

PARTE III. INTERVENTI SANITARI E SOCIALI

Capitolo 1. Rete dei Servizi e modelli di funzionamento

A cura del Gruppo tecnico interregionale Tossicodipendenze della Conferenza delle Regioni e P.A., del Ministero della Salute, degli organismi del privato sociale e dei servizi pubblici, di Esperti, del Dipartimento Politiche Antidroga

1.1 Le politiche nazionali e regionali

La presente sezione della Relazione al Parlamento rappresenta il risultato del confronto tra il Governo Centrale e le Regioni e P.A. sotto i seguenti aspetti tra loro strettamente interconnessi:

- raccolta, condivisione ed elaborazione dei dati dei flussi informativi regionali con il Ministero della Salute
- confronto interno interregionale (Gruppo Tecnico Interregionale Tossicodipendenze)
- approfondimento e condivisione di temi specifici con i soggetti maggiormente rappresentativi del Terzo settore (Privato sociale).

Tale processo è finalizzato ad approfondire e migliorare le politiche sanitarie e socio-sanitarie nel campo delle dipendenze.

• I Livelli Essenziali di Assistenza

La revisione del titolo V° della Costituzione (Legge Costituzionale 18 ottobre 2001 n.3) ha ridisegnato il quadro generale delle attribuzioni di competenze dello Stato, delle Regioni e degli Enti Locali. Lo Stato ha legislazione esclusiva nella determinazione dei livelli essenziali delle prestazioni concernenti i diritti civili e sociali che devono essere garantiti su tutto il territorio nazionale, ivi inclusi i livelli Essenziali di assistenza, (LEA), emanati con Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri, previa definizione ed approvazione con accordi, nell'ambito della Conferenza Stato/Regioni. Si è pertanto ulteriormente rafforzato il ruolo delle Regioni e Province autonome che hanno la piena responsabilità circa l'organizzazione dei Servizi sanitari Regionali e l'erogazione delle prestazioni sanitarie.

Gli attuali Livelli Essenziali di Assistenza sono stati definiti con il Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri del 29 novembre 2001, entrato in vigore il 23 febbraio 2002. I LEA relativi all'assistenza nell'ambito delle patologie da dipendenza sono compresi nell'area "assistenza distrettuale", corrispondente alle attività e ai servizi sanitari e sociosanitari ambulatoriali e domiciliari, ai servizi semiresidenziali e residenziali. Con riferimento alle dipendenze e alle relative prestazioni previste dai LEA sul territorio nazionale, si riportano di seguito i principali riferimenti legislativi:

- DPR 1° ottobre 1990, n. 309 (TU disciplina stupefacenti).
- Provvedimento 21 gennaio 1999 Accordo Stato Regioni per la "Riorganizzazione del sistema di assistenza ai tossicodipendenti."

- Legge 30 marzo 2001, n. 125 in materia di alcol e problemi alcol correlati;
- Provvedimento 5 agosto 1999 - Intesa Stato-Regioni "Determinazione dei requisiti minimi standard dei servizi privati di assistenza ai tossicodipendenti.";
- D.lgs. 19 giugno 1999 n.229 (norme di razionalizzazione del SSN)
- D.lgs. 22 giugno 1999, n. 230; (riordino della medicina penitenziaria)
- D.M. 21. 4. 2000 "Progetto Obiettivo Tutela della salute in ambito penitenziario";
- DPCM 14 febbraio 2001 in materia di prestazioni socio-sanitarie
- DPCM 1° aprile 2008 in materia di sanità penitenziaria.

Si sottolinea che alla data di redazione della presente sezione è in corso di definizione l'aggiornamento dei LEA.

• *Il Sistema Informativo Nazionale Dipendenze (SIND)*

La raccolta e analisi dei dati sui servizi e sull'utenza sono gestite al livello nazionale dal Ministero della Salute e al livello locale dalle singole Regioni e P.A.

Nel contesto del Nuovo Sistema Informativo Sanitario (NSIS) è stato definito il **Sistema Informativo Nazionale Dipendenze (SIND)** con le finalità e secondo le indicazioni del D.M. 11 giugno 2010 "Istituzione del sistema informativo nazionale per le dipendenze" di:

- monitorare l'attività dei servizi, con analisi del volume di prestazioni e valutazioni epidemiologiche sulle caratteristiche dell'utenza e sui piani di trattamento;
- supportare le attività gestionali dei Servizi, per valutare il grado di efficienza e di utilizzo delle risorse;
- supportare la costruzione di indicatori di struttura, processo ed esito, sia a livello regionale che nazionale;
- supportare la redazione della Relazione al Parlamento e degli altri rapporti epidemiologici, esclusivamente composti da dati aggregati derivanti dagli obblighi informativi nei confronti dell'Osservatorio Europeo, delle Nazioni Unite - Annual Report Questionnaire;
- adeguare la raccolta di informazioni rispetto alle linee guida dell'Osservatorio Europeo delle Droghe e Tossicodipendenze.

Il Decreto disciplina nel dettaglio la rilevazione delle informazioni relative agli interventi sanitari e socio-sanitari erogati da operatori afferenti al SSN nell'ambito dell'assistenza rivolta alle persone che fanno uso di sostanze stupefacenti o psicotrope (esclusi alcol o tabacco o comportamenti quali il gioco d'azzardo come uso primario); descrive inoltre le modalità di trasmissione, con cadenza annuale, di tali dati dalle Regioni e Province Autonome al NSIS.

