

FEMMINE									
REGIONI	Fino a 14	15-17	18-20	21-22	23-25	26-28	29-30	Oltre 30	Totale
ABRUZZO	8	69	305	239	278	182	88	274	1,443
BASILICATA	3	25	88	43	60	33	25	53	330
CALABRIA	8	72	233	178	242	156	78	256	1,223
CAMPANIA	12	103	450	312	395	289	124	434	2,121
EMILIA ROMAGNA	36	448	1,168	722	929	590	293	1,027	5,213
FRIULI VENEZIA GIULIA	3	81	201	120	148	136	54	148	891
LAZIO	27	449	1,445	910	1,067	724	358	1,268	6,248
LIGURIA	21	277	697	439	526	396	197	729	3,282
LOMBARDIA	70	893	2,226	1,282	1,432	978	487	1,754	9,122
MARCHE	10	163	522	300	337	199	87	248	1,866
MOLISE	3	30	91	51	60	43	19	52	350
PIEMONTE	40	487	1,163	731	882	598	325	1,038	5,264
PUGLIA	44	239	770	475	532	353	166	456	3,036
SARDEGNA	10	116	365	261	336	275	120	464	1,947
SICILIA	32	463	1,069	635	664	483	258	853	4,457
TOSCANA	44	607	1,802	1,075	1,344	923	456	1,521	7,773
TRENTINO ALTO ADIGE	12	137	267	165	171	103	45	187	1,087
UMBRIA	8	85	223	152	199	112	54	215	1,048
VALLE D'AOSTA	2	21	97	74	86	46	24	78	428
VENETO	32	409	969	605	661	548	219	884	4,328
TOTALE GENERALE	425	5,174	14,151	8,769	10,349	7,167	3,477	11,939	61,457

PERSONE SEGNALATE AI SENSI DELL'ARTICOLO 75 T.U. N.309/90
Distribuzione numerica per sesso e classi di età
PERIODO DI RIFERIMENTO: dall'11-07-1990 al 31-12-2015
Elaborazione a livello regionale alla data del 04 - 04 - 2016

TOTALE MASCHI E FEMMINE

REGIONI	Fino a 14	15-17	18-20	21-22	23-25	26-28	29-30	Oltre 30	Totale
ABRUZZO	82	1,362	5,333	3,353	3,815	2,643	1,279	3,859	21,727
BASILICATA	46	701	2,194	1,252	1,429	862	429	1,216	8,132
CALABRIA	181	2,396	7,638	4,531	5,006	3,314	1,651	5,178	29,897
CAMPANIA	219	4,512	15,787	9,511	10,279	6,855	3,269	9,868	60,307
EMILIA ROMAGNA	294	5,102	16,083	9,155	10,230	7,264	3,789	12,159	64,080
FRIULI VENEZIA GIULIA	43	742	3,346	1,726	1,645	1,137	567	1,845	11,051
LAZIO	425	7,290	25,571	14,088	15,031	10,074	4,955	17,808	95,248
LIGURIA	207	3,070	8,798	5,040	5,762	4,252	2,148	7,330	36,610
LOMBARDIA	626	11,163	31,197	18,182	20,401	14,216	7,207	24,200	127,199
MARCHE	109	2,108	6,737	3,664	3,603	2,371	1,078	3,328	22,998
MOLISE	32	416	1,421	865	953	640	294	816	5,438
PIEMONTE	291	5,791	15,983	8,765	9,888	6,913	3,612	12,698	63,947
PUGLIA	471	6,918	19,544	10,478	10,886	7,128	3,330	10,046	68,807
SARDEGNA	158	2,052	6,957	4,260	4,680	3,447	1,705	6,077	29,338
SICILIA	489	10,440	25,316	12,468	12,298	7,596	3,529	11,316	83,458
TOSCANA	337	6,208	19,351	11,969	13,700	9,768	4,857	16,019	82,215
TRENTINO ALTO ADIGE	77	1,387	3,266	1,728	1,922	1,334	629	1,958	12,302
UMBRIA	40	804	2,994	1,881	2,008	1,343	669	2,384	12,123
VALLE D'AOSTA	16	291	1,016	693	908	621	297	804	4,646
VENETO	273	4,410	12,659	7,202	8,010	5,918	2,910	11,035	52,427
TOTALE GENERALE	4,416	77,163	231,191	130,811	142,454	97,696	48,204	159,944	891,950

