



Presidenza del Consiglio dei Ministri
Dipartimento Nazionale per le Politiche Antidroga

**IV Conferenza Nazionale sui problemi
connessi alla diffusione delle
sostanze stupefacenti e psicotrope**

“Insieme, per costruire”

Palermo, 5-6-7 Dicembre 2005

PRESENTAZIONE

Nel corso dell'anno che volge ormai al termine, il Dipartimento nazionale per le politiche antidroga si è adoperato con convinzione per celebrare la IV Conferenza Nazionale sulle tossicodipendenze, inteso non solo come un mero adempimento legislativo ma come momento indispensabile di dibattito e confronto di tutti gli attori che intervengono nelle politiche antidroga.

Nonostante le oggettive difficoltà che si sono via via succedute, siamo particolarmente soddisfatti dei lavori preparatori svolti con i Gruppi di lavoro della Consulta nazionale degli esperti, del Comitato scientifico nazionale, gruppi aperti ad ogni contributo, che hanno dibattuto per mesi sui temi indicati dalla Consulta stessa, ed il cui preziosissimo lavoro si sostanzia in questa pubblicazione nella sua forma sintetica, e nell'allegato cd rom nella sua forma completa anche di tutti i riferimenti bibliografici, delle pubblicazioni scientifiche e di tutto il materiale documentale preso in considerazione nel corso dei lavori.

Questo documento va considerato come un documento "aperto" e non definitivo, ma fin da subito, disponibile a suscitare il dibattito ed essere arricchito dalla discussione che si svolgerà nel corso della Conferenza nazionale di Palermo.

Ciò perché riteniamo che sia indispensabile fare in modo che ai professionisti ed agli operatori dell'intervento sulle tossicodipendenze e sui fenomeni di abuso venga data la possibilità di essere elementi fondamentali per le scelte di programmazione sia a livello locale che nazionale nel rispetto del principio costituzionale di sussidiarietà.

Il sistema di offerta dei servizi italiani, pur con tutti i suoi limiti e nodi critici, rappresenta un qualcosa che non trova eguali in altri paesi: per la sua capillarità, per la molteplicità di professionalità che vi si trovano espresse, per la qualità e l'umanità con la quale viene spesso declinata, per le motivazioni forti che permettono ai professionisti ed agli operatori tutti di proseguire la loro opera pur tra tante oggettive difficoltà.

Se, come siamo certi, la Conferenza nazionale sarà piena di contenuti, di posizioni dialetticamente confrontantisi ma che mirino ad una sintesi praticabile e non compromissoria, allora riteniamo che avrà assolto al proprio compito che è quello di indicare problemi e nodi da sciogliere, ma anche possibili soluzioni a chi, istituzionalmente ed ai vari livelli, è deputato ad amministrare, coordinare e legiferare.

Insieme per costruire, dunque, il Modello Italia che possa un domani essere punto di riferimento anche nella nuova Europa.

Andrea Fantoma, Raffaele Lombardo, Mauro Papi, Luciana Saccone

INDICE

PARTE I

ADEGUAMENTO DEI SERVIZI ALLE NUOVE MODALITA' DI CONSUMO

1. **LO SCENARIO ATTUALE** pag. 9
- 1.1 Contro la cultura della “normalizzazione” dell’uso delle droghe
 - 1.2 Il modello “duale” dei servizi del pubblico e del privato sociale accreditato
 - 1.3 La Rete di offerta nazionale: servizi e organici
 - 1.3.1 I Servizi pubblici
 - 1.3.2 Il privato sociale accreditato
 - 1.4 Il sistema dei finanziamenti
 - 1.5 Le tendenze al consumo e all’abuso, la rete del marketing, la lotta al narcotraffico
2. **ASSETTI ORGANIZZATIVI ED ADEGUAMENTO DELLE RISPOSTE AI CAMBIAMENTI** pag. 15
- 2.1 Il Dipartimento delle Dipendenze
 - 2.1.1 Premesse
 - 2.1.2 Introduzione tecnica e indicazioni generali di metodo
 - 2.1.3 Aspetti particolari dei Dipartimenti territoriali
 - 2.1.4 Fabbisogni organizzativi generali e possibili risposte del Dipartimento
 - 2.1.5 Definizione di Dipartimento e specifiche
 - 2.1.6 La progettazione dei Dipartimenti: elementi che condizionano le scelte dipartimentali nelle ASL
 - 2.1.7 Il funzionamento del Dipartimento: architettura strutturale, meccanismi operativi e cultura organizzativa
 - 2.1.8 Obiettivi generali del Dipartimento per le Dipendenze
 - 2.1.9 Organi principali del Dipartimento
 - 2.1.10 L’impianto organizzativo del Dipartimento per le Dipendenze
 - 2.1.11 Collaborazioni con altri Dipartimenti
 - 2.1.12 Le comunità terapeutiche
 - 2.1.13 I Medici di Medicina Generale
 - 2.1.14 Rapporti tra Distretto e Dipartimento
 - 2.1.15 Conclusioni tecniche
 - 2.1.16 Conclusioni
 - 2.2 Criteri per la definizione e la valutazione della qualità degli interventi terapeutici e delle pratiche assistenziali nel campo delle dipendenze: una proposta per l’identificazione di criteri condivisi
 - 2.3 Gestione della cronicità e cronicizzazione
 - 2.4 Le politiche attive del lavoro: le possibili strategie per favorire i processi di inserimento lavorativo
 - 2.4.1 Premessa
 - 2.4.2 Una organizzazione di rete intersistemica
3. **LA VALUTAZIONE DELLE ATTIVITA' NEGLI INTERVENTI SULLE DIPENDENZE: UNA PROPOSTA PER UN MODELLO CONDIVISO** pag. 41
- 3.1 Premessa
 - 3.2 La logica della valutazione: bisogni informativi, oggetti di valutazione, macroindicatori, modalità e strumenti di misurazione e standard di riferimento
 - 3.2.1 Bisogni informativi
 - 3.2.2 Oggetti di valutazione
 - 3.2.3 Modalità e strumenti di misurazione
 - 3.2.4 Sistema degli indicatori e standard di riferimento
 - 3.2.5 Altre specifiche
 - 3.3 Conclusioni

4.	SCHEDE DI SINTESI SULLE AREE PROBLEMATICHE E POSSIBILI SOLUZIONI ATTESE	pag. 49
5.	RACCOMANDAZIONI	pag. 57
6.	BIBLIOGRAFIA E RIFERIMENTI NORMATIVI	pag. 62
6.1	Bibliografia	
6.2	Riferimenti normativi che disciplinano a livello nazionale, europeo e internazionale gli interventi di prevenzione, cura e riabilitazione delle dipendenze:	

PARTE II

CARCERE E DROGA	pag. 75
------------------------	----------------

PARTE III

DOPPIA DIAGNOSI	pag. 81
------------------------	----------------

1. Introduzione
2. Storia, Definizione, Epidemiologia
3. Fattori di rischio ed evoluzione
4. Assessment del paziente in “doppia diagnosi”
5. Evoluzione e integrazione dei servizi
6. Formazione di base e formazione permanente dei professionisti dei Servizi
7. Valutazione dell'efficacia

IV PARTE

PREVENZIONE, COMUNICAZIONE SOCIALE E FORMAZIONE	pag. 89
--	----------------

1. Prevenire gli abusi e le dipendenze patologiche
 - 1.1 Premessa
 - 1.2 I dati epidemiologici sul rischio di droghe ed alcool tra gli adolescenti
 - 1.2.1 L'indagine ESPAD
 - 1.2.2 Tolleranza e percezione del rischio in rapporto alle varie droghe (2000-2004)
 - 1.2.3 L'iniziazione alle droghe. La Cannabis come droga di ingresso ?
 - 1.2.4 L'esperienza del consumo almeno una volta nella vita (2000-2004)
 - 1.2.5 L'età della prima assunzione.e la relazione tra il consumo di sostanze d'abuso legali ed illegali (2000-2004)
 - 1.2.6 Uso di droghe e scolarizzazione (2004)
 - 1.2.7 Il rischio tra gli studenti scolarizzati e non scolarizzati
 - 1.2.8 Famiglia e droghe
 - 1.2.9 Consumo di sostanze tra i militari
 - 1.3 I dati epidemiologici relativi agli adolescenti ed ai giovani adulti già dipendenti da sostanze d'abuso. La domanda di trattamento 2004
 - 1.4 Adolescenti, droghe e giustizia
 - 1.4.1 Adolescenti e servizi della giustizia minorile 2000-2004
 - 1.4.2 Segnalazioni ex art. 75 Dpr 309/ 90 (2000-2004)
 - 1.5 Fattori di rischio e di protezione dalle droghe .Studi internazionali
 - 1.6 Le differenze tra maschi e femmine
 - 1.7 Ciò che possono fare i genitori per proteggere gli adolescenti dal rischio di alcool e droghe
 - 1.8 Il contributo degli educatori e della comunità alla costruzione di fattori protettivi
 - 1.9 Le priorità dell'azione
 - 1.10 Un metodo per la prevenzione degli abusi e delle dipendenze
 - 1.11 La formazione come sostegno della prevenzione
 - 1.12 Prevenzione e comunicazione sociale

PREMESSA

Questo documento della IV Conferenza Nazionale sui problemi connessi alla diffusione delle sostanze stupefacenti e psicotrope è da considerare un documento “aperto” e non definitivo ma, fin da subito, disponibile a tutte le discussioni che sarà in grado di stimolare per arrivare ad una versione condivisa e conclusiva dopo essere stata discussa in Conferenza da tutti gli operatori e le organizzazioni interessate.

Le indicazioni qui contenute, quindi, vogliono essere una base strutturata per la discussione all'interno della Conferenza Nazionale, al fine di arrivare ad un ulteriore modello di riferimento dopo le riflessioni con i vari attori che hanno diversificate necessità: *gli operatori dei Dipartimenti (sia appartenenti alle strutture pubbliche che del privato sociale accreditato), le direzioni delle ASL, gli uffici di programmazione regionale, le amministrazioni centrali, ecc..*

Il documento non ha quindi pretese di essere esaustivo, ma si rivolge agli operatori del settore in modo da focalizzare alcuni dei molteplici aspetti dei temi proposti, su cui basare la discussione, in modo da arrivare ad un secondo documento di sintesi, arricchito però dai vari contributi che saranno raccolti all'interno della Conferenza Nazionale durante il dibattito tecnico e scientifico.

ADEGUAMENTO DEI SERVIZI ALLE NUOVE MODALITA' DI CONSUMO

1. LO SCENARIO ATTUALE

1.1. Contro la cultura della "normalizzazione" dell'uso delle droghe

Uno dei mutamenti significativi che oggi è possibile registrare è rappresentato dalla progressiva tendenza ad utilizzare sostanze psicoattive legali ed illegali sempre più in una luce di "normalizzazione" ed omologazione culturale.

Le tendenze al consumo compulsivo e l'affermarsi di culture della performance e dell'*entertainment* ad ogni costo costituiscono un substrato assai fertile per la riduzione delle soglie di allarme e di vigilanza nei confronti dell'uso di sostanze.