Per ogni soggetto in trattamento presso i Servizi per le Tossicodipendenze (SerT), viene inviata, in forma aderente alle disposizioni del D.P.R. 9 ottobre 1990, n. 309 o comunque priva di dati direttamente identificativi, una serie di informazioni riguardanti:

- le caratteristiche socio-anagrafiche;
- la situazione patologica;
- l'uso di sostanze;

Parte III Interventi sanitari e sociali

371

Capitolo I Rete dei Servizi e modelli di funzionamento

- i marker infettivologici;
- le terapie farmacologiche;
- le prestazioni erogate.

Oggetto di rilevazione, in particolare, è il singolo soggetto per il quale siano soddisfatti i seguenti requisiti:

1. accesso al servizio (Ser.T.), con specificazione se in ambito penitenziario
2. accertamento documentato (esame di laboratorio o diagnosi eseguiti nel periodo di riferimento per la nuova utenza, oppure precedenti al periodo di riferimento per l'utenza già nota) dell'uso di sostanze psicotrope (esclusi alcol o tabacco come uso primario) con frequenza occasionale, saltuaria o giornaliera
3. erogazione di almeno due prestazioni riferibili a definiti gruppi omogenei di prestazioni (compreso l'invio in strutture socio-riabilitative) nel periodo di riferimento.

L'unità di rilevazione del sistema informativo SIND è il singolo contatto del soggetto assistito dal servizio per il quale siano soddisfatti i tre requisiti precedentemente elencati. Per ciascun soggetto assistito devono essere rilevati tutti i contatti con i SerT presenti nella Regione o Provincia Autonoma nel corso del periodo di osservazione.

Con il termine "contatto" si intende la presa in carico assistenziale all'interno della quale siano state erogate almeno due prestazioni tra quelle previste nei gruppi omogenei di prestazioni.

Poiché si è osservato che alcuni requisiti operano l'esclusione a priori di un grande numero di utenti è in corso la revisione dei criteri sovra esposti per consentire una lettura del fenomeno più vicina all'effettivo operato dei Ser.D. e che meglio descriva la popolazione in continuo mutamento che si rivolge a questi servizi.

Il flusso informativo SIND è suddiviso nelle seguenti macroaree:

- informazioni di carattere anagrafico sui servizi per le tossicodipendenze (archivio STRUTTURE)
- informazioni sull'utenza assistita e sulle prestazioni erogate (archivio ATTIVITA')
- informazioni sul personale che opera presso i servizi (archivio PERSONALE)
- informazioni di tipo aggregato relative all'esecuzione del test SIEROLOGICO HIV

Tale sistema, secondo le indicazioni del decreto istitutivo, è entrato a regime a decorrere dal 1° gennaio 2012.

La copertura informativa è aumentata progressivamente nel corso degli anni. Per quanto riguarda l'anno 2014 è pari al 96,6% su scala nazionale delle sedi ambulatoriali censite, con una distribuzione regionale come da seguente tabella.

Tabella 1. Percentuale di Ser.D. che hanno inviato i dati a SIND per Regione. Anno 2014.

Regione/PP AA.	Sedi rispondenti %
Piemonte	100%
Valle d'Aosta	100%
Lombardia	97,6%
Bolzano	100%
Trento	100%
Veneto	97,4%
Friuli-Venezia Giulia	100%
Liguria	100%
Emilia-Romagna	100%
Toscana	95,1%
Umbria	100%
Marche	100%
Lazio	76,1%
Abruzzo	100%
Molise	80,0%
Campania	97,8%
Puglia	100%
Basilicata	100%
Calabria	94,1%
Sicilia	98,0%
Sardegna	95,2%

- *Il confronto interregionale*

Le differenze organizzative tra le regioni in ambito sanitario, rilevabili in molti settori, sono state affrontate nell'ambito delle dipendenze in un'ottica di confronto e di miglioramento reciproco, teso a offrire indicazioni tecniche per definire soluzioni organizzative nella erogazione dei LEA applicabili su tutto il territorio nazionale.

La scelta da parte delle Regioni e P.A. di favorire un confronto deriva dalla comune visione che l'ambito delle dipendenze sia connotato:

- dalla mutevolezza e complessità del fenomeno che necessita di una costante attenzione ai cambiamenti (cambiamenti sociali, di consumo, di welfare, di mercato, etc.)
- dalla molteplicità dei sistemi coinvolti (sanitario, sociale, giustizia, formazione e lavoro, ecc.);

- dalla presenza di un Privato no profit, accreditato o convenzionato (di seguito “Privato”) senza fini di lucro storicamente significativo nella costruzione di modelli di intervento
- dalla presenza di competenze professionali e scientifiche che si formano sul campo e non in specifiche scuole di specializzazione, e che offrono un importante contributo alla innovazione delle conoscenze e dei saperi
- dalla condivisione della natura multifattoriale delle patologie da dipendenza, da cui deriva la necessità di integrazione teorica, clinica ed operativa tra le differenti discipline

Il costante mutare degli scenari nell’ambito delle Dipendenze (si pensi alla continua creazione di nuove sostanze e/o al mix delle stesse, come le multiformi modalità di assunzione di sostanze già conosciute – ad esempio l’eroina fumata – e la conseguente immissione sul mercato, oggi soprattutto attraverso il canale di internet) costringe i sistemi di prevenzione, cura e riabilitazione, del pubblico e del Privato, a studiare e riscrivere nuovi paradigmi e scenari di intervento.

Le Regioni e le P.A. hanno quindi il compito di comprendere questi cambiamenti, con il supporto dei professionisti e degli enti pubblici e privati che operano nel campo.

Le variabilità di indirizzi, propri delle competenze regionali, si è quindi ancor più articolata in funzione delle diverse sensibilità ed orientamenti che si sono manifestati nei diversi territori, rappresentate dagli interlocutori locali.