PERSONE SEGNALATE AI SENSI DELL'ARTICOLO 75 T.U. N.309/90

Distribuzione numerica per sesso e classi di età

PERIODO DI RIFERIMENTO : dal 01-01-2015 al 31-12-2015

Elaborazione a livello regionale alla data del 04 - 04 - 2016

MASCHI

Regione	Fino a 14	15-17	18-20	21-22	23-25	26-28	29-30	Oltre 30	Totale
ABRUZZO	1	43	174	87	106	65	39	234	749
BASILICATA	3	27	76	46	47	45	18	88	350

CALABRIA	10	83	242	168	204	130	80	438	1,355
CAMPANIA	14	111	372	228	237	198	97	493	1,750
EMILIA ROMAGNA	18	228	492	228	279	213	102	545	2,105
FRIULI VENEZIA GIULIA	2	28	64	29	21	18	5	37	204
LAZIO	17	284	658	386	406	261	132	881	3,025
LIGURIA	15	166	336	159	155	144	62	351	1,388
LOMBARDIA	19	332	481	272	272	222	107	665	2,370
MARCHE	10	127	232	95	111	53	21	142	791
MOLISE	4	24	59	40	31	24	16	52	250
PIEMONTE	25	273	514	266	269	208	94	755	2,404
PUGLIA	21	289	568	333	309	195	99	437	2,251
SARDEGNA	6	39	118	58	73	43	19	141	497
SICILIA	26	278	729	415	474	299	134	690	3,045
TOSCANA	34	300	669	367	391	306	142	1,028	3,237
TRENTINO ALTO ADIGE	3	63	141	53	66	46	23	90	485
UMBRIA	2	15	42	25	37	30	15	92	258
VALLE D'AOSTA	2	12	22	19	15	15	8	29	122
VENETO	29	302	592	288	298	222	129	640	2,500
TOTALE GENERALE	261	3,024	6,581	3,562	3,801	2,737	1,342	7,828	29,136

PERSONE SEGNALATE AI SENSI DELL'ARTICOLO 75 T.U. N.309/90

Distribuzione numerica per sesso e classi di età

PERIODO DI RIFERIMENTO : dal 01-01-2015 al 31-12-2015

Elaborazione a livello regionale alla data del 04 - 04 - 2016

F E M M I N E

Regione	Fino a 14	15-17	18-20	21-22	23-25	26-28	29-30	Oltre 30	Totale
ABRUZZO	2	3	6	10	4	5	4	11	45
BASILICATA	0	3	4	2	3	1	2	4	19

CALABRIA	0	0	16	4	12	4	5	24	65
CAMPANIA	0	2	9	17	13	8	4	14	67
EMILIA ROMAGNA	8	26	32	10	23	18	4	43	164
FRIULI VENEZIA GIULIA	0	3	2	1	0	2	0	3	11
LAZIO	2	19	48	35	41	28	14	70	257
LIGURIA	3	12	20	13	13	8	5	29	103
LOMBARDIA	3	21	35	18	19	15	19	62	192
MARCHE	3	15	16	13	6	7	4	11	75
MOLISE	0	1	2	2	2	6	1	4	18
PIEMONTE	2	36	35	23	20	10	10	59	195
PUGLIA	1	11	27	19	18	12	7	29	124
SARDEGNA	2	1	13	6	4	4	2	15	47
SICILIA	2	22	33	21	24	7	6	37	152
TOSCANA	5	27	58	35	47	31	18	101	322
TRENTINO ALTO ADIGE	1	10	13	9	5	2	1	4	45
UMBRIA	0	1	7	4	5	2	1	11	31
VALLE D'AOSTA	0	1	2	2	0	2	0	3	10
VENETO	4	41	61	30	21	23	6	53	239
TOTALE GENERALE	38	255	439	274	280	195	113	587	2,181
PERSONE SEGNALATE AI SENSI DELL'ARTICOLO 75 T.U. N.309/90 Distribuzione numerica per sesso e classi di età PERIODO DI RIFERIMENTO : dal 01-01-2015 al 31-12-2015 Elaborazione a livello regionale alla data del 04 - 04 - 2016									
TOTALE MASCHI E FEMMINE									
Regione	Fino a 14	15-17	18-20	21-22	23-25	26-28	29-30	Oltre 30	Totale
ABRUZZO	3	46	180	97	110	70	43	245	794
BASILICATA	3	30	80	48	50	46	20	92	369
CALABRIA	10	83	258	172	216	134	85	462	1,420

