

LEGACOOP

SOCIALI

CONSUMI, ABUSI E DIPENDENZE

Nuovi scenari, nuove visioni, nuovi modelli territoriali di
intervento

ROMA

27 aprile 2026

Legacoop

Via G.A. Guattani 9

Sala Basevi

TRA NORMALIZZAZIONE E RISCHIO: EVOLUZIONE DEI CONSUMI, ABUSI E DIPENDENZE E STRATEGIE DI INTERVENTO

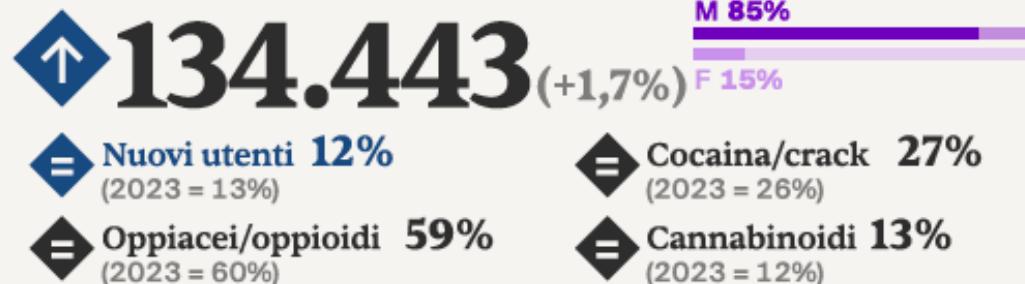
Roberta Balestra
Presidente nazionale
FeDerSerD



FEDERAZIONE ITALIANA DEGLI OPERATORI
DEI DIPARTIMENTI E DEI SERVIZI DELLE DIPENDENZE

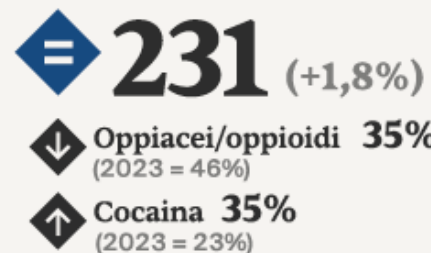
Qualche dato dalla relazione al Parlamento 2025 su TD

Utenza nei SerD



Fonte: Ministero della Salute

Decessi



Fonte: Ministero dell'Interno

NB si stimano morti/anno
90.000 da DUT
17.000 da DUA

Utenza in carcere



Il dato non è confrontato con l'anno precedente a causa della variazione nel numero e nella tipologia di servizi rispondenti

Fonte: Gruppo Tecnico Interregionale Dipendenze

Misure alternative al carcere per tossicodipendenti



Fonte: Ministero della Giustizia

21.083 detenuti artt. 73 e 74

34% della popolazione carceraria
(2023 = 34%)

Il confronto con l'anno precedente riguarda la quota di detenuti per reati droga-correlati sul totale della popolazione carceraria

Fonte: Ministero della Giustizia

FeDerSerD

FEDERAZIONE ITALIANA DEGLI OPERATORI
DEI DIPARTIMENTI E DEI SERVIZI DELLE DIPENDENZE

Situazione critica dei servizi pubblici.

1. Il Report del Ministero Salute del 8/11/2024

- una diminuzione del 6% del personale dei SerD tra il 2018 e il 2023 (da 6.223 a 5.843)
- un aumento del 3% dei soggetti assistiti, specie giovani
- situazione più accentuata al sud-isole
- n. servizi stabile 570 (1.134 servizi ambulatoriali se comprendiamo quelli dedicati all'alcolologia e al gioco d'azzardo)

Grave disomogeneità regionale e intra-regionale nell'offerta di cure

- Ci sono regioni e/o servizi con maggiori carenze, con orari di apertura limitati, con operatori che devono dividersi su più sedi, caratterizzati da **scarsa accessibilità** e **offerta prestazionale non coerente con i LEA**.