È stato quindi indispensabile monitorare ed analizzare le diversità di strategie e di soluzioni operative adottate nelle realtà regionali, dotandosi di un sistema di “lettura comparata”, che fungesse da base per approfondimenti e scambi di buone prassi da un lato e da elemento per la elaborazione di documenti e provvedimenti istituzionali dall’altro.

Il primo momento di confronto su scala nazionale è stato realizzato in concomitanza della conferenza nazionale sulle droghe di Trieste del 2009, a seguito della quale le Regioni e P.A. hanno organizzato un lungo percorso di confronto anche con i principali stakeholder (servizi pubblici, Privato, organizzazioni sindacali, società scientifiche, associazionismo).

Gli esiti di questo confronto hanno determinato:

- La sottoscrizione del primo Accordo tra la Conferenza delle Regioni e PA, FICT, CNCA e Consulta delle Società Scientifiche e delle Associazioni Professionali nel campo delle Dipendenze Patologiche (Accordo del 29 ottobre 2009).
- La realizzazione del primo evento pubblico organizzato dalla Conferenza delle Regioni e P.A. svoltosi a Torino nel dicembre 2009 dal titolo “La Governance delle dipendenze”, atto a fare emergere i punti di forza e debolezza dei sistemi locali.

L’Accordo del 2009 prevedeva:

1. la definizione, in accordo con le Regioni e PA, del prodotto terapeutico erogato;
2. la diversificazione progressiva dell’offerta terapeutica in base ai bisogni delle persone con problemi di dipendenza, opportunamente rilevati, e delle Linee di Indirizzo della programmazione regionale;

3. l'adozione di modalità organizzative che favoriscano la più ampia integrazione tra i servizi pubblici e privati;
4. la promozione di una formazione permanente e integrata del proprio personale;
5. l'adozione di una metodologia di intervento fondata sulla valutazione dei risultati, nel rispetto del diritto delle persone con problemi di dipendenza ad accedere a cure ed interventi di comprovata efficacia su tutto il territorio nazionale.

Le conclusioni della Conferenza delle Regioni e P.A. hanno evidenziato la necessità di sviluppare corrette collaborazioni istituzionali tra il Governo nazionale, le Regioni Province autonome e le autonomie locali, favorendo una *governance* partecipata, per una concertazione delle strategie di intervento. A tal fine si è ritenuto opportuno rafforzare e strutturare il tavolo di lavoro interregionale in collaborazione con le più rilevanti reti del Privato, le Società Scientifiche e le Organizzazioni Sindacali, sollecitando la massima integrazione istituzionale, operativa e professionale. Infine veniva ribadita la necessità di una politica bilanciata e basata sui quattro pilastri (contrasto al narcotraffico, prevenzione, cura - riabilitazione, riduzione del danno), già adottata e raccomandata dalla Commissione Europea.

Nella medesima sede venivano evidenziate le principali criticità riscontrate nel sistema, relative a quattro fattori principali: a) emergenza carceri, connessa anche all'attivazione delle misure alternative previste dalla normativa; b) recupero del divario tra le diverse Regioni; c) garanzia dell'esigibilità dei LEA Sanitari e dei LIVEA Sociali; d) garanzia di risorse certe ed adeguate, funzionali al mantenimento ed al miglioramento dei servizi pubblici e del Privato.

Il successivo approccio di confronto Stato/Regioni in tema di dipendenze non ha favorito il necessario proseguo dei punti sopra citati pertanto si è interrotto quel percorso di positiva integrazione tra le istituzioni centrali, regionali e gli enti a vario titolo coinvolti.

Nel secondo semestre 2014 è stato ripreso il percorso di confronto/integrazione, che si manifesta ufficialmente con l'apertura di tavoli istituzionali.

Le Regione e P.A. hanno riproposto un'analisi comparata del sistema di governo e dell'offerta dei servizi per le dipendenze, attraverso uno strumento di monitoraggio, già adottato per la Conferenza di Torino nel 2009.

In tale rilevazione, a cui hanno risposto tutte le Regioni e P.A. ad eccezione della Valle D'Aosta, sono stati indagati:

1. l'organizzazione dei livelli di governo regionale nell'ambito delle dipendenze e le modalità e livelli di partecipazione al processo decisionale;
2. l'organizzazione della rete dei servizi (tipologia di offerta di trattamento);
3. le risorse (umane, economiche, con specificazione dei costi per i servizi accreditati);
4. l'utenza in trattamento.

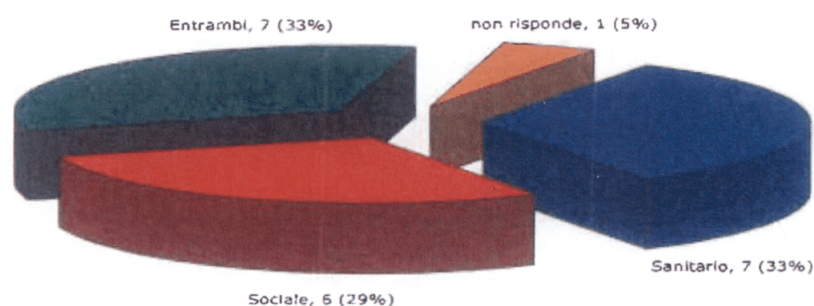
Ulteriore tema di confronto è stato realizzato nell'ambito delle politiche e degli interventi di Riduzione del Danno e dei Rischi, attraverso la condivisione del lavoro di analisi coordinato dal CNCA, supportato dalla rete degli operatori attivi in questo ambito.

I dati emersi vanno valutati alla luce dell'attuale contesto socio-economico nazionale, caratterizzato da una costante e significativa contrazione delle risorse economiche, soprattutto per quanto riguarda il comparto della Sanità.