CAMPANIA	14	113	381	245	250	206	101	507	1,817
EMILIA ROMAGNA	26	254	524	238	302	231	106	588	2,269
FRIULI VENEZIA GIULIA	2	31	66	30	21	20	5	40	215
LAZIO	19	303	706	421	447	289	146	951	3,282
LIGURIA	18	178	356	172	168	152	67	380	1,491
LOMBARDIA	22	353	516	290	291	237	126	727	2,562
MARCHE	13	142	248	108	117	60	25	153	866
MOLISE	4	25	61	42	33	30	17	56	268
PIEMONTE	27	309	549	289	289	218	104	814	2,599
PUGLIA	22	300	595	352	327	207	106	466	2,375
SARDEGNA	8	40	131	64	77	47	21	156	544
SICILIA	28	300	762	436	498	306	140	727	3,197
TOSCANA	39	327	727	402	438	337	160	1,129	3,559
TRENTINO ALTO ADIGE	4	73	154	62	71	48	24	94	530
UMBRIA	2	16	49	29	42	32	16	103	289
VALLE D'AOSTA	2	13	24	21	15	17	8	32	132
VENETO	33	343	653	318	319	245	135	693	2,739
TOTALE GENERALE	299	3,279	7,020	3,836	4,081	2,932	1,455	8,415	31,317

PERSONE SEGNALATE AI SENSI DELL'ARTICOLO 75 T.U. N.309/90 Distribuzione delle sostanze per sesso PERIODO DI RIFERIMENTO : dal 11-07-1990 al 31-12-2015 Data di elaborazione : 04 - 04 - 2016			
Descrizione	Maschi	Femmine	Totale
EROINA	125,542	14,359	139,901
METADONE	4,039	574	4,613
MORFINA	462	63	525
ALTRI OPPIACEI	3,914	344	4,258
TOTALE	4,376	407	4,783

COCAINA	102,531	7,054	109,585
CRACK	1,109	86	1,195
TOTALE	103,640	7,140	110,780

ANFETAMINE	1,513	188	1,701
ECSTASY ED ANALOGHI	6,121	590	6,711
CANNABINOIDI	754,819	44,777	799,596
ALTRI STIMOLANTI	90	11	101
BARBITURICI	22	1	23
BENZODIAZEPINE	552	59	611
ALTRI IPNOTICI E SEDATIVI	146	17	163
LSD	533	62	595
ALTRI ALLUCINOGENI	266	39	305
INALANTI VOLATILI	456	32	488
ALTRE SOSTANZE ILLEGALI	33,950	2,730	36,680
TOTALE	36,015	2,951	38,966

PERSONE SEGNALATE AI SENSI DELL'ARTICOLO 75 T.U. N.309/90			
Distribuzione delle sostanze per sesso			
PERIODO DI RIFERIMENTO: dall'1-01-2015 al 31-12-2015			
Data di elaborazione: 04 - 04 - 2016			
Descrizione	Maschi	Femmine	Totale
EROINA	1,664	232	1,896
METADONE	122	18	140
MORFINA	39	0	39
ALTRI OPPIACEI	159	13	172
COCAINA	3,874	297	4,171
CRACK	67	9	76
ANFETAMINE	115	9	124
ECSTASY ED ANALOGHI	120	9	129
ALTRI STIMOLANTI	11	1	12
BENZODIAZEPINE	8	0	8
ALTRI IPNOTICI E SEDATIVI	6	1	7
LSD	7	1	8
ALTRI ALLUCINOGENI	20	6	26
INALANTI VOLATILI	110	12	122
CANNABINOIDI	24,686	1,717	26,403
ALTRE SOSTANZE ILLEGALI	88	6	94

PAGINA BIANCA

PARTE III
INTERVENTI SANITARI E
SOCIALI

PAGINA BIANCA

Capitolo 1 – Rete dei servizi e modelli di funzionamento

a cura di: - Commissione Salute della Conferenza delle Regioni e delle Province Autonome GTID - Ministero della Salute, Direzione Generale della Prevenzione, Direzione generale della digitalizzazione del sistema informativo sanitario e della statistica - Ministero dell' Interno, Dipartimento per le Politiche del Personale dell' Amministrazione Civile e per le Risorse strumentali Finanziarie -Ministero Giustizia, Dipartimento Amministrazione Penitenziaria (DAP) -Associazione Coordinamento Nazionale Comunità di Accoglienza (CNCA) - Forum Droghe -Istituto Suprire di Sanità ISS, Dipartimento Malattie Infettive, Parassitarie ed immunomediate.