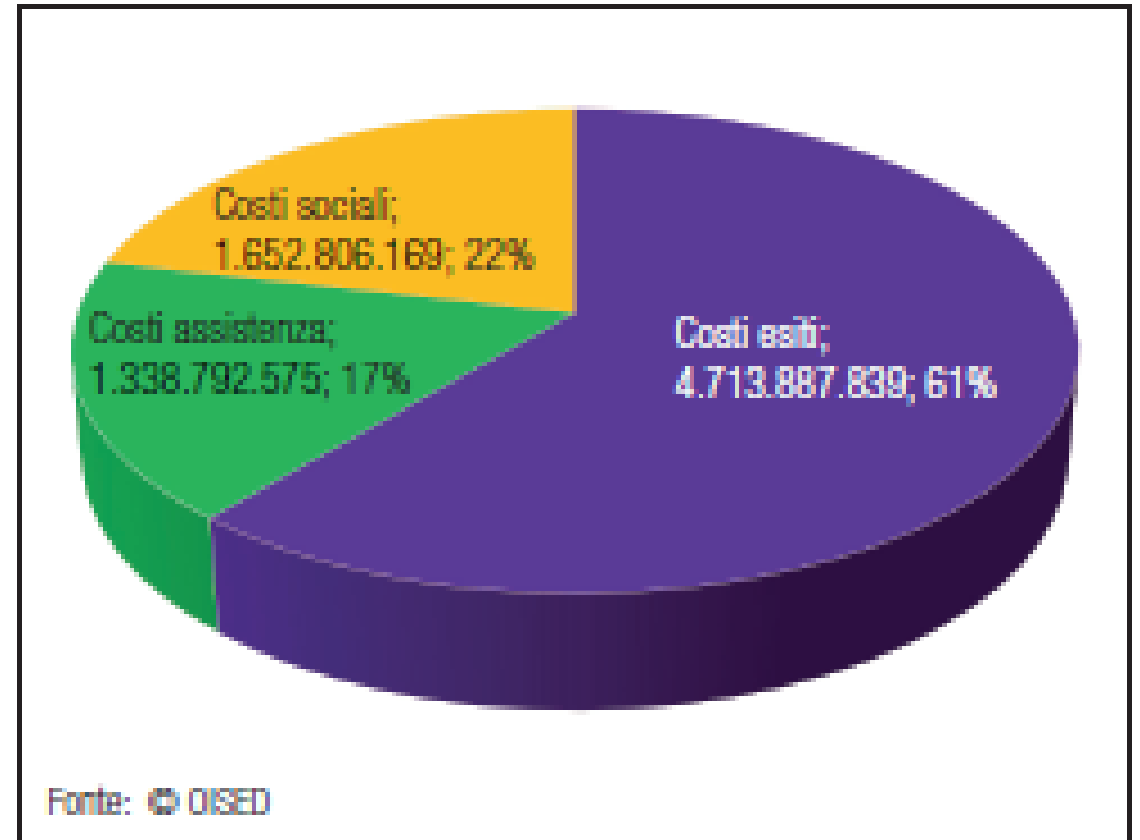
Rapporto OISED*: costi stimati dipendenze annui (stupefacenti e alcol)

- 6,7 miliardi per stupefacenti
- 1,1 miliardi per alcol (escluse PAC)

Totale: 7,8 miliardi/anno anno 2024

- **17% costi per servizi (SerD e ETS accred.)**
- **61% costi sanitari (esiti)**
- **22% costi sociali (giudiziari)**

Figura 26. Composizione costo della dipendenza da stupefacenti e alcol



*OISED: Osservatorio sull'impatto socio-economico delle dipendenze

Come diminuire i costi sanitari e sociali? Investire sui servizi pubblici!

- 1. Diminuire il tempo di «malattia non presa in carico»:** “tempo di latenza” attuale di 8-10 anni (prevenzione, interventi di prossimità nei contesti a rischio, Case di comunità, collaborazione con MMG e PLS – Sanità Territoriale e Assistenza Primaria)
- 2. Più personale per i SerD:** un incremento di 2.000 operatori e l’allineamento con gli standard del «DM 77bis» consentirebbe di prendere in carico altri 40.000 soggetti
- 3. Prevenire e curare le patologie correlate** (esiti e complicanze) (screening, attenzione alla salute complessiva, percorsi di collaborazione interdisciplinare, accesso tempestivo terapie efficaci...)
CONTINUITA' ASSISTENZIALE OSPEDALE - TERRITORIO
- 4. Potenziare interventi riabilitativi** (casa, formazione, reinserimento sociale e lavorativo, reddito, socializzazione) (collaborazione con servizi sociali, ETS, Servizi Ministero Giustizia, reti naturali del territorio....)
- 5. Sviluppare programmi per misure alternative** alla detenzione

Ogni euro investito consente un risparmio tra 4 e 7 euro di spese mediche e giudiziarie.