- ***Organizzazione dei livelli di governo regionale nell'ambito delle dipendenze (governo del sistema)***

Le Regioni e P.A. hanno definito in modo non omogeneo l'attribuzione della delega per il settore delle Dipendenze. In un terzo di casi la delega è in capo all'Assessorato alla Sanità, in un terzo all'Assessorato Politiche Sociali e nei restanti casi entrambi gli Assessorati sono coinvolti. Questi diversi approcci ben evidenziano la complessità del tema, che richiede contributi da entrambi i settori. La Conferenza dei Presidenti delle Regioni ha comunque deciso di garantire l'unitarietà dell'approccio attribuendo la competenza sul tema alla Commissione Salute, composta dagli Assessori alla Sanità. A questa Commissione fa riferimento il Gruppo Tecnico Interregionale Tossicodipendenze (GTIT), composto dai funzionari e tecnici delle singole Regioni e P.A.

Figura 1. Assessorato di riferimento.



- ***Modalità e livelli di partecipazione al processo decisionale (governance)***

La condivisione delle scelte di politica sanitaria e socio-sanitaria nelle dipendenze è un patrimonio storico derivante dalla funzione svolta nella comprensione del fenomeno e nell'erogazione di trattamenti da parte dei servizi pubblici e del Privato. Tale importante contributo ha determinato, nel tempo, una cultura diffusa di partecipazione alle scelte, con la realizzazione di processi, sempre presenti, di governance seppur attuati a livelli e con modalità e strategie diverse.

Parallelamente l'integrazione operativa tra Servizi Pubblici e del Privato che costituiscono a tutti gli effetti nel loro insieme il sistema di intervento pubblico per le dipendenze è un valore riconosciuto da tutte le Regioni e P.A.

Le modalità di *governance* è spesso definita con atti formali e non solo quali prassi consolidata.

Secondo la rilevazione, la *governance* pubblica si concretizza, a livello regionale, in particolare nelle attività di programmazione, nella identificazione di linee progettuali, in ambito

normativo/regolativo, nella formazione; con minore frequenza (6 regioni) nella programmazione degli investimenti.

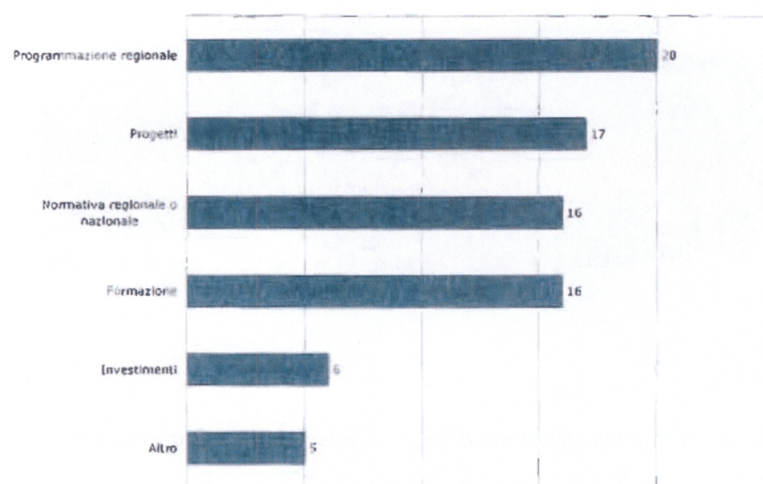
In questa direzione il citato Accordo del 2009 ha costituito un traguardo significativo a livello interregionale, ma anche uno stimolo nella diffusione di principi e criteri per favorire la partecipazione al processo decisionale degli Enti, che a vario titolo operano nel campo.

Nonostante l'impegno preso in sede di Commissione Salute e di Conferenza Stato Regioni e P.A., tale Accordo è stato recepito formalmente in sole 6 regioni e non ha dato seguito ad un'applicazione omogenea. In ogni caso esso ha ispirato e sostenuto concretamente le azioni di programmazione di molte Regioni e PA.

Nello specifico 19 realtà regionali sono dotate di una normativa specifica sull'integrazione pubblico-privato ed in tutte Regione sono attivi Tavoli misti, definiti con atti formali (6 realtà su 16) o individuati su specifiche tematiche (10 realtà su 16).

Al livello locale di azienda sanitaria analogo processo di confronto e di condivisione avviene tra i Servizi Pubblici ed i servizi del Privato, generalmente sulle medesime tematiche trattate al livello centrale regionale.

Figura 2. Temi su cui le Regioni e P.A. chiamano a confronto i Ser.D. ed il privato sociale

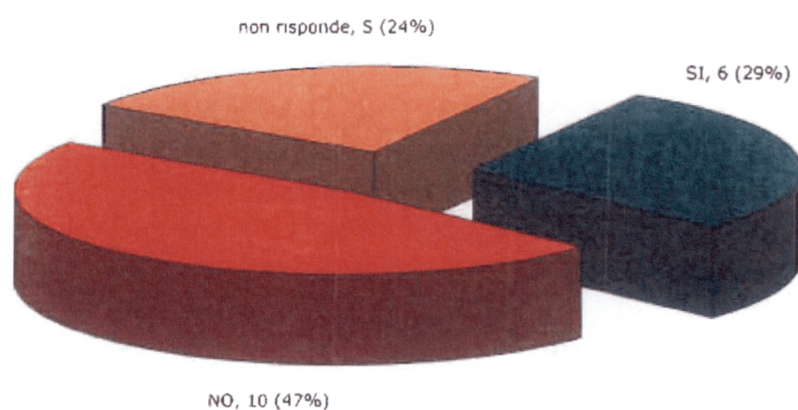


Parte III Interventi sanitari e sociali

377

Capitolo I Rete dei Servizi e modelli di funzionamento

Figura 3. Recepimento Accordo del 2009: 6 realtà hanno dichiarato il recepimento.