I dati epidemiologici, le esperienze cliniche e le conoscenze sul fenomeno dell'uso e dell'abuso di sostanze (ma anche le nuove *addiction* di cui da tempo si parla) dipingono uno scenario di "normalizzazione", intesa come il farsi strada di una mentalità generalizzata secondo cui diviene ineluttabile *convivere* con il fenomeno, considerandolo sempre più inevitabile in determinate fasce di età e di popolazione e sottovalutando, in tal modo, sia il peso degli interessi del mercato della droga che lucra sulla diffusione dei consumi sia gli effetti che i comportamenti di uso e abuso determinano sulla salute individuale. Inoltre, questa tendenza alla *normalizzazione* rappresenta una pesante ipoteca sui già esigui investimenti (in termini di sostegno alla ricerca, impegno istituzionale e risorse finanziarie) nel settore, rischiando di relegare il lavoro sulle dipendenze a semplice *processo riparativo*.

La percezione e la rappresentazione sociale delle dipendenze, unite all'erosione progressiva dell'impegno politico e culturale che rischia di relegare il dibattito sulla questione delle droghe a semplice contrapposizione di schieramenti, prefigura uno scenario di "anesteszizzazione" assai pericoloso per gli esiti che potrà portare.

In altre parti di questo documento si tracciano le caratteristiche estremamente sofisticate con cui la rete di vendita delle droghe (ma anche l'interesse commerciale in altre forme di *addiction*) sta sviluppando le sue strategie.

Qui può bastare ricordare quanto l'offerta di droga, un tempo di *nicchia*, si sia fatta sempre più ampia e variegata delineando una situazione di mercato illegale del tipo *supermarket* delle droghe, in cui ciascuno può trovare le più diverse varietà di sostanze, lecite ed illecite in relazione alle proprie esigenze e al contesto in cui dovrà avvenire l'assunzione.

Queste modificazioni riflettono lo sviluppo di strategie sofisticate di marketing, che utilizzano ampiamente quei *patterns* sociali e culturali citati in apertura.

Le droghe sembrano sempre più appetibili ad individui adulti, ben inseriti in attività lavorative/produktive. Grande enfasi è posta sul presunto "potere" di certe sostanze di aumentare i livelli di *performance* (nel lavoro, nello studio, nello sport, nelle attività sessuali).

Sensibile a tali mutamenti culturali, il mercato, più che da droghe che inducono lo "sballo", l'intorpidimento intellettuale, il ritiro da una partecipazione attiva alla realtà, è adesso dominato da sostanze stimolanti/eccitanti dotate di caratteristiche farmacologiche tali da produrre effetti percepiti dai consumatori come "elementi di sostegno" dell'io che consentano loro di aver l'illusione di rispondere adeguatamente alle richieste dell'efficientismo, di migliorare le proprie prestazioni fisiche/intellettuali e di vivere soggettivamente – anche attraverso la realizzazione di un'espansione del proprio Sé – la sensazione di poter modulare il mondo secondo le proprie esigenze.

Pur nella complessità di questo tema, per le grandi implicazioni etiche, politiche e professionali che possiede, si intende qui proporre alla riflessione della Conferenza la necessità di investire nuove risorse e nuove energie nel tema delle dipendenze e riaffermare la centralità della salute e del diritto di ogni individuo alla piena realizzazione delle sue potenzialità: un diritto che una società civile deve garantire e promuovere.

1.2. Il modello "duale" dei servizi del pubblico e del privato sociale accreditato

Il quadro normativo attraverso il quale nel nostro Paese si è definito un sistema di servizi per le tossicodipendenze (L. 685/75, DPR 309/90) ha contribuito a stratificare una cultura dell'organizzazione e dei tratta-

menti sanitari e psico-sociali realizzati dai servizi pubblici e del privato sociale, in un modello “duale” (Ser.T./Comunità terapeutica), per una tipologia elettiva di consumatori: gli eroinomani. Nel corso degli anni vi sono stati cambiamenti nel sistema dei servizi che non hanno mai assunto la forma degli interventi strutturali (tranne forse in qualche Regione), ma più che altro risposte alle emergenze determinate dall'evolversi della problematica dell'uso e abuso di sostanze psicoattive lecite ed illecite.

I centri diurni, le unità di strada, i servizi di consulenza, i centri di ascolto sono stati spesso l'esito di una politica del settore sorta per rispondere alle emergenze e alle patologie determinate del consumo di eroina. Pur essendo quello italiano un sistema di servizi unico in Europa, nell'ultimo decennio - accanto ad una drastica caduta di attenzione e “tensione” dei cittadini e delle Istituzioni sul diffondersi del fenomeno droghe (a cui hanno probabilmente contribuito gli operatori del settore con un atteggiamento troppo “disincantato”) – si sono affermate forme nuove di dipendenza da sostanze d'abuso legali ed illegali, rispetto alle quali il modello “duale” non è sufficiente a rispondere adeguatamente in maniera articolata e specialistica.

Ci troviamo di fronte, pertanto, ad una duplice questione:

Lo sviluppo esponenziale della problematica del consumo delle sostanze d'abuso legali ed illegali, trascina, accanto ad un immutato per quanto variegato attecchimento del fenomeno tra i giovani, un invecchiamento della popolazione tossicodipendente da eroina, con un conseguente acutizzarsi delle problematiche sanitarie e sociali che accompagnano il ciclo di vita di questi cittadini, in cui, purtroppo, non è raro trovare condizioni di cronicità. Questi tossicodipendenti sono diventati, nel corso degli anni, poliassuntori e l'eroina è sempre più solo una delle sostanze d'abuso utilizzate. Tra i cittadini che si rivolgono ai servizi pubblici e del privato sociale sono prevalenti quelli che abusano nello stesso tempo di eroina, alcol, psicofarmaci, cocaina, cannabis.

La trasformazione del mercato delle sostanze d'abuso lecite ed illecite, con l'affermarsi di un marketing rivolto sempre più verso droghe da prestazione (in grado di rendere “competitiva” la persona agli stimoli della società dei consumi), determina l'affermarsi di nuovi consumatori che attualmente si rivolgono solo in minima parte ai servizi attualmente esistenti, perché non si percepiscono come tossicodipendenti, ed identificano Ser.T. e Comunità terapeutiche come strutture solo per gli eroinomani.

A fronte di questa crescente complessità del fenomeno delle dipendenze, c'è bisogno di un articolato e diversificato sistema di servizi socio-sanitari che, nell'ottica della reciprocità e complementarietà, sia in grado di offrire risposte complessive con la presa in carico dei bisogni e dei problemi che “vecchi” e “nuovi” consumatori presentano. Si può ritenere dannosa, oltre che superata dall'evolversi complesso del fenomeno, una politica socio-sanitaria che rischia di operare per compartimenti stagno. Gli interventi che offrono allo stato i servizi sono – in prevalenza – tra loro scollegati e non consentono di affrontare globalmente la complessità del fenomeno ed il cambiamento di “pelle” che caratterizza i nuovi consumi. E' da perseguire una risposta del sistema dei servizi in grado di rispondere alla differente intensità e diversità dei bisogni che la persona presenta nel suo ciclo di vita da dipendente da sostanze d'abuso.

Nell'accordo Stato-Regioni per la “Riorganizzazione del sistema d'assistenza ai tossicodipendenti”, approvato con provvedimento del 21 gennaio 1999, nella parte dei principi ispiratori viene evidenziato che: *“Al centro dell'interesse dei servizi deve esserci la “persona”, quale soggetto portatore di un bisogno, indipendentemente da un'effettiva richiesta di “intervento terapeutico” – ancor meno della possibilità di effettuare un trattamento “drug free” – e della possibilità a recarsi presso la sede del servizio. L'obiettivo è quello di tutelare la salute del soggetto – globalmente intesa – un compito che comprende una lista di possibili obiettivi specifici, da quello più ambizioso e non sempre immediatamente conseguibile – di una completa riabilitazione a quello più limitato, ma non per questo da trascurare, dell'induzione di uno “stile di vita” meno rischioso.*

L'ottica con cui questo provvedimento ha indicato i contenuti e le modalità organizzative di riforma dei servizi d'assistenza per le persone che usano e abusano di tutte le sostanze psicoattive, legali e illegali, è la presa in carico della persona, con il suo fardello di problematiche sociali e sanitarie. Ciò che ne consegue è l'esigenza di una nuova organizzazione dei servizi che privilegi l'integrazione socio-sanitaria tra soggetti pubblici (Ser.T., Comuni, Prefetture, scuole di ogni ordine e grado) e il privato sociale accreditato, nell'ambito del Dipartimento delle dipendenze. *“Dovendo fronteggiare fenomeni complessi a eziologia multifattoriale, la soluzione del Dipartimento che mette a sistema servizi medici, psicologici, sociali ed educativi, è la soluzione di gran lunga migliore”.* Bisogna pensare il Dipartimento in una forma aperta, i cui confini programmatici e di indirizzo non possono essere racchiusi nella sola Azienda sanitaria.

Il modello dipartimentale sembra essere ancora oggi in grado di competere con l'evolversi e il mutarsi dei consumi, perché organizzativamente più articolato, dinamico, plastico nel definire le diverse opportunità di servizio da offrire a tutti i cittadini coinvolti in una dipendenza, che spesso sono *estranei* al circuito dei servizi attuali.

Sono in realtà poche le Regioni che hanno inteso recepire gli atti d'intesa del 1999 sulla riforma del siste-

ma e sull'accreditamento, questo ha contribuito non poco ad "invecchiare" i servizi attualmente esistenti.

La riforma del titolo V° della Costituzione ha introdotto alcune criticità nel rapporto Stato-Regioni che rischiano di rappresentare un elemento di rallentamento dei processi di *ri-adequamento* del sistema dei servizi all'evolversi delle dipendenze. Non si può prescindere da una cooperazione e concertazione tra Stato-Regioni che assicuri una ripresa d'interesse per le politiche di contrasto e di cura dalle dipendenze da sostanze d'abuso. Non è rinviabile, ad esempio, un lavoro più organico in conferenza Stato-Regioni che faciliti da un lato il pieno recepimento a distanza di sei anni dei provvedimenti del 1999 in tutte le Regioni, dall'altro una rimodulazione più articolata ed approfondita dei Livelli Essenziali di Assistenza per le dipendenze, che siano applicabili in ogni Regione.

La scelta compiuta dallo Stato centrale d'istituire il Dipartimento nazionale per le politiche antidroga, inteso come struttura di coordinamento, potrebbe essere trasferita come modello anche nelle Regioni, in cui attualmente le politiche di programmazione sulle dipendenze fanno riferimento agli assessorati alla sanità e/o ai servizi sociali. Si potrebbe creare una struttura organizzativa di coordinamento a cui affidare compiti di programmazione, controllo e valutazione dei risultati conseguiti dai dipartimenti delle Aziende sanitarie, che, quindi, darebbe maggiore certezza delle scelte e degli investimenti che i decisori politici andrebbero a realizzare in questo settore. Bisogna, altresì, sottolineare che questa opportunità andrebbe a definire un quadro omogeneo su tutto il territorio nazionale: a livello centrale, nelle Regioni, nelle ASL, con indubbi vantaggi negli indirizzi, nella programmazione, negli investimenti per la realizzazione di un rinnovato sistema di servizi socio-sanitari.