(Rapporto OISED)

Disuguaglianze di salute

Le differenze di salute riconducibili a situazioni di svantaggio socioeconomico, ma anche a difficoltà di accesso ai servizi ed alle prestazioni (erogazione non uniforme dei LEA) devono essere considerate **inique, in quanto evitabili.**

La salute è un diritto individuale costituzionale, della persona in quanto tale.

La dipendenza ha varie forme, è prevenibile e curabile, le competenze ed esperienze professionali presenti nel sistema interdisciplinare, che sono un **grande patrimonio** poco riconosciuto e valorizzato, consentirebbero innovazione e miglioramento sia in tema di prevenzione che di trattamento, per le diverse forme di dipendenza.

Risorse economiche alle settore dipendenze

- Sottofinanziamento generale rispetto alla media europea. La più penalizzata è la prevenzione. Storicamente in Italia la spesa è sbilanciata verso il comparto sicurezza e repressione.
- La legge di Bilancio 2025 è stata molto importante, perché ha costituito in modo strutturale il **Fondo nazionale dipendenze di 94 ML** articolandolo in capitoli finalizzati (**30% per acquisizione personale SerD**).
- Risorse erogate alle Regioni in forma vincolata e finalizzata, il cui utilizzo sta mostrando non poche difficoltà. A giugno atteso primo rendiconto dal DPA (?).
- **Il personale è essenziale** se non si vuole restare nel mondo delle idee, con progettualità come esercizi di stile.

Le risorse «non economiche» che mancano → pensiero critico e responsabilità

livello di governance
nazionale, regionale
e del management
aziendale

- il dibattito è stagnante da decenni
- le convinzioni/conoscenze sono pervicacemente anacronistiche e spesso ideologiche
- si presume di sapere ciò che non si conosce affatto → **pre-giudizio (situazione unica nel mondo sanitario)** e in ragione di questo:
 - si definiscono scelte strategiche per i servizi e i consumatori (di fare e/o di non fare, cosa fare), senza consultare gli addetti ai lavori



Superare il pregiudizio e lo stigma

Chiamare per nome i problemi e confrontarsi sulle soluzioni con i servizi specialistici

SerD questo sconosciuto

E' tempo di sapere che il SerD è il servizio specialistico di riferimento per la cura delle varie tipologie di dipendenza: sostanze «illegali», alcol, nicotina, farmaci, addiction comportamentali

Non è il servizio per i «tossici cronici»

Non somministra solo metadone

Non ostacola l'inserimento in CT

Per curarsi dalla dipendenza non si va dritti in CT (messaggio comune)

Dati ufficiali **REALI** di utenza e di attività sono ancora indisponibili, nonostante la tecnologia a disposizione

Non c'è un unico report

Quanti sono i soggetti in carico ai SerD? Quali i percorsi? Gli esiti?
(Relazione al Parlamento, Report Ministero Salute, Relazione Alcol parlano un linguaggio dissonante e vetusto)



FeDerSerD

FEDERAZIONE ITALIANA DEGLI OPERATORI
DEI DIPARTIMENTI E DEI SERVIZI DELLE DIPENDENZE

SerD / Dip. Dipendenze e governance di un sistema complesso

- utenza che va dai 15 anni in su
- accesso diretto e gratuito
- tutela della salute (elevata prevalenza di comorbilità internistiche e psichiatriche)
- collaborazioni interdisciplinari consolidate con servizi ospedalieri e territoriali
- percorsi e servizi differenziati per età, per tipologia di dipendenza, per gravità
- partnership strutturale col terzo settore per numerose attività di prevenzione, cura, reinserimento sociolavorativo, recovery, riconoscimento precoce del bisogno, rete
- lavoro coi servizi sociali comunali e del Ministero Giustizia
- équipe sanità penitenziaria, programmi in MA (30% dei detenuti hanno dipendenze)
- attività ex lege a valenza medico legale (Prefettura, MA, idoneità guida, lavoratori a rischio, adozioni, porto d'arma)
- tossicologia clinica e forense
- negoziazione e gestione del budget, gestione istituzionale dei rapporti di rete

L'apporto del Terzo Settore (ETS)

Partnership strategica e sinergia a diversi livelli.

Funzione pubblica condivisa e corresponsabilità nel promuovere il bene comune.