1.2 Organizzazione della rete dei servizi

Le Regioni e PA, in funzione delle competenze loro attribuite, organizzano la rete dei servizi coerentemente con l'analisi dei bisogni e della domanda di trattamento localmente elaborata e con le strategie di politica sanitaria adottate.

Tuttavia, il confronto continuo tra le Regioni e gli altri livelli istituzionali, lo scambio di informazioni e la condivisione di buone pratiche tra gli operatori dei servizi di realtà diverse, hanno fatto sì che la rete dei servizi per le dipendenze presenti numerosi elementi trasversali su tutto il territorio nazionale, caratterizzandone la peculiare specificità, ovvero:

- Il riconoscimento del ruolo svolto dai servizi per le dipendenze quale osservatori capaci di comprendere l'evoluzione del fenomeno e nel tempo capaci di modificare l'offerta di trattamento. Gli stili di consumo presentano, infatti, scenari inimmaginabili fino a pochi anni fa, determinando una domanda di trattamento che si è profondamente modificata negli anni. L'uso di sostanze come la cocaina, il THC o la stessa eroina coinvolge sempre più spesso una fascia di popolazione variegata, professionalmente inserita in vari ambiti produttivi e con un certo grado di istruzione. Ciò ha condotto a programmare nel tempo una diversificazione nell'offerta di trattamento, al fine di rispondere ad una molteplicità di bisogni non più identificabili con quelli fondanti i primi servizi per le dipendenze, rivolti quasi esclusivamente al tossicodipendente da eroina, emarginato sociale e facilmente identificabile e stigmatizzabile dalla società odierna. Tali cambiamenti hanno determinato un necessario aggiornamento per gestire e curare soggetti con quadri clinici (determinati da nuove sostanze, caratterizzati da comorbidità, cronicità, ecc) o appartenenti a fasce di popolazione (giovannissimi, stranieri, ecc) non trattati in precedenza.
- La mutevolezza e complessità del fenomeno delle Dipendenze coinvolge molteplici sistemi, che travalicano quelli esclusivamente sanitari e sociali. L'organizzazione dei servizi per le dipendenze, pertanto non può prescindere da una visione multiprospettica, centrata sul lavoro di rete e sulla sinergia di politiche locali.

- Il trattamento delle patologie da dipendenza richiede pertanto un'elevata competenza professionale, caratterizzata dalla capacità di lavorare in equipe trattamentali multiprofessionali ed in reti intersistemiche, nonché dalla capacità di un continuo aggiornamento e rimodulazione dell'agire professionale. La gestione di trattamenti integrati, come da indicazioni EBM, il lavoro di rete e l'aggiornamento continuo connotano i servizi per le dipendenze in maniera peculiare e differente da quella attuata in altri ambiti.

Le Regioni e P.A., seppur nelle diverse soluzioni organizzative prescelte ed in relazione alle risorse disponibili, hanno modulato e organizzato la rete dei servizi per le dipendenze in funzione di tali elementi: innovazione, lavoro di rete, integrazione multiprofessionale.

- ***Offerta ambulatoriale: i Ser.D***

Negli anni Novanta, con l'emersione della diffusione dell'eroina e delle patologie infettive correlate, sono state emanate importanti normative di settore, tra cui quelle di istituzione e di funzionamento dei servizi per le tossicodipendenze con l'articolo 27 della Legge 26 giugno 1990, n.162, e nell'ambito del DPR 309/90. "Testo unico delle leggi in materia di disciplina degli stupefacenti e sostanze psicotrope, prevenzione, cura e riabilitazione dei relativi stati di tossicodipendenza" art.118 viene definita l'organizzazione dei Ser.T. presso le unità sanitarie locali.

Alcuni atti successivi specificano il funzionamento dei servizi, con le integrazioni avvenute nel corso degli anni (D.M. 444/90, Legge 18 febbraio 1999 n.45; Accordo C.U. 21.01.99 rep atti n. 593).

Con la revisione del Titolo V della Costituzione, le Regioni e P.A. hanno assunto piena responsabilità circa l'organizzazione dei servizi sanitari regionali, nel rispetto dei LEA emanati con DPCM e definiti nell'ambito di Accordi in Conferenza Unificata.

Con la Legge 79 del 2014 sono stati ridenominati i servizi pubblici: Ser.D. – servizi pubblici per le dipendenze. Tale modificazione evidenzia il cambiamento culturale e di mandato istituzionale ormai riconosciuto a questi servizi: non si tratta più di assistere tossicodipendenti, principalmente da eroina, ma di fornire servizi di elevata specializzazione a soggetti con diverse tipologie di patologie da dipendenza, sia da sostanze illegali e legali che con dipendenze senza sostanza.

Negli anni, quindi, le Regioni e P.A., i singoli servizi e la comunità professionale hanno attuato, ciascuno per le proprie competenze, una diversificazione dell'offerta, in funzione della domanda di salute, delle conoscenze scientifiche e delle esperienze cliniche.

I Ser.D. assicurano l'accesso alle cure diretto, nella garanzia all'anonimato, in un'ottica di integrazione multidisciplinare.

Ogni paziente riceve un trattamento personalizzato, in funzione della valutazione diagnostica, attraverso la costruzione di un percorso terapeutico individuale costruito in accordo col paziente stesso. Il piano di trattamento, definito dal Ser.D., può essere realizzato in ambito ambulatoriale / domiciliare, semiresidenziale o residenziale.