Tale opzione sarebbe una scelta politica importante: nel momento in cui il fenomeno subisce trasformazioni così complesse, segnalerebbe un rinnovato interesse ad intervenire nella lotta alla droga e non considerare *residuali* gli interventi pubblici in questa materia.

Per i motivi sopra esposti risulta non più rinviabile un confronto ed un lavoro serrato tra Stato e Regioni, che prescindendo dal quadro politico delle compagini di governo, possa realizzare accordi che definiscano in maniera univoca interventi nel settore delle dipendenze coerenti ed omogenei su tutto il territorio nazionale.

1.3. La rete di offerta nazionale: servizi e organici

1.3.1. I Servizi pubblici

Al 31 dicembre 2004 sono risultati attivi 542 servizi pubblici per le tossicodipendenze e risultano presi in carico dai 507 Sert rilevati 162.230 soggetti tossicodipendenti. Le informazioni relative al personale sono state rilevate sul 91,9% dei Servizi, dimostrano che il personale complessivamente assegnato è pari a 7.003 unità: il 73,6% svolge il proprio servizio esclusivamente in tale settore; il 15,2% presta attività anche in altri settori; l'11,2% ha, infine, un rapporto a convenzione con il Servizio.

Nel tempo, in termini assoluti, l'ammontare del personale totale addetto al settore aumenta fino al 1997, si stabilizza successivamente intorno alle 6.700 unità, per raggiungere le attuali 7.000 unità. Si evidenzia un non completamento degli organici ed un turn-over degli operatori che penalizzano l'attività dei servizi.

Per quanto riguarda la composizione dell'organico complessivo dei Sert nell'anno 2004 secondo la qualifica si rileva che il 48,5% del personale totale è rappresentato da operatori socio-sanitari (infermieri, assistenti sanitari, assistenti sociali, educatori), i medici costituiscono il 23,3% del totale e gli psicologi il 17,2%; il restante 11% include personale amministrativo o di altra qualifica.

1.3.2. Il privato sociale accreditato

Secondo quanto rilevato dal Ministero dell'Interno dai dati trasmessi dalle 1.230 strutture socio-riabilitative (788 strutture residenziali, 224 semi-residenziali e 218 ambulatoriali), i soggetti in trattamento risultano distribuiti per il 67% nelle strutture residenziali, per l'11% nelle semi-residenziali e per l'22% presso le ambulatoriali.

Sono 17.143 i soggetti che sono stati inviati nel 2004 presso le strutture socio-riabilitative del privato sociale (residenziali, semi-residenziali o di prima accoglienza) per un intervento terapeutico e di reinserimento sociale. Rispetto al quadriennio precedente, la quota di soggetti trattati presso strutture socio-riabilitative tende a diminuire, passando dal 13% circa del 2001 al 12% registrato negli anni successivi, per attestarsi all'attuale 10% circa.

Dal 2001 si assiste ad un progressivo incremento della quota di soggetti presenti nelle strutture residenziali a scapito, prevalentemente, di quelli in trattamento presso le strutture ambulatoriali del privato sociale; nel 2004 tale tendenza sembra ridimensionarsi.

1.4 Il sistema dei finanziamenti

I finanziamenti del sistema dei servizi per le tossicodipendenze in Italia sono articolati in tre differenti livelli:

- a) spesa sanitaria;
- b) spesa sociale;
- c) fondi strutturali comunitari.

Sono tre canali di finanziamento che si riferiscono ad un quadro normativo definitosi nel corso degli anni, che ha reso alcuni servizi di assistenza e cura per le tossicodipendenze – pubblici e privati - come integranti dell'offerta del Servizio Sanitario Nazionale, a cui si aggiungono opportunità di progettazione nell'ambito di fondi distinti per aree d'intervento (prevenzione, ricerca, formazione professionale, inserimento lavorativo).

Nell'ambito del Servizio Sanitario Nazionale, in particolare, le risorse pubbliche investite risentono dell'idea della tossicodipendenza come di un fenomeno a rilevanza sociale.

Le risorse economiche impegnate dallo Stato hanno risentito di questo tipo di concezione della dipendenza da sostanze d'abuso, considerata più un problema sociale generale che una questione inerente anche le cure per una patologia di generale rilevanza più che un problema inerente alla cura (una patologia a rilevanza psico-fisica), con implicazioni nella sfera sociale ed educativa della persona.

Questo ha reso debole (insufficiente) dal punto di vista strutturale la spesa sanitaria per gestire questa patologia, la cui complessità di assistenza, cura e riabilitazione necessita d'interventi specialistici e diversificati nell'arco di un tempo medio-lungo

Negli anni più recenti il quadro legislativo in materia di politiche sociali ha definito livelli di competenza degli Enti locali (da sostenere con finanziamenti appositi) nel settore delle dipendenze da sostanze d'abuso lecite ed illecite, rientranti nell'ambito del sistema dei servizi e degli interventi sociali da realizzare con i Piani di Zona (Legge n. 328/200) o nei distretti socio-sanitari (livello di concertazione locale).

La tossicodipendenza, inoltre, essendo classificata come condizione di svantaggio sociale della persona, rientra negli obiettivi comunitari, oltre che per la strategia europea delle dipendenze, anche in termini di inclusione sociale e lavorativa attraverso la programmazione nazionale (Programma Operativo Nazionale), regionale (Programma Operativo Regionale), ed iniziative comunitarie con azioni specifiche che vanno dalla formazione professionale, all'occupazione, all'imprenditoria.

Per il futuro bisognerà tenere conto della nuova politica comunitaria in riferimento alle iniziative previste per la lotta all'esclusione sociale contenute nell'agenda 2007-2013.

1.5. Le tendenze al consumo e all'abuso, la rete del marketing, la lotta al narcotraffico

Nel corso del 2004 sono stati presi in carico dai 507 Servizi pubblici per le tossicodipendenze rilevati (su 542 attivi) 162.230 soggetti tossicodipendenti. I nuovi utenti rappresentano il 21,1%. Dall'analisi del fenomeno si evidenzia che la tossicodipendenza è una patologia prevalentemente maschile e l'influenza del fattore sesso è variabile geograficamente: il rapporto M/F è generalmente inferiore al dato nazionale nelle regioni del nord-centro, mentre assume valori elevati al sud.

Nel corso del 2004, del totale dei soggetti presi in carico dai Servizi, il 10,7% (pari a 17.418 soggetti) è stato trattato presso strutture riabilitative. Inoltre, i Servizi hanno offerto prestazioni socio-sanitarie, oltre ai soggetti in carico, su tutto il territorio nazionale, a 27.816 persone in carico presso un altro Servizio (pazienti "appoggiati").

L'analisi dell'utenza per classi di età indica che i soggetti presi in carico nel 2004 hanno più frequentemente tra i 25 e i 39 anni di età (62,6%). Nel tempo si osserva un evidente e progressivo invecchiamento dei pazienti afferenti ai Servizi: la percentuale di pazienti di età 20-24 è diminuita e quella relativa alla fascia di età più avanzata (>39 anni) è regolarmente aumentata così da risultare nel 2004 la seconda più elevata. Rispetto all'uso primario di sostanze, il 73,3% degli utenti in carico nel 2004 ha assunto primariamente eroina, mentre l'uso primario di cannabinoidi e di cocaina ha riguardato, rispettivamente, il 10,7% e l'11,2% dei soggetti trattati.

Analizzando il trend della distribuzione percentuale degli utenti per sostanza, si nota una diminuzione del ricorso all'eroina e un aumento, a partire dal 1995, del consumo di cocaina.

Sono inoltre presenti differenze territoriali per quanto attiene alla sostanza d'abuso primaria. Per quanto riguarda l'uso secondario, nel 2004 le sostanze più frequentemente assunte dai soggetti in carico ai Servizi sono state i cannabinoidi, la cocaina, l'alcol, le benzodiazepine e l'ecstasy.

Nel periodo osservato si nota una riduzione nell'uso secondario di benzodiazepine, un incremento nel consumo di cocaina, una stabilizzazione dell'uso di alcol (negli ultimi tre anni).

La lettura epidemiologica evidenzia elementi di stabilità e di cambiamento nel consumo, in sintesi:

- Cambiamenti non solo nelle sostanze (da eroina verso cocaina, alcol e stimolanti), ma nei contesti (cul-

turali, lavorativi, di socializzazione);

- E' evidente lo sviluppo di un consumo che interessa soggetti che non si sentono in condizione di dipendenza, a prescindere dalla pericolosità a breve e lungo termine del comportamento additivo;
- Si evidenzia una trasversalità di tipo culturale, per lo stato sociale e la condizione lavorativa nei consumatori di sostanze, così come un abbassamento di età di primo utilizzo;
- L'analisi dei soggetti consumatori in trattamento presso i Ser.T. evidenzia da un parte un invecchiamento dell'utenza con necessità di cura prolungate e dall'altro l'aumento di soggetti giovani con nuove e differenziate esigenze di accoglienza e trattamento;
- La poliassunzione appare la modalità di consumo più utilizzata;
- Permane una quota maggioritaria (complessivamente tra gli utenti) e consistente nei nuovi utenti, di persone in cura per problemi per uso di eroina. L'eroina rappresenta la sostanza primaria di abuso nel 75% dei soggetti in trattamento e la cocaina il 12% (il 29,5% come sostanza secondaria). Tra i nuovi utenti i consumatori di eroina sono il 53%, e quelli di cocaina il 16,5%, con percentuali oltre il 20 –25% nelle aree metropolitane.

Le tendenze in atto nel consumo e nell'abuso di sostanze d'abuso legali ed illegali pone, in forte evidenza, l'evoluzione del mercato della droga, di come la stessa viene venduta con strategie e tecnologie globalizzate da "grande distribuzione". La sua organizzazione appare più evoluta della stessa "grande distribuzione" avendo mutuato alcune caratteristiche e concetti fondamentali dalla "Rete delle reti" cioè, da Internet. Il nuovo mercato, quindi, non è semplicemente l'evoluzione del vecchio ma qualcosa di più vasto che, ad esempio, è in grado di contenere in modo compatibile e interattivo modi operativi arcaici congiuntamente ad altri avanzati.

Non sembra esistere, infatti, un vero e proprio controllo del mercato e della rete di vendita in senso stretto, univoco, piramidale e verticistico. Esiste, piuttosto, una standardizzazione di protocolli di comunicazione, di regole di interazione, di modulazione di flussi di scambio, di costruzione di dorsali di traffico, e di definizione di punti di accesso ad un sistema molto aperto cui è possibile agganciarsi in modo individuale o organizzato diventando di volta in volta clienti ma anche componenti della rete stessa a diverso livello. Ciò che importa, quindi, è favorire lo scambio rapido di idee, merci, individui, organizzazioni e soldi permettendo ad un numero più ampio di interlocutori di accedere alla rete in modo dinamico per "fare impresa".