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 Dipendenze)

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,

- Decreto-legge 13 settembre 2012, n. 158, coordinato con la legge di conversione 8 novembre 2012, n. 189, recante “Disposizioni urgenti per promuovere lo sviluppo del Paese mediante un più alto livello di tutela della salute” (cd decreto Balduzzi)
- Accordo in Conferenza Unificata del 22 gennaio 2015 su “Linee guida in materia di erogazione dell’assistenza sanitaria negli istituti penitenziari per adulti; implementazione delle reti sanitarie regionali e nazionali”.

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 Dipendenze (Ser.D.), 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:

1. le caratteristiche socio-anagrafiche;
2. la situazione patologica;
3. l’uso di sostanze;
4. i marker infettivologici;
5. le terapie farmacologiche;
6. le prestazioni erogate.

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

- accesso al servizio (Ser.D.), con specificazione se in ambito penitenziario

- 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
- erogazione di almeno una prestazione riferibile 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 Ser.D. 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 sia stata erogata almeno una prestazione tra quelle previste nei gruppi omogenei di prestazioni.

Il flusso informativo SIND è suddiviso nelle seguenti macroaree:

1. informazioni di carattere anagrafico sui servizi per le tossicodipendenze (archivio STRUTTURE)
2. 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 2015, è pari al 98% su scala nazionale delle sedi ambulatoriali censite, con una distribuzione regionale come da seguente tabella.

Tabella 35. Percentuale di Ser.D. che hanno inviato i dati a SIND per Regione. Anno 2015. Fonte SIND.

Regione/PP AA.	Sedi rispondenti %
Piemonte	100,0%
Valle d'Aosta	100,0%
Lombardia	97,6%
Bolzano	100,0%
Trento	100,0%
Veneto	97,4%
Friuli-Venezia Giulia	100,0%
Liguria	100,0%

Emilia-Romagna	100,0%
Toscana	97,5%
Umbria	100,0%
Marche	100,0%
Lazio	76,1%
Abruzzo	100,0%
Molise	80,0%
Campania	97,8%
Puglia	100,0%
Basilicata	100,0%
Calabria	100,0%
Sicilia	98,0%
Sardegna	95,2%

Il confronto interregionale

Nel campo delle dipendenze, analogamente a quanto accade in altri settori, sono riscontrabili differenze organizzative rilevanti tra i sistemi sanitari delle diverse Regioni e PA. La necessità di rispondere alla continua evoluzione dei fenomeni attraverso l'attuazione di nuovi paradigmi di intervento, le diverse sensibilità ed orientamenti espressi dai territori, le molteplici soluzioni proposte dagli interlocutori locali, uniti alla variabilità degli indirizzi propri delle competenze regionali, hanno portato allo sviluppo nel tempo di rilevanti differenziazioni meritevoli di approfondimenti relativamente all'impatto sulla salute della popolazione.

D'altra parte, il settore è caratterizzato da aspetti di complessità rilevabili su diversi livelli, rispetto ai quali le Regioni e PA condividono fondamentalmente una lettura univoca, che mette a fuoco in particolare i seguenti elementi:

- la mutevolezza e complessità del fenomeno, che necessita di una costante attenzione ai cambiamenti (cambiamenti sociali, di consumo, di welfare, di mercato, etc.),
- la molteplicità dei sistemi coinvolti (sanitario, sociale, giustizia, formazione e lavoro, ecc.),
- la presenza di un Privato no profit, accreditato o convenzionato (di seguito "Privato") senza fini di lucro, storicamente significativo nella costruzione di modelli di intervento,
- la presenza di competenze professionali e scientifiche che si formano sul campo, e non in specifiche scuole di specializzazione, e che offrono un importante contributo all'innovazione delle conoscenze e dei saperi,
- la natura multifattoriale delle patologie da dipendenza, da cui deriva la necessità di integrazione teorica, clinica ed operativa tra le differenti discipline.