1. capacità di **leggere in modo più tempestivo i bisogni del territorio**;
2. radicamento nel territorio e conoscenza reti locali
3. co-progettazione e monitoraggio continuo dei risultati;
4. possibilità di **mobilitare risorse e risposte integrative** a quelle dei servizi;
5. impegno volto a **ridurre gli ostacoli all'accessibilità** ai servizi e le disuguaglianze;
6. **flessibilità e personalizzazione** del programma terapeutico-riabilitativo

Non può e non deve sostituire le funzioni del sistema pubblico dei servizi sanitari e sociali.

Le migliori pratiche messe in campo dal Terzo Settore sono in contesti dove esiste un sistema pubblico forte, che stimola e valorizza la partnership e la coprogettazione.

SerD e riforma sanità territoriale

- Nel DM 77 non sono stati coinvolti i servizi per le dipendenze (ritenuti facoltativi nelle CdC)
- Tavolo tecnico nazionale coordinato da AGENAS ha elaborato a fine 2022 il cosiddetto DM 77bis, che aggiorna finalmente gli standard di personale dei SerD dopo il DM 444/90 e propone una riorganizzazione degli interventi secondo 4 livelli assistenziali a intensità/complessità crescente, in coerenza con la riorganizzazione della sanità territoriale e di prossimità
- Stiamo chiedendo da 2 anni che venga applicato per rendere più efficace la nostra attività



1. Livello di prevenzione, consultazione ed assistenza primaria: le funzioni vengono garantite all'interno delle Case di Comunità in stretta collaborazione con i MMG, i PLS e gli altri servizi del territorio coinvolti nella rete sociosanitaria, secondo le modalità organizzative che le Regioni individueranno in attuazione del DM 77/2022. Queste attività possono essere realizzate anche nella sede del SerD o presso le sedi operative degli altri servizi della rete, o, per le attività di promozione della salute e prevenzione realizzate in collaborazione con i Dipartimenti di Prevenzione, in contesti esterni specifici (ad es. scuole, luoghi di lavoro, contesti sportivi e di aggregazione, ecc.). Le attività nei contesti outdoor, tra cui quelle di Riduzione del Danno, sono realizzate anche in partnership con soggetti del Terzo settore e privati accreditati/convenzionati.
2. Livello di presa in carico delle persone con disturbo da uso di sostanze o con dipendenza comportamentale: prevede attività sanitarie di diagnosi e cura e altre attività sociosanitarie, definite nei programmi terapeutico-riabilitativi personalizzati a medio e lungo termine ed erogate in forma integrata da équipe multiprofessionali. Tali programmi assicurano interventi a varia intensità e complessità (tra cui quelli di Riduzione del Danno), sia ambulatoriali che territoriali e di prossimità, realizzati in integrazione con gli Enti territoriali e in partnership con soggetti del Terzo settore e privati accreditati/convenzionati. I programmi sono rivolti ai bisogni complessivi della persona e includono pertanto sia interventi finalizzati all'inclusione sociale e all'empowerment, anche attraverso lo strumento del Budget di salute, sia interventi di diagnosi e cura delle patologie correlate.
Alle persone detenute deve essere garantita la presa in carico integrata multiprofessionale, attraverso équipes multidisciplinari dedicate (Istituti a maggiore capienza) o attraverso attività territoriali dei SerD di riferimento (operatori dedicati).
Ai SerD competono inoltre attività certificative e a valenza medico legale.

3. Livello di assistenza specialistica per rispondere in ottica di appropriatezza a situazioni cliniche caratterizzate da maggiore intensità di bisogno e complessità:

a. in ambito ospedaliero: posti letto per acuti (assessment complessi, intossicazioni acute o trattamenti di disintossicazione). Il numero di posti letto e la loro collocazione andranno programmati a livello regionale rispetto ad una popolazione di riferimento di 1.000.000 di abitanti;

b. nelle Strutture semiresidenziali e residenziali accreditate/convenzionate;

c. negli istituti di pena, attraverso le Sezioni attenuate Trattamento Tossicodipendenze (SeATT).

4. Livello delle reti specialistiche di area vasta, regionali o interregionali, comprendente Servizi territoriali, ospedalieri, sanitari e sociosanitari, finalizzati a garantire percorsi di cura trasversali interdisciplinari e specialistici. Nell'area delle dipendenze è funzionale a favorire e facilitare l'accesso e l'adesione ai percorsi di cura delle persone con problematiche complesse e comorbidità (es. patologie infettive correlate alla dipendenza, comorbidità psichiatrica, patologie organiche correlate alla dipendenza da alcol e da tabacco, problematiche di giustizia). Sono ricompresi i reparti di riabilitazione delle dipendenze/alcolologia, attività di supporto specialistico ad altre attività (es. quelle dei trapianti di fegato nelle patologie epatiche).