La rete di vendita è, inoltre, "Fault-tolerant". In termini informatici ciò descrive un sistema progettato in modo che, nel momento in cui un componente non è in grado di funzionare, ne subentra un altro di backup o una procedura tale da rimpiazzarlo senza che ci sia una perdita di servizio.

Un mercato costruito in modo così plastico diventa particolarmente dinamico ed ha la necessità di creare volumi di traffico sempre in crescita per generare rapidamente nuova domanda: più che al tossicomane in senso stretto, quindi, è interessato al consumatore in senso ampio.

Con ragionevole certezza possiamo, pertanto, individuare un futuro prossimo (che in alcune zone del nostro Paese è già una realtà) in cui:

- le droghe sono prodotti che si vendono indirettamente o direttamente assieme ad altri prodotti (generalmente leciti) partecipando ad un "format esteso" che condiziona determinati consumi in determinate situazioni
 - ciò che si venderà, più che la sostanza in sé, sarà ciò che questa è in grado di rappresentare all'interno di un determinato format (sballo, prestazione, alterazione, socializzazione, trend culturale) aprendo, tra l'altro, una contiguità tra sostanza lecita o illecita che già oggi è evidente;
 - attorno a quadri di consumo classici e stabili ne nasceranno altri "di tendenza" con una rapidità molto maggiore rispetto a quella cui siamo abituati;
 - i prodotti saranno sempre più vari, di buona qualità (rispetto all'uso che ne deve essere fatto !) e di prezzo contenuto;
 - la distribuzione seguirà sempre più canali differenziati;
 - aumenterà il rispetto per la privacy del cliente: già, oggi, vendita e consumo (generalmente) sono diventati meno visibili;
 - chi usa droga ed anche chi la vende al consumatore finale non sarà più necessariamente (o evidentemente) vicino alla devianza, all'emarginazione, alla criminalità;
 - alcuni Paesi che stanno entrando o sono appena entrati in Europa e nei quali sono presenti modelli di consumo tipici dei nostri anni '80 verranno gradualmente, ma rapidamente adeguati alla tendenza generale; probabilmente "new & old economy" della droga continueranno a convivere ed a contaminarsi tra loro.

Il *gap* attualmente esistente tra il sistema di intervento ed il mercato della droga rimanda alla necessità di definire alcuni punti di arrivo "obbligati" per il nostro sistema di intervento, che dovrà essere rimodulato in

modo da:

1. essere presente per intervenire in modo esperto al manifestarsi di situazioni critiche inerenti il consumo e l'abuso di sostanze;
2. essere flessibile per adattarsi alle diverse esigenze di potenziali utenti molto diversi tra loro favorendo l'accesso;
3. garantire un'offerta variegata di programmi ed operare in modo che questi siano conosciuti anche per la loro efficacia investendo maggiormente sulla qualità dei processi terapeutici educativi e riabilitativi (e sui risultati) piuttosto che sulla quantità delle prestazioni;
4. essere compatibile con le esigenze del territorio;
5. garantire una grande riservatezza;
6. avere costi sostenibili per la collettività.

I sei punti di arrivo descritti sono, tuttavia, raggiungibili solo con uno sforzo culturale, formativo, organizzativo, operativo, normativo e finanziario, opportunamente strutturato, in quanto prevedono la costruzione di un sistema di intervento di nuova generazione. La cosa sarà realizzabile con tempi e investimenti accettabili se verranno tenuti presenti alcuni elementi:

1. molte competenze, strutture, culture operative e materiali necessari per realizzare una nuova architettura di sistema sono già presenti: il problema riguarda solo come utilizzarli al meglio;
2. il nostro attuale sistema di intervento è tra i più avanzati nel mondo in quanto non solo ha un livello qualitativo più che discreto, ma è anche diffuso territorialmente ed accessibile;
3. il nostro sistema di intervento appare essere poco conosciuto e la sua immagine sembra essere poco curata a livello di comunicazione;
4. la riorganizzazione del "sistema Stato" verso una maggior autonomia Regionale ha indebolito i meccanismi di connessione centro-periferia: contemporaneamente e paradossalmente anche i livelli di governo locale del sistema sembrano indebolirsi anziché rafforzarsi.

Per adeguare l'attuale sistema di intervento ai nuovi consumi è richiesto un profondo cambiamento culturale nell'approccio alla questione. E' importante comprendere che si tratta di un processo complesso perché deve coinvolgere contemporaneamente diversi interlocutori a diversi livelli. Pertanto deve essere supportato anche da un sistema programmatico, regolatorio e di gestione delle reti di intervento efficace e partecipato. Esistono una serie di azioni che debbono essere attivate per realizzare il cambiamento, ma sono realisticamente affrontabili con investimenti compatibili con l'attuale stato delle finanze del nostro Paese. L'esperienza intrinseca già in possesso del sistema italiano può essere di grande supporto alla elaborazione di strategie di cui, in questo momento, siamo carenti. L'apertura del nostro sistema ad altri sistemi sanitari e sociali dei Paesi dell'Unione Europea e l'interazione con essi è vista come un arricchimento a favore dei cittadini. La proposta di realizzazione di un sistema di intervento europeo contribuisce a dare un respiro più ampio al necessario cambiamento strutturando un corretto dimensionamento prospettico all'azione.

Nello scenario mondiale del traffico illecito di sostanze stupefacenti, l'Italia si conferma quale area geografica di transito e di consumo di ogni genere di droga, ma, anche, base per le organizzazioni criminali italiane e straniere.

Tali tendenze emergono dalle analisi svolte sui dati relativi del 2004 e confermate anche nel primo semestre dell'anno in corso. Tutti i Paesi dell'Unione Europea, e quindi anche l'Italia, hanno impostato una mirata strategia per contrastare l'offerta di stupefacenti proveniente dai tradizionali Paesi di produzione, sviluppata sia sul piano delle "investigazioni nazionali" che attraverso forme di assistenza diretta. La connotazione quasi esclusivamente internazionale del traffico illecito di droghe ha richiesto un'intensificazione dei rapporti con gli Organismi, le Agenzie ed i partner esteri.

Le attività per la prevenzione e la repressione del traffico illecito di sostanze stupefacenti sono attuate in Italia dalle unità operative della Polizia di Stato, dell'Arma dei Carabinieri e della Guardia di Finanza, con il concorso delle unità territoriali della Agenzia delle Dogane.

La Direzione Centrale del Ministero di Grazia e Giustizia per i Servizi Antidroga (D.C.SA.), organismo interforze inquadrato nel Dipartimento della Pubblica Sicurezza, dà attuazione ai compiti "in materia di coordinamento e di pianificazione delle Forze di Polizia e di alta direzione dei servizi di polizia per la prevenzione e repressione del traffico illecito di sostanze stupefacenti e psicotrope".

Certamente prevenzione e repressione sono i rovesci della stessa medaglia ed una corretta "azione anti-droga" ormai non può più prescindere dall'attuare un'azione mirata anche sul fronte della riduzione della domanda e del recupero dell'assuntore di sostanze stupefacenti; questa è la nuova frontiera a cui si tende e che consiste nel coordinamento fra l'azione delle Forze di Polizia e le strutture della prevenzione, terapia e recupero, sia pubbliche che private.

In particolare, l'Ufficio Programmazione e Coordinamento Generale della D.C.S.A. ha curato iniziative e si

è fatto promotore di progetti ispirati alla crescita della cultura della prevenzione negli operatori delle Forze di Polizia che non hanno trascurato di considerare, per una più corretta analisi del fenomeno delle tossicodipendenze, le più recenti tendenze del consumo.

2. ASSETTI ORGANIZZATIVI E ADEGUAMENTO DELLE RISPOSTE AI CAMBIAMENTI

2.1 Il Dipartimento delle Dipendenze

2.1.1 Premesse

I diversi orientamenti organizzativi e programmatici delle singole Regioni e Province Autonome e la necessità di una base comune

Gli approcci all'organizzazione dei Servizi della PA e del PSA nei sistemi sociosanitari Regionali sono molto diversificati e non esiste ad oggi un modello unico ma oggi più che mai è necessario raggiungere un accordo di massima almeno su un modello generale su cui orientare i sistemi Regionali.

2.1.2. Introduzione tecnica e indicazioni generali di metodo

Nel corso degli anni gli interventi nel campo delle tossicodipendenze si sono sempre più specializzati e, conseguentemente, si sono generate unità operative diversificate sia in ambito aziendale che extra aziendale, generando gradi di complessità sempre più elevati, coinvolgendo realtà e unità operative diversificate sia in ambito aziendale che extra aziendale, venendosi a generare gradi di complessità sempre più elevati sia in ambito clinico che organizzativo.

Proprio la frammentazione delle competenze e degli ambienti di erogazione ed assistenza ha creato un forte fabbisogno di coordinamento ed integrazione tra le varie unità organizzative e i professionisti del settore.

Al perseguimento degli obiettivi di prevenzione, cura e riabilitazione, nell'area ad elevata integrazione sociosanitaria delle dipendenze, concorrono molteplici unità operative e servizi appartenenti a tutte le strutture specialistiche dell'ASL (Dipartimento delle dipendenze, Dipartimento di salute mentale ecc.) e dedicate alle cure primarie (Distretto, Dipartimento di prevenzione e ospedale), nonché molteplici servizi appartenenti ad altri Enti o Istituzioni pubbliche, del privato-sociale e del volontariato, per cui è necessario individuare una unica entità di coordinamento operativo e metodologico che ne faciliti l'integrazione intra ed extra-aziendale.

Sempre di più si ha la consapevolezza che il processo assistenziale rivolto ai tossicodipendenti comporta tempi molto lunghi, sia spesso frammentato nel tempo, nei luoghi di cura e nei metodi (per la natura stessa della patologia) e risulti in un complesso di attività tra loro correlate. Da tutto questo scaturisce, in modo sempre più evidente, un forte bisogno di coordinamento che si esplica a due livelli:

intra-aziendale ed extra-aziendale considerando anche l'importante ruolo svolto nella cura delle persone tossicodipendenti da parte del privato sociale accreditato, ma anche di molte altre realtà istituzionali non appartenenti al settore sociosanitario (es. Prefettura, Centro Servizio Sociale per Adulti, ecc.).

Il fabbisogno di coordinamento è indotto, in primo luogo, dalla necessità di assicurare la continuità assistenziale (continuum of care) in questi difficili e lunghi percorsi assistenziali, responsabilizzando e coinvolgendo su questo principio tutte le unità operative attive sul territorio di competenza e che a vario titolo e in tempi diversi entrano in contatto con il paziente.

Adottare strutture dipartimentali, in linea di principio, significa dare corpo organizzativo agli intenti di coordinamento e di razionalizzazione dell'uso delle risorse, passando soprattutto attraverso l'accorpamento e l'allineamento delle unità organizzative che rispondono a specializzazioni complementari o strettamente interrelate, arrivando ad una condivisione delle risorse umane, dei professionisti, e del loro know-how professionale.