Le stesse Regioni e PA, pertanto, sulla base di una visione condivisa, hanno ritenuto indispensabile dotarsi di sistemi comuni di monitoraggio ed analisi, contribuendo attivamente alla costruzione dei sistemi di rilevazione nazionali ed inoltre realizzando proprie iniziative di monitoraggio, come base per iniziative di confronto volte al miglioramento reciproco. Hanno inoltre attuato, negli anni passati, alcune iniziative importanti, in particolare 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) e 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.

Queste esperienze, alle quali si è associato un lungo percorso di confronto con i principali stakeholder (servizi pubblici, privato no profit, organizzazioni sindacali, società scientifiche, associazionismo), hanno fatto emergere le seguenti linee strategiche:

- la necessità di sviluppare collaborazioni istituzionali permanenti tra il Governo nazionale, le Regioni e Province autonome e le autonomie locali, favorendo una *governance* partecipata, per una concertazione delle strategie di intervento;
- la necessità di strutturare ambiti di confronto e lavoro comune tra il gruppo tecnico interregionale e le più rilevanti reti del privato no profit, le Società Scientifiche e le Organizzazioni Sindacali, con l’obiettivo della massima integrazione istituzionale, operativa e professionale;
- 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.

Allo stesso tempo venivano evidenziati gli obiettivi da perseguire, riferiti alle principali criticità riscontrate nel sistema, relative a quattro fattori principali:

- garantire l’esigibilità dei LEA Sanitari e dei LIVEA Sociali in tutto il territorio nazionale;
- recuperare il divario tra le diverse Regioni;
- garantire risorse certe ed adeguate, funzionali al mantenimento ed al miglioramento dei servizi pubblici e del privato no profit;
- affrontare l’emergenza carceri, anche attraverso il potenziamento delle misure alternative previste dalla normativa.

Tuttavia negli anni successivi, a causa delle modalità di approccio adottate nel confronto tra lo Stato e le Regioni, si è interrotto il percorso di positiva integrazione avviato tra le istituzioni centrali e regionali e gli enti a vario titolo coinvolti.

A partire dalla seconda metà del 2014 sono stati riattivati alcuni tavoli istituzionali di confronto e partecipazione, nel 2015 si è lavorato congiuntamente tra Ministero della Salute, Istituto Superiore di Sanità e Regioni e PA in particolare su temi inerenti le attività di screening delle malattie infettive effettuate dai servizi per le dipendenze e il gioco d’azzardo patologico, oltre al proseguimento delle attività tese a migliorare il Sistema Informativo Nazionale delle Dipendenze e la conseguente analisi dei dati rilevati.

Sul piano generale, tuttavia, ad oggi permangono sostanzialmente le stesse criticità sopra evidenziate e gli obiettivi strategici già emersi dalle iniziative di confronto realizzate nel 2009 sono ancora lontani dall’essere raggiunti.

Un importante elemento di novità, che getta le basi di un lavoro sistematico su questi temi, è costituito dalla richiesta di collaborazione con il Gruppo Tecnico Interregionale Dipendenze, avanzata dal DPA e approvata dalla Commissione Salute in data 25 maggio 2016.

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. La delega è in capo o all’Assessorato alla Sanità o all’Assessorato Politiche Sociali o a entrambi gli Assessorati 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 Dipendenze (GTID), composto dai funzionari e tecnici delle singole Regioni e P.A.

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 no profit. Tale importante contributo ha determinato, nel tempo, una cultura diffusa di partecipazione alle scelte, con la realizzazione di processi di governance, sempre presenti, seppur attuati a livelli e con modalità e strategie diverse. Parallelamente l'integrazione operativa tra Servizi Pubblici e del Privato no profit, 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.

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 e nella programmazione degli investimenti.

Al livello locale di azienda sanitaria analogo processo di confronto e di condivisione avviene tra i Servizi Pubblici ed i servizi del Privato no profit, generalmente sulle medesime tematiche trattate al livello centrale regionale.

1.2 Organizzazione della rete dei servizi

Le Regioni e P.A., 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, la rete dei servizi per le dipendenze riconosce alcuni principi ispiratori comuni in tutto il territorio nazionale, che ne caratterizzano la specificità, ovvero:

- Gli stili di consumo presentano oggi scenari inimmaginabili fino a pochi anni fa, determinando una domanda di trattamento che si è profondamente modificata negli anni. E' necessario pertanto un aggiornamento costante per gestire e curare soggetti con quadri clinici (determinati da nuove sostanze, caratterizzati da comorbilità, cronicità, ecc.) o appartenenti a fasce di popolazione (giovanissimi, 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 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 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.

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