Barriere di accesso

Barriere che le persone con dipendenza incontrano nell'accesso ai servizi:

- **individuali**, sfiducia, diffidenza, paura, vergogna
- **comunicative**, mancanza di informazioni corrette
- **amministrative**, tessera sanitaria, esenzione, problemi di residenza e cittadinanza
- **culturali**, patologia penalizzata da stigma sociale molto diffuso
- **organizzative**, servizi poco accessibili per sedi, orari, liste d'attesa, procedure

Il lavoro di prossimità e "di strada", rappresenta un **ponte tra queste persone e i servizi.**

La VII Conferenza Nazionale sulle Dipendenze

1. La Conferenza ha significato un **momento molto importante di proposta alla politica**, perché servizi pubblici e del terzo settore sono riusciti a lavorare in modo sinergico
2. Una **dimostrazione di maturità del sistema**, che ha saputo indicare ai decisori politici soluzioni organizzative ed operative indispensabili per migliorare la capacità di attrazione dei servizi e l'appropriatezza degli interventi di cura da offrire agli utenti e alle famiglie.
3. **La platea degli operatori ha attivamente partecipato**, segnalando così una compattezza ed una chiarezza di intenti dell'intero mondo professionale che da tempo non si vedeva nelle Conferenze nazionali.
4. **Il rapporto finale del Sottosegretario Mantovano** ha raccolto le diverse proposte e ha sottolineato l'impegno istituzionale in campo, anche attraverso la partecipazione dei Ministeri interessati e delle Regioni.

La Conferenza ha definito criticità/proposte prioritarie:

- risolvere **disomogeneità offerta regionale**, che genera diseguaglianze anche sul piano della qualità delle cure
- risolvere **frammentarietà della governance istituzionale** nazionale e regionale, coordinamento
- prevedere **cabine di regia regionali** con servizi pubblici e ETS per leggere i bisogni, coprogettare e monitorare l'offerta
- aumentare **investimenti sociali** e progettualità innovative ad alta integrazione sociosanitaria (es. giovani, prevenzione, riabilitazione, ...)
- **aggiornamento dei LEA**
- proposte specifiche per **aree strategiche** (es. dipendenze digitali, sanità penitenziaria, aggancio precoce)
- **disciplina specifica, formazione accademica** per i professionisti e percorsi formativi per nuove figure professionali (es. operatori sociali, peer)
- **autonomia dei Dipartimenti delle dipendenze** per consentire la governance del “sistema integrato dipendenze” (es. forma dipartimentale che include funzioni del Terzo settore)

Il «dopo Conferenza Nazionale»

Ad oggi non è stato convocato dal DPA il Tavolo nazionale di coordinamento del sistema dei servizi, **quindi situazione di stallo:**

- non conosciamo l'agenda di lavoro
- sappiamo **informalmente** che il DPA ha coordinato un tavolo tecnico sul disegno di legge «svuotacarcere (DDL 1635) e sulle linee guida nazionali per la certificazione di dipendenza, connessa al DDL
- sappiamo **informalmente** che il DPA ha coordinato un tavolo tecnico sulla disciplina e sulle nuove professionalità
- le Regioni mostrano difficoltà ad acquisire il personale SerD e continua il progressivo smantellamento dei dipartimenti autonomi ancora esistenti (survey in corso)
- il mondo reale dei consumi e dei servizi va avanti con crescenti difficoltà...

Ci aspettiamo....

- Che le risorse vincolate del **fondo nazionale dipendenze** previste con la legge di Bilancio 2025 vengano spese bene dalle Regioni (**Piani regionali triennali dipendenze**)
- Che vengano istituite le **cabine di regia regionali**, per riuscire a seguire in modo tempestivo l'evoluzione dei bisogni e aggiornare le risposte del sistema integrato
- Approvazione **«DM77 bis»**
- Che il DPA tenga fede agli impegni istituzionali formalizzati nel resoconto finale della Conferenza nazionale
- Che i gruppi di lavoro nazionali tematici vengano istituiti, anche con l'obiettivo di contribuire alla scrittura del nuovo **PAND**