La soluzione organizzativa più adeguata per garantire l'integrazione sia a livello intra-aziendale che a livello extra-aziendale nell'area ad elevata integrazione sociosanitaria delle dipendenze è rappresentata dall'attivazione del Dipartimento per le Dipendenze. Esso infatti può rappresentare il nuovo modello della cultura della progettazione organizzativa, purché venga attivato mediante un processo di cambiamento organizzativo partecipativo e non semplicemente come conseguenza dell'emanazione di leggi o regolamenti.

2.1.3. Aspetti particolari dei Dipartimenti territoriali

La maggior parte della letteratura tecnica disponibile nell'ambito dei Dipartimenti è stata sviluppata per i

Dipartimenti ospedalieri ma la realtà territoriale presenta delle diversità e delle specifiche che rendono peculiari gli assetti organizzativi di questi dipartimenti. I Dipartimenti territoriali (delle dipendenze, di salute mentale, di prevenzione ecc.) presentano alcuni aspetti particolari, di cui è necessario tenere conto nel corso della progettazione e che possono essere così riassunte:

- 1) necessità di una forte integrazione con i distretti e di definizione dei ruoli e dei poteri
- 2) le U.O. sul territorio presentano spesso discontinuità di spazi con maggior difficoltà logistiche nella condivisione delle risorse tecnologiche
- 3) minor tendenza alla standardizzazione "spontanea" delle prassi e delle modalità organizzative interne delle singole U.O. (alta eterogenicità).
- 4) assenza di un "contenitore" organizzativo generale strutturato e già regolamentato (ospedale)
- 5) forte interdipendenza con la medicina generale (molti interlocutori) e specialistica ambulatoriale
- 6) tematiche trattate con alte valenze sociali con introduzione di complessità aggiuntive nel management del paziente, necessità di integrazione con i Comuni.
- 7) forte impatto sociale e politico delle attività svolte, con risonanze e possibili conseguenze sull'autonomia decisionale.
- 8) in particolare per il Dipartimento delle dipendenze, considerata la rilevante presenza di comorbilità psichiatrica nelle persone tossicodipendenti, vi è infine una forte necessità di integrazione con il Dipartimento di salute mentale

Sulla base di queste principali caratteristiche che diversificano i Dipartimenti territoriali da quelli ospedalieri, si potranno sviluppare assetti organizzativi più orientati all'integrazione delle U.O. ma anche dei vari Dipartimenti esistenti.

2.1.4. Fabbisogni organizzativi generali e possibili risposte del Dipartimento

I principali fabbisogni organizzativi generali, ad oggi individuati, sono molto diversificati e le risposte attivabili dal Dipartimento si sono dimostrate numerose e particolarmente efficaci. In linea di principio qualsiasi forma organizzativa che preveda la condivisione di prassi, metodologie e regole organizzative, in un contesto collaborativo e mentalmente aperto al cambiamento può produrre effetti positivi sul funzionamento e sul rendimento di tale organizzazione. La necessità di strutturare in una organizzazione più definita e meno spontaneistica l'offerta istituzionale nel campo della prevenzione e della cura delle dipendenze deriva dal fatto che solo sistemi altamente formalizzati e studiati possono essere esplicitati e condivisi in un contesto aziendale così complesso come quello delle dipendenze. Lo studio e la progettazione dei Dipartimenti passa, quindi, attraverso l'individuazione dei fabbisogni organizzativi generali e la condivisione, in via preordinata, delle possibili risposte attivabili, che saranno la traccia su cui sviluppare la progettazione organizzativa.

La successiva tabella riporta in sintesi un elenco di questi fabbisogni e delle possibili risposte organizzative.

	<i>Fabbisogno</i>	Risposta attivabile
1	Integrazione e coordinamento	Condividere politiche di sviluppo, processi di cura e di gestione dei fattori produttivi tra più unità operative che hanno affinità o complementarietà di funzionamento, finalizzato al miglioramento dei risultati, della qualità e al contenimento dei costi.
2	Flessibilità	Promuovere il cambiamento organizzativo al fine di gestire risorse in comune con disponibilità e atteggiamento collaborativo e responsabile, tra diverse unità operative. Condividere alcune risorse particolarmente scarse ed evitare duplicazioni di comodo di fattori produttivi. Introdurre modelli professionali più orientati al compito che al ruolo.
3	Snellimento organizzativo	Razionalizzare l'utilizzo delle risorse anche mediante una organizzazione più semplice e snella che rimuova procedure, prassi e assetti generali, basati più sulla "protezione" delle autonomie e dei poteri delle singole unità operative che sul razionale utilizzo delle risorse e su processi condivisi e ottimizzati nei risultati ottenibili e nei costi generati.
4	Recupero della centralità del paziente	Invertire la logica del "paziente di proprietà dell'unità operativa" a favore di una visione dipartimentale dove ogni unità fornisce un apporto integrato e continuativo (all'interno di una "catena produttiva" di diagnosi e cura che trova continuità in tutte le U.O. confluenti nel

		dipartimento) per la soluzione del problema di salute del cliente/paziente. Rileggere in maniera olistica il problema di salute del paziente che deve trovare soluzione nel concorso di tutte le unità operative assicurando la continuità terapeutica oltre che nello spazio anche nel tempo e soprattutto nelle metodologie di intervento e valutazione dei risultati.
5	Presentazione della specializzazione e della differenziazione	Mantenimento e sviluppo dei livelli di specializzazione ad oggi prodotti dai diversi approcci (ambulatoriali/farmacologici, semiresidenziali, residenziali) che devono considerarsi complementari e non alternativi, anche attraverso la creazione di gruppi operativi di studio e ricerca, permanenti, multidisciplinari che elaborino linee di indirizzo, protocolli e buone prassi da condividere ed utilizzare nel dipartimento.
6	Salvaguardia della specializzazione e della differenziazione	Mantenimento e sviluppo dei livelli di specializzazione ad oggi prodotti dai diversi approcci (ambulatoriali/farmacologici, semiresidenziali, residenziali) che devono considerarsi complementari e non alternativi, anche attraverso la creazione di gruppi operativi di studio e ricerca, permanenti, multidisciplinari che elaborino linee di indirizzo, protocolli e buone prassi da condividere ed utilizzare nel dipartimento.

2.1.5. Definizione di Dipartimento e specifiche

Con il termine Dipartimento si deve intendere una particolare forma di organizzazione costituita da unità operative omogenee, affini o complementari (e quindi tra loro interdipendenti) che perseguono comuni finalità, adottando regole condivise di comportamento professionale (assistenziali, didattiche, di ricerca, etiche, medico-legali ed economiche).

Si connota, quindi, una organizzazione del sistema per le tossicodipendenze al fine di ottenere una operatività coordinata e contemporaneamente decentrata, promossa e perseguita da varie unità operative con proprie responsabilità, funzioni, competenze professionali chiare, esplicite e formali.

Le due finalità principali della creazione di un dipartimento sono quelle, in primis, di dare risposte ai fabbisogni di integrazione clinica e culturale e secondariamente (contemporaneamente) di dare risposta ai fabbisogni di integrazione gestionale ed organizzativa nell'utilizzo delle risorse.

La tabella successiva riporta le caratteristiche generali del Dipartimento al fine di ottimizzare il livello di efficacia ed efficienza del sistema.

Tab. 1: Caratteristiche e compiti generali del sistema dipartimentale al fine di ottimizzare il livello di efficacia dell'intervento

Ambiti	Specifiche
Funzioni di coordinamento e direzione	Raggruppare le unità operative per ottimizzare le funzioni assistenziali, didattiche, di ricerca e ottimizzare l'uso delle risorse e dei processi assistenziali.
Finalità preventiva e assistenziali	Finalizzato ad assistere (tramite le unità operative) persone che utilizzano sostanze stupefacenti o psicoattive ma anche a creare interventi per la prevenzione di tali patologie.
Flessibilità della organizzazione	Flessibilità dell'aggregazione organizzativa con possibilità di agevoli modellamenti futuri sulla base della variazione del fenomeno. Disponibilità al cambiamento.
Metodologia del consenso	Definire, concordare ed applicare "linee guida" e processi formali come principale strumenti di coordinamento e "un sistema gestionale comune" per la valutazione dell'efficacia e dell'efficienza.
Forte integrazione con il privato sociale accreditato	Possibilità di integrare unità operative extra-aziendali ed appartenenti al privato accreditato nel nucleo decisionale e di programmazione degli interventi, con ruolo consultivo e di compartecipazione operativa.

Il Dipartimento ha quindi come finalità generale quella di sviluppare una serie di azioni concertate e coordinate nell'area ad elevata integrazione sociosanitaria delle dipendenze da sostanze psicoattive, tendenti a perseguire un allineamento con gli obiettivi della politica sociosanitaria regionale ed aziendale.

Nell'ambito delle U.O. di II° livello del servizio sanitario pubblico, le U.O.S. sono rappresentate in generale da singole unità ambulatoriali differenziate rispetto alla tipologia di utenza che afferisce all'U.O. di II° livello. Nel settore del privato sociale accreditato, le U.O.S. sono individuate dal regime di assistenza erogata (ambulatoriale, prima accoglienza, semiresidenziale, residenziale, reinserimento) secondo la tipologia di utenza assistita.

A titolo esemplificativo nel prospetto di seguito riportato, in corrispondenza delle principali tipologie di clienti/pazienti/utenti che esprimono un bisogno socio-sanitario, vengono indicate le rispettive unità di offerta standard che caratterizzano in generale i Dipartimenti delle Dipendenze.

Tabella: prospetto indicativo delle principali unità di offerta standard

	PRINCIPALI UNITA' DI OFFERTA STANDARD	PRINCIPALI GRUPPI DI DOMANDA
1	Tossicodipendenze (Assistenza ambulatoriale)	Tossicodipendenti
2	Alcologia (Assistenza ambulatoriale)	Alcolodipendenti
3	Gambling (Assistenza ambulatoriale)	Giocatori d'azzardo patologici
4	Tabagismo (Assistenza ambulatoriale)	Tabagisti
5	Patologie digitaliche (Assistenza ambulatoriale)	Pazienti con patologie da tecnologia digitale
6	Prefettura (segnalazioni - Assistenza ambulatoriale)	Utenti da Prefettura
7	Patenti (Assistenza ambulatoriale)	Utenti da Commissione Patenti
8	Carcere	Tossicodipendenti in carcere
9	Unità mobili / Drop in (Interventi di strada)	Tossicodipendenti in strada
10	Internistica / infettivologica (Assistenza ambulatoriale)	Pazienti HIV positivi
11	Familiari / Educatori (Assistenza ambulatoriale)	Familiari o educatori
12	Prevenzione	Soggetti a rischio: a scuola, in ambiente lavorativo, in ambiente esterno
13	Pronta accoglienza (Comunità)	Tossicodipendenti o Alcolodipendenti in PA, ecc
14	Semiresidenziale (Comunità)	Tossicodipendenti o Alcolodipendenti in CSR, ecc
15	Residenziale (Comunità)	Tossicodipendenti o Alcolodipendenti in CR, ecc
16	Reinserimento (Comunità)	Tossicodipendenti o Alcolodipendenti in R, ecc
17	Altro	Altri clienti/pazienti/utenti

Una possibile U.O. standard potrebbe essere definita anche per i disturbi comportamentali alimentari in base alle indicazioni Regionali/Provinciali

2.1.7. Il funzionamento del Dipartimento: architettura strutturale, meccanismi operativi e cultura organizzativa

Il funzionamento di un Dipartimento e il suo "assetto organizzativo" si basa fondamentalmente sulla definizione ed esplicitazione formale di tre importanti e differenti componenti: la struttura organizzativa, i meccanismi operativi e la cultura organizzativa.