Oltre ai trattamenti per i soggetti presi in carico, i Ser.D. assicurano attività di prevenzione e di reinserimento, anche in collaborazione con altre articolazioni del SSR e con altri Enti Locali.

Parte III Interventi sanitari e sociali

379

Capitolo I Rete dei Servizi e modelli di funzionamento

Inoltre, sono state attribuite ai Ser.D. funzioni non precedentemente svolte, che indicano anche un'evoluzione del ruolo e della diversa rappresentazione sociale loro attribuita.

Tra i temi emergenti dell'intervento nel settore FeDerSerD propone:

- la necessaria precocità nell'intervento;
- la cronicità e la continuità assistenziale;
- i minori e le funzioni genitoriali;
- l'intervento di prossimità e di ascolto;
- le urgenze e le estreme gravità;
- il tema droga e povertà;
- la riduzione del danno e dei rischi;
- il rapporto con i Medici di Medicina Generale (MMG) e la rete delle cure primarie in genere;
- la complessità di interpretazione del fenomeno GAP (gioco d'azzardo patologico).

Per quanto attiene alla c.d. "cronicità" bisogna sottolineare che l'intervento dei Servizi pubblici per le dipendenze in Italia ha garantito la presa in carico e la ritenzione in trattamento di ampie fasce di tossicodipendenti da eroina, anche attraverso il trattamento di mantenimento in terapia farmacologica sostitutiva, seguendo consolidate evidenze scientifiche internazionali. Questo ha avuto conseguenze importanti in termini di riduzione o contenimento della trasmissione delle infezioni per via iniettiva e degli episodi di overdose, in termini di maggiore integrazione sociale e di una maggiore cura di sé e della propria salute, riducendo pertanto la mortalità precoce di cui è portatrice la popolazione dei tossicodipendenti da eroina. Questo ha consentito alla popolazione dei trattati di sopravvivere alle conseguenze della propria dipendenza e ha prodotto un progressivo invecchiamento della popolazione trattata, uno tra gli *outcome* positivi in termini di impatto sulla salute dell'intervento dei Servizi. Individuare modelli di intervento adatti ad affrontare le problematiche legate al progressivo invecchiamento della popolazione assistita rappresenta una delle importanti sfide del prossimo futuro del Servizio Sanitario nel suo complesso.

Oltre a quanto sopra menzionato, negli ultimi anni il personale dei servizi per le Dipendenze è stato chiamato ad essere componente delle Commissioni Medico Locali per valutare le persone fermate dalle Forze dell'Ordine per guida in stato di alterazione psicofisica, ovvero a valutare e certificare eventuali patologie/assenze di patologie da dipendenza nell'ambito degli accertamenti dei lavoratori che rientrano nelle cosiddette Mansioni a rischio" di cui alle Intese Stato-Regioni e PA del 2006 e 2007 e ai disposti di cui al Decreto Legislativo 81 del 2008 e s.m.i..

Fattore centrale nell'organizzazione dei servizi pubblici è rappresentato dal modello generale adottato dalle Regioni e P.A. per la definizioni degli Atti di organizzazione delle Aziende Sanitarie Locali. Su questo tema gli orientamenti regionali evidenziano strategie diverse, tra il dare indicazioni vincolanti con modelli di funzionamento univoci (61%), ovvero offrire forti indicazioni lasciando autonomia alle singole Aziende di individuare soluzioni organizzative valide per lo specifico territorio (circa il 25%), ovvero lasciare totale autonomia organizzativa.

I modelli organizzativi dei servizi pubblici per le dipendenze più frequenti sono rappresentati dal modello dipartimentale (autonomo, integrato con Salute Mentale, integrato con altri servizi, come materno infantile o cure primarie) o dall'inserimento della singola Unità Operativa nel Distretto.

Dalla rilevazione delle Regioni e P.A. risultano presenti sul territorio nazionale 581 Ser.D. Il numero dei Servizi non coincide con il numero delle sedi (620) di erogazione delle singole prestazioni, che vengono attivate per rendere il servizio più accessibile a tutta la popolazione, come si evince dalla Tabella 2.

La dislocazione capillare dei Ser.D. garantisce un'ampia accessibilità alle cure, accessibilità favorita anche dai regimi di affidamento dei farmaci agonisti e, ove possibile, dalla collaborazione alla cura da parte dei medici di Medicina Generale e delle Cure Primarie.

Le equipe multiprofessionali sono portate a costruire una rete di collaborazione con le altre strutture aziendali e con le agenzie territoriali coinvolte negli interventi terapeutici, oltre che nella prevenzione.

Questa rete di collaborazioni costituisce la premessa e la spinta per una delle espressioni più qualificate del nostro SSN che è quella dell'integrazione socio-sanitaria.

Dalla lettura dei dati emerge la necessità di una maggiore condivisione di criteri affinché un servizio sia definito quale Ser.D. e non quale singola sede distaccata di erogazione prestazioni. Ad esempio: in alcuni casi la non disponibilità adeguata delle figure professionali prevista, determina la decisione di mantenere il presidio quale sede distaccata di altro Ser.D., in cui è possibile garantire l'intera gamma di trattamenti previsti.

