblea ordinaria  
di FeDerSerD Lombardia**ORDINE DEL GIORNO**

- approvazione verbale seduta precedente
- relazione del Presidente
- approvazione bilancio consuntivo 2007
- approvazione bilancio preventivo 2008
- varie ed eventuali

IL PRESIDENTE DI FEDERSERD LOMBARDIA  
**Edoardo Cozzolino**

ore 18.30

Convocazione dell'assemblea ordinaria  
e elettiva di ALT onlus**ORDINE DEL GIORNO**

- approvazione verbale seduta precedente
- relazione del Presidente
- approvazione bilancio consuntivo 2007
- approvazione bilancio preventivo 2008
- elezione del Direttivo 2008/2013
- elezione del Presidente 2008/2013
- elezione del Vice-Presidente 2008/2013
- varie ed eventuali

IL PRESIDENTE DI ALT ONLUS  
**Alfio Lucchini**

**FeDerSerD**

## Richiesta di iscrizione in qualità di “Socio Ordinario 2008”

Il versamento della quota associativa, pari a **€ 50,00** per i laureati e **€ 30,00** per i non laureati, si può effettuare tramite:

- versamento sul Conto Corrente Bancario n. **000003417x16** intestato a **FeDerSerD** presso **Banca Popolare di Sondrio Ag. Carimate CIN D ABI 05696 CAB 51090**
- versamento diretto ai referenti regionali con rilascio di ricevuta
- versamento con bollettino postale sul Conto Corrente Postale n. **78452836** intestato a **Expo Point snc**

L'accoglimento dell'istanza di iscrizione a FeDerSerD in qualità di Socio Ordinario avverrà nella prima riunione in calendario del Consiglio Direttivo e ne verrà data comunicazione e conferma con il rilascio e l'invio della Tessera Annuale.

### **ANNO 2008 - RICHIESTA DI ISCRIZIONE IN QUALITÀ DI “SOCIO ORDINARIO”**

Da trasmettere per posta a Expo Point - Via Matteotti, 3 - Mariano Comense (Co)  
o tramite fax al numero 031 751525 o per e-mail [federserd@expopoint.it](mailto:federserd@expopoint.it)

COGNOME \_\_\_\_\_ NOME \_\_\_\_\_

NATO A \_\_\_\_\_ IL \_\_\_\_\_

INDIRIZZO (personale) \_\_\_\_\_

CITTÀ \_\_\_\_\_ PROVINCIA \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_

TEL. \_\_\_\_\_ FAX \_\_\_\_\_ CELL. \_\_\_\_\_

E-MAIL (per invio news e comunicazioni) \_\_\_\_\_

TITOLO DI STUDIO \_\_\_\_\_

DATA CONSEGUIMENTO TITOLO DI STUDIO \_\_\_\_\_

SPECIALIZZAZIONE \_\_\_\_\_

POSIZIONE PROFESSIONALE ATTUALE \_\_\_\_\_

INDIRIZZO (lavorativo) \_\_\_\_\_

TEL. \_\_\_\_\_ FAX \_\_\_\_\_

CELL. \_\_\_\_\_ E-MAIL \_\_\_\_\_

PUBBLICAZIONI \_\_\_\_\_

ESPERIENZE CURRICULARI DA SEGNALARE \_\_\_\_\_

---



---



---

PROGETTI SCIENTIFICI IN CORSO \_\_\_\_\_

---



---



---

AREE DI INTERESSE SCIENTIFICO \_\_\_\_\_

---

INTERESSI CULTURALI \_\_\_\_\_

---

**Chiedo**

Di essere iscritto in qualità di **SOCIO ORDINARIO** per l'anno 2008

Di rinnovare l'iscrizione in qualità di **SOCIO ORDINARIO** per l'anno 2008

**a FeDerSerD - Federazione degli Operatori dei Dipartimenti e Servizi delle Dipendenze**

\_\_\_\_\_ il \_\_\_/\_\_\_/200\_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

In ottemperanza al TESTO UNICO PRIVACY (D.Lgs.n. 196/2003), Le ricordiamo che i Suoi dati anagrafici sono registrati all'interno dei ns. database a seguito di un Suo esplicito consenso. La ns informativa privacy, insieme all'elenco aggiornato dei responsabili e ai diritti dell'interessato, è pubblicata sul sito [www.expopoint.it/privacy.htm](http://www.expopoint.it/privacy.htm)

**Versamento quota associativa annuale di**     **€ 50,00 (laureati)**     **€ 30,00 (non laureati)**  
 (allegare copia bonifico bancario o ricevuta versamento)

Visto il Segretario Esecutivo Nazionale \_\_\_\_\_

Visto per approvazione : Il Presidente \_\_\_\_\_

---



---



## DIRETTIVO NAZIONALE FEDERSERD

PRESIDENTE ONORARIO

**Rita Levi Montalcini**

MEMBRI ELETTI:

Presidente **Alfio Lucchini**  
Vicepresidente **Guido Faillace**  
Segretario Esecutivo **Pietro Fausto D'Egidio**

**Paola Aiello,**  
**Giancarlo Ardissoni,**  
**Roberta Balestra,**  
**Giuseppe Barletta,**  
**Marcellina Bianco,**  
**Emanuele Bignamini,**  
**Claudia Carnino,**  
**Roberto Cataldini,**  
**Antonio d'Amore,**  
**Donato Di Pietropaolo,**  
**Donato Donnoli,**  
**Maurizio D'Orsi,**  
**Maurizio Fea,**  
**Michele Ferdico,**  
**Bernardo Grande,**  
**Claudio Leonardi,**  
**Raffaele Lovaste,**  
**Fernanda Magnelli,**  
**Ezio Manzato,**  
**Vincenzo Marino,**  
**Antonio Mosti,**  
**Felice Nava,**  
**Roberto Pirastu,**  
**Edoardo Polidori,**  
**Gianna Sacchini,**  
**Giorgio Serio,**  
**Franco Zuin**

MEMBRI DI DIRITTO:

**Alessandro Coacci, Mimmo Cortese, Edoardo Cozzolino, Maria Chiara Pieri, Giovanni Villani**

SEDE LEGALE

Via Giotto n. 3, Studio Mancini, Milano

SEDE OPERATIVA

Via Matteotti, n. 3 - Mariano Comense, Como

## DIRETTIVO FEDERSERD LOMBARDIA

MEMBRI ELETTI:

**Edoardo Cozzolino** medico, Presidente regionale, Milano  
**Franco Zuin** assistente sociale, direttivo nazionale, Milano  
**Antonia Cinquegrana** medico, Brescia  
**Cosetta Greco** medico, Milano  
**Sandra Basti** psicologa, Pavia  
**Giuseppe Pietrobelli** infermiere professionale, Bergamo  
**Claudio Tosetto** medico, Varese  
**Carlo Fogaroli** medico, Bergamo

MEMBRI DI DIRITTO

**Alfio Lucchini** medico, Presidente nazionale, Milano  
**Maurizio Fea** medico, direttivo nazionale, Segretario/tesoriere regionale, Pavia  
**Vincenzo Marino** medico, direttivo nazionale, Varese

COMITATO TECNICO SCIENTIFICO

**Laura Tidone** medico, Bergamo  
**Giovanni Luca Galimberti** medico, Monza  
**Renato Durello** medico, Milano

SEDE LEGALE

Via Giotto n. 3, Studio Mancini, Milano

SEDE OPERATIVA

Via Solari, n. 43/3, Milano