Costituenti dell'Assetto organizzativo	Specifiche
1 Struttura organizzativa	<ul style="list-style-type: none"> • Organigramma (livelli gerarchici, U.O., responsabilità, risorse umane dedicate) • Funzionigramma • Centri di costo • Centri di responsabilità
2 Meccanismi operativi (strumenti gestionali)	<ul style="list-style-type: none"> • Il regolamento di dipartimento • La programmazione, il budgeting e il controllo • L'organizzazione per gruppi di progetto/lavoro dedicati allo studio di specifici problemi e processi organizzativi/produttivi • La gestione del personale • La gestione per progetti
3 Cultura organizzativa	<ul style="list-style-type: none"> • Valori • Atteggiamenti • Conoscenze scientifiche • Esperienze

Dall'assetto finale dipenderanno direttamente l'efficienza, la flessibilità delle attività produttive e le possibilità di raggiungere gli obiettivi prefissati. Una regola importante da sottolineare è che non è possibile pensare di intervenire unicamente sulla struttura organizzativa (modello di dipartimento) senza adeguare i meccanismi operativi (strumenti gestionali) e la cultura organizzativa (valori, atteggiamenti e conoscenze)



Relativamente ai meccanismi operativi sopra elencati vale la pena di ricordare i seguenti aspetti:

Il regolamento di Dipartimento:

rappresenta le regole formali di funzionamento, conosciute e seguite dalle varie unità operative. Definisce i principi generali e le logiche di funzionamento del modello organizzativo senza arrivare a codificare i comportamenti professionali al fine di non irrigidire in maniera "prescrittiva" le modalità di funzionamento. Prende in considerazione tutti gli aspetti salienti del funzionamento ed esplicita chiaramente la struttura organizzativa. Il regolamento consente di definire ed individuare precisamente una serie di variabili riportate in sintesi nello schema successivo.

Profilo tipo dei contenuti fondamentali del regolamento di Dipartimento	
1	Definizione di Dipartimento
2	Finalità in ambito gestionale/organizzativo e tecnico scientifico
3	Valori generali di riferimento
4	Modello organizzativo generale adottato
5	Finalità
6	Attività e funzioni del Dipartimento e delle singole U.O.
7	Organi del Dipartimento (composizione e ruoli): <ul style="list-style-type: none"> • comitato di Dipartimento • consiglio di Dipartimento • gruppo di coordinamento/lavoro/studio e ricerca
8	Unità Operative
9	Il sistema decisionale (chi decide, quali sono gli organi e le diverse responsabilità affidate): <ul style="list-style-type: none"> • ruolo del direttore • ruolo dei responsabili delle U.O. complesse • ruolo dei responsabili delle U.O. semplici e riferimento gerarchico (direttore o resp. U.O.)
10	Risorse del dipartimento
11	Le modalità di attribuzione e gestione delle risorse
12	Il sistema di programmazione e controllo (regole e budgeting)
13	Il sistema informativo previsto: struttura di base, debiti informativi (contenuti, creditori, timing), reporting.
14	Le relazioni del dipartimento: <ul style="list-style-type: none"> • interne tra U.O. • tra differenti dipartimenti • con la direzione generale • con i distretti • con gli organi aziendali di staff • relazioni con istituzioni extra-aziendali (es. prefettura, enti locali, scuola, magistratura)
15	I sistemi di coinvolgimento attivo degli operatori e dei dirigenti previsti per la consultazione
16	Le modalità di gestione della comunicazione interna ed esterna

La programmazione, il budgeting e il controllo:

Questo meccanismo operativo rappresenta il tessuto di base del Dipartimento e il collegamento ed integrazione con l'azienda. Il budget definisce ed esplicita le responsabilità economiche (di risultato e di spesa) che insieme alle responsabilità organizzative completano la definizione degli assetti di responsabilità di risultato e di spesa. Il Dipartimento (nella forma strutturale e nella figura del direttore) è l'organo deputato alla negoziazione del budget con la direzione strategica per tutte le unità operative. Concorda e fissa obiettivi anche con i distretti e/o la direzione strategica, che diventeranno poi anche gli obiettivi delle singole unità operative. Nel dipartimento strutturale vi sono quindi 2 livelli di responsabilità economiche. Il primo livello è quello delle U.O. che rispondono al dipartimento, il secondo livello è quello del dipartimento che risponde alla direzione generale del raggiungimento dei risultati economici complessivi.

Al fine di chiarire il significato del termine "budget", va sinteticamente ricordato che esso deve essere inteso come un documento formale che rappresenta lo strumento di programmazione e controllo aziendale, utile e necessario per la programmazione e il controllo delle attività, dei costi generati e il governo delle unità organizzative.

Il budget contiene una serie di obiettivi da raggiungere di tipo prestazionale ma anche di tipo organizzativo, di miglioramento della qualità e di innovazione. Gli obiettivi saranno correlati ad attività specifiche con una precisa definizione delle risorse messe a disposizione per svolgere tali attività e raggiungere gli obiettivi.

Il budget quindi non deve essere considerato semplicisticamente una "somma di denaro a disposizione" o un "tetto di spesa da non superare", ma uno strumento negoziato di responsabilizzazione economica e non solo finanziaria, che definisce precisamente le cose da fare (risultati attesi), le risorse a disposizione, i tempi di esecuzione e i criteri di qualità con cui si dovrebbero realizzare tali obiettivi.

L'azienda dovrà prevedere per il Dipartimento un specifico budget (master budget di Dipartimento) nel caso scelga l'assetto organizzativo strutturale, o singoli budget per le unità operative, nel caso si orienti sull'assetto funzionale. Nel primo caso la negoziazione del budget avverrà da parte del direttore di Dipartimento direttamente con la direzione strategica dell'azienda. Il Direttore di Dipartimento a sua volta avrà il compito di definire e negoziare i singoli budget per le varie unità operative (budget di U.O.) appartenenti al dipartimento. Nel secondo caso invece, la negoziazione avverrà tra singoli responsabili delle unità organizzative e la direzione strategica.

Risulta evidente però che questa negoziazione dovrà essere preceduta da una programmazione congiunta delle attività e delle linee di intervento all'interno del comitato di dipartimento, dove si fisseranno anche i criteri generali per l'utilizzo e l'allocatione delle risorse e dove verrà definito il "piano di intervento" del dipartimento. Il budget diventa quindi il meccanismo operativo dato al direttore di dipartimento attraverso il quale realizzare la programmazione predefinita e concertata tra tutte le unità operative della Pubblica amministrazione e del Privato Sociale Accreditato, definita sulla base dei bisogni del territorio, delle reali capacità produttive e delle indicazioni strategiche Aziendali e Regionali.

Al fine di governare il sistema, di razionalizzare gli impegni di spesa e le risorse assegnate, sarà quindi indispensabile mettere a punto un sistema di programmazione e controllo in grado di poter realmente prima di tutto prevedere e programmare le attività da svolgere e, in esercizio, comprendere tempestivamente ed "in progress" il raggiungimento degli obiettivi assegnati sia in ordine economico che finanziario, in modo tale da poter eventualmente attivare in tempo utile, opportuni interventi correttivi. Il sistema di budget quindi deve prevedere la possibilità di cogliere velocemente eventuali variazioni anomale sul programma definito non agendo quindi "a consuntivo", ma in modo più ravvicinato possibile agli eventi economico-finanziari già durante le loro definizione.

L'organizzazione per gruppi di progettollavoro dedicati allo studio di specifici problemi e processi organizzativi/produuttivi:

I gruppi di lavoro rappresentano il vero motore del Dipartimento: tanto più essi saranno attivi e produttivi e tanto più il risultato sul cliente/paziente sarà positivo. È ormai assodato che le organizzazioni tro-

vano la loro reale efficacia se le politiche interne vengono orientate più che al perseguimento di paradigmi “industriali” (il cui obiettivo era raggiungere l’efficacia attraverso una forte attenzione all’efficienza e con marcata specializzazione delle unità operative) o “burocratici” il cui obiettivo era assicurare rigidamente la conformità alle regole interne e il rispetto delle gerarchie, all’introduzione di un paradigma che sposta l’attenzione della “struttura” ai “comportamenti professionali della persona”.

Una nuova visione quindi basata sulla flessibilità organizzativa, sul riconoscimento (reale e non solo dichiarato) della centralità del paziente e del fabbisogno di coordinamento sia a livello organizzativo-comportamentale ma soprattutto clinico-culturale. Gli strumenti organizzativi utili a raggiungere questi obiettivi e che traducono in concreto l’attuazione di questo paradigma sono proprio i gruppi di lavoro, che possono essere *permanenti* (team working) o *temporanei* (task force) in base al problema da affrontare e presidiare (se a termine o persistente). La loro istituzione e formalizzazione all’interno del Dipartimento sarà molto importante anche al fine di perseguire quelle politiche di integrazione fra gli operatori del pubblico e del privato sociale accreditato.

L’attivazione di questi gruppi assume particolare rilevanza soprattutto se trasversali tra le diverse unità operative in quanto questo rafforza l’attenzione verso l’integrazione clinica e verso gli altri aspetti organizzativi e gestionali tipici.

A questi gruppi viene affidata la responsabilità di studiare e proporre le soluzioni migliori dal punto di vista professionale, organizzativo e dei costi rispetto a specifici problemi. L’attivazione di questi gruppi ha un duplice vantaggio: il primo è quello di stimolare una maggior integrazione operativa, il secondo quello di consolidare una cultura di dipartimento favorendo “l’omogeneizzazione” tra professionisti

Gruppi di lavoro per temi (esempi)
Standardizzazione processi diagnostici
Gestione terapie farmacologiche
Gestione della gravidanza, madre e bambino
Gestione minori
Prevenzione patologie correlate
Terapia HIV/AIDS, Epatiti
Gestione dei casi con comorbidità psichiatrica
Detossificazioni rapide
Inserimenti Lavorativi
Valutazione e verifica dei risultati
Formazione manageriale e organizzativa
Gruppo scuola
Gruppo prefettura
Gruppo magistratura e alternativa al carcere
Altro

appartenenti a diverse linee specialistiche.