Tabella 2. Numero Ser.D. e numero sedi ambulatoriali di erogazione prestazioni per singola Regione e P.A. Anno 2014

Regione/PP AA	N. Ser.D.	N. sedi erogazione prestazioni
Piemonte	67	91
Val d'Aosta	1	1
Lombardia	89	85
Bolzano	4	4
Trento	1	3
Veneto	38	39
Friuli Venezia Giulia	7	11
Liguria	16	16
Emilia Romagna	43	47
Toscana	40	41
Umbria	11	11
Marche	13	14
Lazio	46	46
Abruzzo	11	11
Molise	5	5
Campania	44	45

Parte III Interventi sanitari e sociali

381

Capitolo I Rete dei Servizi e modelli di funzionamento

Puglia	54	55
Basilicata	6	6
Calabria	17	17
Sicilia	52	51
Sardegna	16	21
Totale	581	620

La gestione dei Ser.D. è quasi esclusivamente pubblica ad eccezione di 10 servizi in Regione Lombardia, accreditati con gestione privata.

L'offerta ambulatoriale dei Ser.D., nella maggioranza delle Regioni e P.A. risponde alla domanda di cura della popolazione con patologia da dipendenza, senza distinzione tra le diverse tipologie di sostanze di abuso. In questi casi i servizi per la cura della tossicodipendenza coincidono con quelli per la cura dell'alcolismo, fermo restando la costituzione di equipe di lavoro dedicate. Nelle altre Regioni e P.A. i servizi per l'alcolismo o sono totalmente separati e distinti dai Ser.D. o sono non totalmente sovrapponibili.

Ne discende che la valorizzazione delle risorse (umane, economiche, di offerta terapeutica) immesse nel sistema riguardi nel primo caso l'intera domanda di assistenza relativa sia ai tossicodipendenti che agli alcolodipendenti.

Analogamente l'utenza in trattamento, riportata anche nella presente Relazione nel paragrafo successivo, non coincide con la totalità dell'utenza in trattamento presso i Ser.D.

Dai dati SIND si evincono informazioni circa le prestazioni ambulatoriali, dirette all'utenza con dipendenza da sostanze illegali, che rispondono ai criteri di inclusione del sistema stesso (vedi paragrafo precedente). Tale volume di prestazioni, come già evidenziato, non corrisponde quindi al volume di prestazioni totali erogate presso i Ser.D., che comprendono anche quelle rivolte a pazienti con altre dipendenze (alcol, tabacco, senza sostanza, ecc), quelle in ambito preventivo e quelle relative alle consulenze previste per controlli sanitari (mansioni a rischio, patenti, ecc.).

Per quanto riguarda i soggetti con dipendenza da sostanze illegali e/o psicofarmaci non prescritti, il 57% dei soggetti ha avuto prestazioni farmacologiche con una media di 150 per utente, il 72% prestazioni psicosociali con una media di 15 per utente, il 77% prestazioni sanitarie diverse da quelle farmacologiche con una media di 21 per utente (Tabella 3).

Tabella 3. Numero di prestazioni e numero di prestazioni per utente per tipologia di prestazione erogata agli utenti tossicodipendenti trattati nei Ser.D. Anno 2014. Il totale ha dimensione regionale e non coincide con quello calcolato in riferimento ai Ser.

Tipologia Prestazione	Numero Soggetti	% su Totale Utenti (n=123.904)	Numero Prestazioni	Prestazioni per utente
Altro	93.685	75,6%	1.705.877	18,2
Farmacologico	70.699	57,1%	10.594.472	149,9
Psicosociale	89.583	72,3%	1.322.284	14,8
Sanitario	95.548	77,1%	1.983.887	20,8
			15.606.520	126,0

*Un soggetto che si rivolge ad n Ser è contato n volte nell'analisi per Ser ma solo una volta a livello regionale. Un soggetto può effettuare più tipologie di prestazioni. Le percentuali sono calcolate sul numero totale di soggetti (123.904).

• Offerta residenziale e semiresidenziale

I programmi residenziali e semiresidenziali costituiscono una risorsa importante, ampiamente utilizzata dai servizi nell'ambito di progetti terapeutici personalizzati. L'ampia gamma dei programmi disponibili, ad alto grado di specializzazione, associata al lavoro integrato tra le equipe dei Ser.D. ed i servizi residenziali e semiresidenziali, ha consentito di rispondere al mutare costante dei fenomeni di consumo/abuso/dipendenze, modellando i progetti terapeutici in relazione ai bisogni molteplici e variabili delle persone.

In questo senso, si segnala il differenziarsi della risposta residenziale, anche con programmi innovativi, in relazione all'incremento di forme variegata di multiproblematicità o di tipologie molto differenziate di pazienti: comorbidità psichiatriche (cd. "doppia diagnosi"), assenza/presenza di problemi organici, assenza/presenza di grave marginalità sociale, giovanissima età/invecchiamento della popolazione assistita, policonsumo. A tali profili molto differenziati, ma molto complessi dal punto di vista clinico si è risposto con la strutturazione di percorsi multidisciplinari ad alto grado di personalizzazione.

Su un diverso versante, la risposta residenziale è stata ampliata a problematicità emergenti, quali il gambling e le dipendenze da comportamenti, con moduli di trattamento specifici (ad es., residenzialità breve, interventi nel week end).

L'assistenza residenziale e semiresidenziale garantisce un'offerta totale su scala nazionale di 13.700 Posti.

La quasi totalità di tale offerta è gestita da organizzazioni del Privato, attore da sempre importante nel sistema della rete dei servizi e nella costruzione dei modelli di intervento per le patologie da dipendenza.

La tipologia dell'offerta tra le Regioni e P.A. è solo parzialmente comparabile, non essendoci una definizione unica dei trattamenti (quali prestazioni/interventi assistenziali per singola tipologia). Il seguente quadro si basa, pertanto, sulla denominazione del trattamento:

- Trattamenti Terapeutico Riabilitativi: i servizi residenziali e semiresidenziali sono presenti in tutto il territorio nazionale, ad eccezione del Friuli Venezia Giulia (solo residenziali) e del Molise.
- Trattamenti Pedagogico Riabilitativi: presenti in quasi tutte le Regioni e P.A.. In alcune Regioni (Piemonte, Liguria, Friuli Venezia Giulia, Veneto e Sicilia) questa tipologia non è erogata, in genere in funzione delle trasformazioni in altre tipologie assistenziali delle precedenti Comunità pedagogiche
- Trattamenti Specialistici: presenti in quasi tutte le Regioni e P.A. del Nord (ad eccezione del Friuli Venezia Giulia) e in tutte quelle del Centro (nel Lazio gestite tramite progetti, in attesa della conclusione del processo di accreditamento). Non presenti nelle Regioni del Sud. La tipologia di specialità è nella quasi totalità dell'offerta rivolta a pazienti con comorbidità psichiatrica (doppia diagnosi), minori, madre-bambino. In alcune Regioni e P.A. sono presenti strutture dedicate a specifiche dipendenze (da alcol, da cocaina, da gioco d'azzardo, ecc.). Alcune Regioni e P.A. infine hanno predisposto servizi specialistici (a diversa intensità assistenziale) per pazienti tossicodipendenti con patologie HIV.
- Prima Accoglienza: presenti solo in alcune Regioni e P.A.. In questo caso la discordanza nella denominazione dei servizi è maggiore. Per un approfondimento su questa tipologia si rimanda alla sezione relativa alla Riduzione del Danno.
- Centri di Osservazione, Diagnosi e Orientamento: anche in questo caso le differenze di denominazione e/o di attribuzione della funzione sono molteplici. Pertanto in alcune Regioni e P.A. sono presenti servizi residenziali/semiresidenziali deputati esclusivamente a tale funzione (Piemonte, Liguria, Emilia Romagna, Toscana, Umbria e Marche) in altri tali funzioni sono attribuite esplicitamente ad altri servizi.
- Altre tipologie: molte Regioni e P.A. hanno attivato altre tipologie di offerta (Lungodegenza, Case Alloggio, Minori coinvolti nel circuito penale, ecc.) in funzione della analisi della domanda e della programmazione locale.

In funzione delle diversità di denominazione dei trattamenti e delle modalità di rilevazione adottata si riporta il quadro dell'offerta ripartito in tre categorie:

1. terapeutico riabilitativo;
2. pedagogico-riabilitativo;
3. nuove tipologie, in cui vengono comprese le specialistiche, la prima accoglienza e le altre tipologie definite dalle singole Regioni e P.A.

L'offerta specifica (in funzione del numero dei Posti Letto) di ogni Regione e P.A. è illustrata nella Figura 4, da cui emergono le scelte effettuate nella programmazione della rete dei servizi.

Tale quadro letto congiuntamente al rapporto tra numero dei posti residenziali/semiresidenziali disponibili e popolazione della fascia target (15-64 anni) mette in evidenza una disomogeneità nell'offerta in questo ambito che merita di essere approfondita per meglio comprenderne le motivazioni e individuarne gli opportuni correttivi (Figura 5). Le differenze nella quantità di offerta dovrebbero essere messe in relazione con molteplici fattori:

- a) diversità della problematicità locale e dei bisogni di cura;

Relazione Annuale al Parlamento 2015

384

- b) diversità nell'offerta complessiva del sistema di cura (rapporto tra assistenza ambulatoriale, residenziale, interventi preventivi, ecc.);
- c) diversità tra territori che richiedono forme differenziate di cura;
- d) diversità di scelte di politica sanitaria pubblica, anche in relazione alle risorse disponibili.

Figura 4. I posti letto delle strutture pubbliche e private per Regione e P.A.

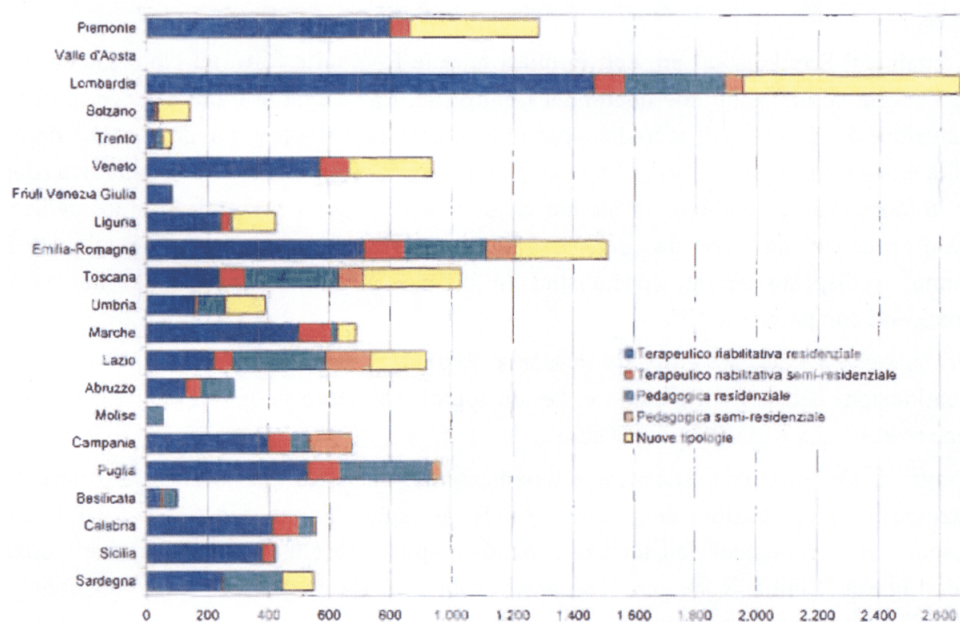


Figura 5. Posti letto totali su 100.000 residenti 15-64 anni