Molto utile risulta il ruolo di questi gruppi, dove si tratti di definire e gestire interventi sul paziente tossicodipendente con patologia psichiatrica con la collaborazione di altri Dipartimenti (es. con il Dipartimento di salute mentale), per la definizione della responsabilità di gestione primaria del caso (ruolo di case manager) andando a chiarire “chi farà cosa” e con che ruolo (primario di gestione clinica – “case manager” o secondario di consulenza).

La gestione del personale:

Questo aspetto è molto complesso e particolarmente rilevante, se si pensa ad una gestione di livello dipartimentale. L'argomento meriterebbe una trattazione molto più approfondita, ma in questa sede ci preme solo ricordare che la definizione dei percorsi di carriera, gli incentivi, l'addestramento, la formazione, sono tutti aspetti che meritano una attenta valutazione a livello dipartimentale con possibilità di creare sistemi, condizioni molto più vantaggiose in termini gestionali e di risultato. La gestione del personale dell'azienda sanitaria appartenente al comparto (infermieristico, amministrativo, tecnico e socio-educativo) potrebbe trarre vantaggio se centralizzata a livello dipartimentale attraverso degli specifici coordinamenti professionali dipartimentali (come previsto peraltro dal CNL), per quanto riguarda soprattutto gli aspetti di condivisione ed allineamento delle conoscenze, delle modalità operative e di gestione di eventuali carenze impreviste di personale presso qualche singola U.O. Risulta chiaro che comunque le singole U.O. avrebbero la gestione dell'operatività quotidiana di questi professionisti. Per contro, la gestione dei singoli dirigenti medici o psicologi (per motivi di opportunità professionale e di relazione con i responsabili delle singole unità operative) risulta migliore se lasciata in carico diretto ai responsabili.

La gestione per progetti:

Molte delle attività del Dipartimento delle dipendenze possono e devono trovare una miglior gestione, sia in fase di programmazione che di attuazione. Utilizzare tecniche di project management si è dimostrato vincente ed estremamente utile nel contesto territoriale e multidisciplinare in cui solitamente si opera. La gestione per progetti permette una maggior definizione degli obiettivi, delle attività per raggiungerli, con una contemporanea chiarezza sui livelli di responsabilità, sui tempi e sulla qualità attesa. Le attività che possono beneficiare di questa tecnica sono sia quelle in ambito preventivo/assistenziale che quelle in ambito organizzativo. Lo strumento gestionale in questo ambito è la costituzione di un assetto organizzativo che preveda delle unità di project management e lo sviluppo di una cultura professionale orientata in questo modo.

2.1.8 Obiettivi generali del Dipartimento per le Dipendenze

Il Dipartimento per le Dipendenze persegue l'integrazione delle U.O. a tre livelli: organizzativo/gestionale, clinico e fisico.

Il primo livello dovrebbe garantire il coordinamento nei comportamenti economici, nell'utilizzo delle risorse. Per quanto riguarda il livello clinico, l'integrazione dovrà avvenire agendo soprattutto sulla cultura tecnico scientifica orientandola "all'evidence base", mediante l'utilizzo di linee guida, protocolli e standard condivisi, al fine di produrre un intervento assistenziale fortemente coordinato e con un approccio multidisciplinare.

Nel terzo livello la condivisione e messa in comune di ambienti e risorse, riducendo quanto più possibile (con aggregazioni ambientali o telematiche) la distanza tra i professionisti.

L'obiettivo generale è quello di influenzare il comportamento professionale degli operatori, promovendo processi di integrazione clinica ed organizzativa, ma contestualmente assicurando l'autonomia e responsabilizzazione delle singole unità operative.

Per raggiungere questo, il Dipartimento nel suo contempo dovrà perseguire il raggiungimento dei seguenti obiettivi:

1. Individuare le soluzioni operative per l'ottimizzazione dell'accesso degli utenti alla rete dei servizi sociosanitari pubblici e privati (Ser.T, Reparti ospedalieri, Comunità, Cooperative sociali);
2. Studiare e proporre soluzioni per ottimizzare le procedure, garantire interventi di prevenzione, cura e reinserimento di elevato livello qualitativo, con particolare riguardo alla riduzione dei tempi di attesa per l'entrata in trattamento, dei trattamenti impropri e della riduzione del tasso di mancata presa in carico, in collaborazione con le strutture competenti dell'ASL e le istituzioni extra-aziendali;
3. Incentivare l'umanizzazione dei rapporti tra le strutture sanitarie, i pazienti e le loro famiglie;
4. Attuare il coordinamento delle unità operative interessate, attraverso lo studio e la definizione delle proce-

dure operative concordate e comuni al fine di far convergere esperienze cliniche, conoscenze scientifiche, competenze tecniche ed assistenziali;

5. Garantire il raccordo nell'attuazione della programmazione nel settore delle dipendenze tra Aziende ASL e Privato Sociale, Scuola, Enti Locali, Prefettura, Magistratura, Forze dell'Ordine, Carcere, Volontariato, ecc., sulla scorta degli indirizzi contenuti nel Piano di zona dei Servizi sociali;
6. Promuovere l'allineamento degli obiettivi con le indicazioni aziendali e regionali;
7. Coordinare ed integrare le attività di registrazione ed archiviazione centralizzata dei dati e della reportistica;
8. Promuovere le attività di aggiornamento e formazione sulla base delle indicazioni delle diverse unità operative, dei piani strategici aziendali e regionali;
9. Attuare e concorrere al controllo e alla verifica costante della qualità dell'assistenza fornita, dei risultati clinici e dello sviluppo dei programmi comuni concordati con la direzione strategica;
10. Produrre un miglioramento degli aspetti gestionali generali, una razionalizzazione della spesa e un contenimento dei costi.

2.1.9. Organi principali del Dipartimento

Comitato di Dipartimento

Il Comitato Operativo ristretto è formato dai responsabili dei Ser.T, delle comunità terapeutiche accreditate e tutti gli altri "organismi" che in via prevalente si occupano di tossicodipendenza formalmente accreditate dalla Regione. Questo Comitato, considerate le componenti, ha una valenza intra ed extra aziendale. Il Comitato Operativo è il vero organo di programmazione interna e coordinamento del Dipartimento per le Dipendenze e gli compete la predisposizione del "progetto generale/piano di intervento". Questo organo dovrà garantire pluralità, trasparenza e pari dignità tra le varie unità operative consentendo di incentivare l'applicazione del moderno modello aziendale a "responsabilità diffusa e coordinata" evitando concentrazione di poteri deresponsabilizzanti e demotivanti le singole unità operative.

Le singole unità operative dovranno conservare l'autonomia nei progetti di ricerca, mentre per quelli di intervento che riguardino prestazioni "trasversali" sull'utenza anche delle altre unità operative, dovranno essere coordinati all'interno del comitato.

Il Comitato identifica le priorità e le possibili soluzioni, elabora e sottopone le proposte di linee guida al comitato allargato di Dipartimento. Svolge attività operative in ambito di pianificazione operativa e preparazione dei documenti di base tecnico-scientifici per la preparazione delle linee guida.

Consiglio di Dipartimento

Il Dipartimento per le Dipendenze avrà un Consiglio di Dipartimento a cui parteciperanno tutti i responsabili delle unità operative impegnate anche in maniera non prevalente nelle attività di prevenzione cura e riabilitazione ai tossicodipendenti. Il Consiglio di Dipartimento è il vero organo di creazione di consenso e opererà secondo criteri in sintonia con le strategie aziendali e regionali.

Le unità organizzative

Si possono distinguere due tipi di unità operative (ed organizzative) all'interno del Dipartimento: quelle appartenenti all'azienda ASL (Ser.T e strutture Alcolologiche) e quelle non appartenenti all'azienda (organizzazioni del privato sociale accreditato).

Le prime possono essere organizzate in maniera centralizzata con rapporti di sovra/subordinazione con l'ufficio di coordinamento e direzione del Dipartimento (quindi con un rapporto più strutturato).

Le seconde si possono rapportare in modo funzionale, salvo richiedere loro, all'atto del contratto il rispetto di particolari accordi in grado di creare rapporti più strutturali e subordinati.

I Ser.T all'interno del Dipartimento per le dipendenze sono unità organizzative con compiti in ambito preventivo, diagnostico, clinico-assistenziale e socioriabilitativo.

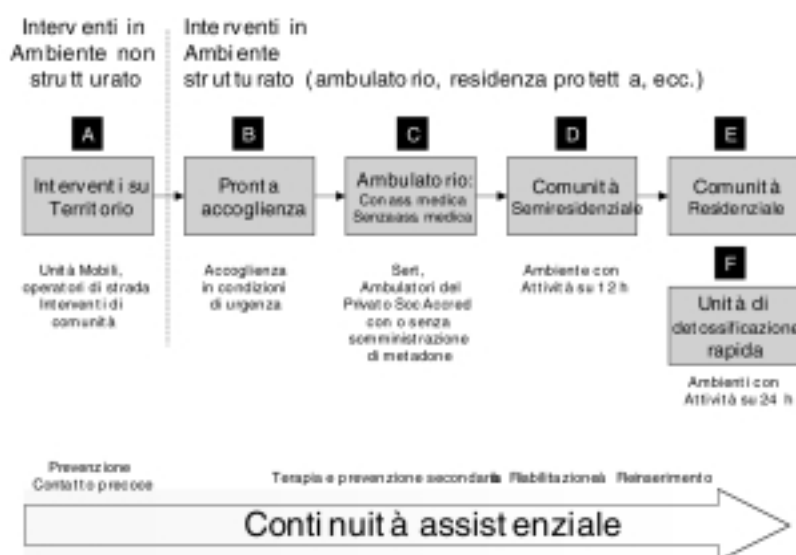
Le unità organizzative che costituiscono il Dipartimento per le Dipendenze sono aggregate, quindi al fine di dare risposte unitarie, tempestive, razionali e complete rispetto ai compiti assegnati. Per tale motivo, esse adottano regole condivise di comportamento assistenziale, didattico, di ricerca, diagnostico, medico-legale e gestionale attraverso la condivisione di linee guida, processi e metodologie.

Le unità organizzative sulla base della loro attività prevalente nel campo delle tossicodipendenze e della loro dislocazione possono essere ulteriormente distinte tra U.O. di settore (es. Ser.T e Comunità terapeutiche) e non di settore (es. Pronto Soccorso, Reparti ospedalieri, ecc.), e tra U.O. intra ed extra Azienda ASL.

Le unità organizzative presuppongono una autonomia tecnico-funzionale e gestionale con riferimento alle attività professionali ed organizzative interne, in accordo con gli indirizzi definiti in sede di Dipartimento per le Dipendenze e del budget assegnato.

Le unità organizzative possono prevedere nel loro interno ulteriori assetti organizzativi in base a specifiche esigenze e, dove sono richieste particolari competenze e specializzazioni professionali. Le comunità terapeutiche private, per essere considerate unità operative del Dipartimento per le Dipendenze, dovranno essere autorizzate al funzionamento, accreditate dalla Regione e contrattualizzate dall'Azienda ASL.

Riportiamo in seguito in modello teorico delle possibili U.O. e delle relazioni attivabili al fine di assicurare la continuità assistenziale. Le figure successive presentano il sistema delle dipendenze: vari interventi nelle diverse U.O. di erogazione.



Teoricamente a ciascun bisogno individuato dovrebbe corrispondere un'offerta assistenziale prodotta da U.O. specializzate su tale offerta, ma contemporaneamente coordinate in un unico sistema assistenziale.



Continuità terapeutico-assistenziale nel trattamento nelle alcol dipendenze e della poli assunzione

La continuità assistenziale è una modalità organizzativa che mette il paziente al centro di una rete socio-sanitaria grazie alla quale è possibile garantire una gestione omogenea ed integrata della salute del paziente. Questo modello, a lungo termine, contribuisce a stimolare l'ottimizzazione delle prestazioni e delle risorse sanitarie, favorendo la collaborazione tra i diversi livelli di assistenza così come tra le diverse figure professionali coinvolte.

Al fine di consentire attività assistenziali senza soluzione di continuità e personalizzate alle esigenze cliniche del singolo paziente, è indispensabile condividere percorsi assistenziali, linee guida e protocolli di gestione clinica. *Questa modalità organizzativa risulta tanto più necessaria quanto più ci si riferisce a pazienti con evidenti problemi di policonsumo, nei quali è molto frequente il consumo di alcol abbinato ad altre sostanze psico-attive.*

L'uso dell'alcol è infatti molto diffuso nel nostro Paese. Non deve, quindi, stupire che venga utilizzato anche da persone con problemi di tossicodipendenza da altre sostanze. Se, poi, consideriamo che l'alcol stesso può sostituire/integrare l'azione di tutte le sostanze psicoattive, possiamo comprendere come il suo utilizzo possa essere ampio e variegato. Ormai da qualche anno, gli operatori del settore vanno segnalando che questa situazione, rara fino agli anni '90, si va facendo sempre più frequente: la stessa evoluzione del consumo di alcol e altre sostanze psicoattive viene segnalata in tutti i Paesi sviluppati con varie tipologie di uso delle sostanze che sfumano l'una nell'altra, in un *continuum* a volte difficile da classificare.

Le conseguenze pratiche di quanto premesso sono che l'intervento *nei pazienti poliassuntori*, per essere efficace, deve configurarsi in un ambito multidisciplinare e "longitudinale", che accompagni il cambiamento nel tempo.

Si devono dare risposte differenziate e specifiche ad ogni soggetto tenendo conto di:

1. causa che origina *la dipendenza dalle sostanze*
2. comorbidità:
 - a. psichiatrica;
 - b. neuropsicologica,
 - c. medica,
3. condizioni ambientali che lo amplificano e sostengono

È inoltre necessario far sì che le strutture che devono intervenire siano in grado di attuare un processo di accoglienza e riabilitazione di soggetti con:

1. Uso e poli abuso di alcol e altre sostanze psicoattive;
2. patologie psichiatriche conclamate;
3. forme gravi di demenza e forti decadimenti neuro-cognitivi,
4. altre tipologie di emarginazione sociale.

Queste tipologie rappresentano una parte rilevante dei soggetti *poliassuntori* che, senza strutture adeguate, sono destinati a permanere nelle loro condizioni di emarginazione.

Per poter realizzare un intervento adeguato è necessario mettere in atto strategie organizzative che:

- diffondano informazione, sensibilizzazione, formazione rispetto all'uso di sostanze psicotrope e alcol in tutti gli ambienti socio-sanitari;
- realizzino sinergie tra le diverse strutture assistenziali, rafforzando e implementando quelle esistenti;
- contribuiscano all'aggiornamento dei professionisti coinvolti nel percorso assistenziale;
- raccolgano la forte spinta alla solidarietà sociale presente nel territorio, e che sviluppino la crescita culturale di "care-givers";
- favoriscano la crescita dell'attenzione dei Medici e di quelli della medicina generale in particolare, rispetto ai disturbi da uso delle sostanze;
- favoriscano lo sviluppo dei gruppi di auto-mutuo aiuto;
- consentano un raccordo tra mondo del lavoro e del disagio sociale.

Ciò consentirebbe di dar vita ad un processo longitudinale che attraverso varie fasi possa condurre ad un intervento efficace.

Fase di individuazione

In questa fase tutto il personale delle strutture socio-sanitarie deve essere in grado di:

- Riconoscere i pazienti con problemi alcol-correlati, all'interno della vasta popolazione di utenti con cui vengono quotidianamente in contatto.
- Inviare i pazienti con un problema di alcol ai centri di disintossicazione e diagnosi appropriati. La disintossicazione deve essere sempre attuata in presenza del medico, in luoghi adeguati rispetto alla gravità della sindrome atinenziale (Ospedale, Day Hospital, ambulatorio).

Inoltre il privato cittadino deve essere messo in condizioni di:

- poter accedere direttamente ai centri specializzati, tramite la predisposizione di strumenti di informazione sul territorio.

Fase di diagnosi e disintossicazione

I pazienti così individuati accedono ai centri di diagnosi e disintossicazione accreditati, in regime di ricovero o quali pazienti ambulatoriali. Questi centri svolgono le seguenti funzioni:

- Effettuano la diagnosi di *poliassunzione* e procedono con il programma di disintossicazione;
- Valutano la presenza e l'entità del danno cognitivo;
- Nel caso di assunzione di più sostanze psicoattive, ne valutano la tipologia e la gravità;
- Valutano la comorbidità psichiatrica;
- Valutano l'esistenza di altre patologie alcol-correlate di tipo medico, psicologico e sociale;
- Impostano un piano di trattamento individualizzato, in funzione della valutazione effettuata;
- Individuano le diverse configurazioni patologiche che producono l'*alcolismo*, con poliassunzione, per ognuna delle quali è necessario prevedere un diverso percorso terapeutico e di riabilitazione.

Data la grande variabilità della popolazione con problematiche alcol-correlate rispetto a parametri di tipo psicologico, psichiatrico, neurologico, medico e sociale, è necessario:

- Prevedere trattamenti diversificati
- Realizzare una valutazione che sia completa e discriminativa
- Attuare un corretto invio alle successive fasi di trattamento, riabilitazione e reinserimento sociale.

Fase di trattamento e riabilitazione

I pazienti sulla base della configurazione patologica sono avviati a:

- percorsi terapeutici a breve termine
- psicoterapia e/o riabilitazione prolungati
- strutture in grado di accoglierli e di effettuare il percorso di recupero

E' previsto un momento di intervento destinato a tutti i pazienti polidipendenti o che utilizzano più sostanze psicoattive. La gestione di questi pazienti viene portata avanti in modo congiunto con le strutture specializzate nel trattamento delle altre dipendenze.

- Programmi di gestione congiunta delle dipendenze
- Programmi di trattamento in comunità terapeutiche

Fase del reinserimento sociale

I danni provocati *dalla poliassunzione* si estendono spesso alla sfera sociale del paziente. E' infatti molto frequente che i pazienti abbiano difficoltà nel trovare o mantenere un'attività lavorativa. E' altrettanto frequente che vadano incontro a problemi di natura legale. Per completare il percorso di assistenza può essere opportuno fornire un sostegno per problematiche di questo tipo, che possono ostacolare il processo di guarigione, tramite le seguenti iniziative:

- Collaborazione con le agenzie di orientamento al lavoro, in grado di fornire un supporto ai pazienti che si trovino nella necessità di ridefinire la propria condizione lavorativa.
- Uno sportello di consulenza legale, per aiutare il paziente a fronteggiare le difficoltà di natura legale (per es. conflitti familiari, fallimenti finanziari, problemi con la giustizia etc.)

2.1.10. L'impianto organizzativo del Dipartimento per le Dipendenze

La specificità e la complessità del settore impone che tale Dipartimento abbia una propria identità e propria autonomia e non sia inserito con ruolo subalterno nel Dipartimento di salute mentale o in altri Dipartimenti territoriali.

Il "sistema tossicodipendenze" deve coinvolgere una serie di "organismi" che devono trovare la giusta collocazione all'interno del Dipartimento.

Componenti principali di tale sistema sono: i Ser.T presenti nel territorio di competenza della ASL, le Comunità Terapeutiche, i reparti ospedalieri di malattie infettive e di medicina, le unità di emergenza, i medici di medicina generale, i servizi di psichiatria, il servizio sociale del comune, l'ufficio educazione alla salute ed altre istituzioni socio sanitarie eventualmente presenti coinvolte nella cura dei tossicodipendenti.

Sarà indispensabile prevedere in ambienti operativi a parte, coordinamenti con le associazioni del volontariato, la scuola, la prefettura, il CSSA ed il tribunale, la direzione del carcere, i carabinieri, la polizia di stato, la guardia di finanza.

La figura successiva riporta in schema le possibili relazioni tra le varie unità operative ed organizzazioni distinguendo tre livelli di coordinamento in base alle funzioni prevalenti (e conseguenti ruoli e responsabilità) in ambito preventivo, curativo e riabilitativo.

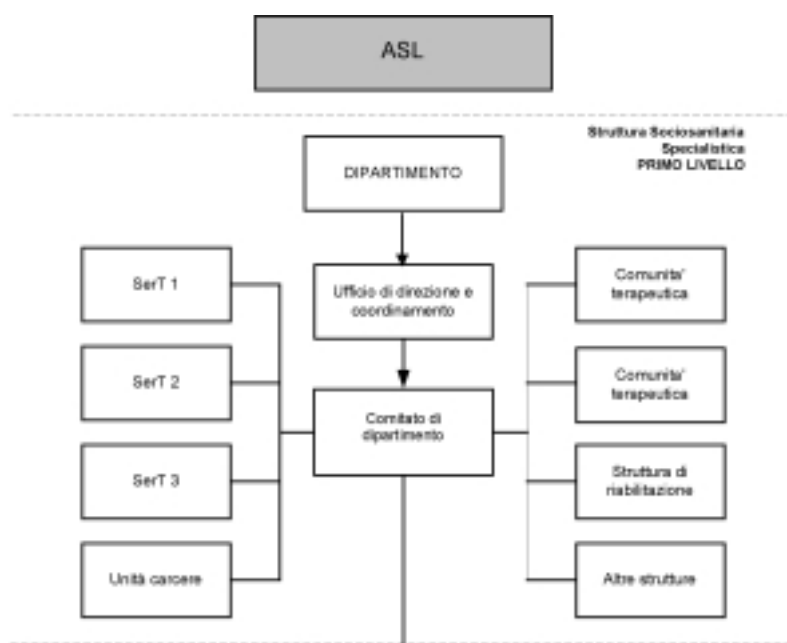
Nella tabella successiva vengono riportate le componenti del Dipartimento ed i loro principali ruoli e funzioni. Appare chiaro che un ruolo centrale in termini di proposizione e promozione appartiene al "Comitato di Dipartimento" che si avvale poi del "Consiglio di Dipartimento" con un rapporto periodico e permanente, per la creazione delle politiche di consenso e la verifica dei propri orientamenti.

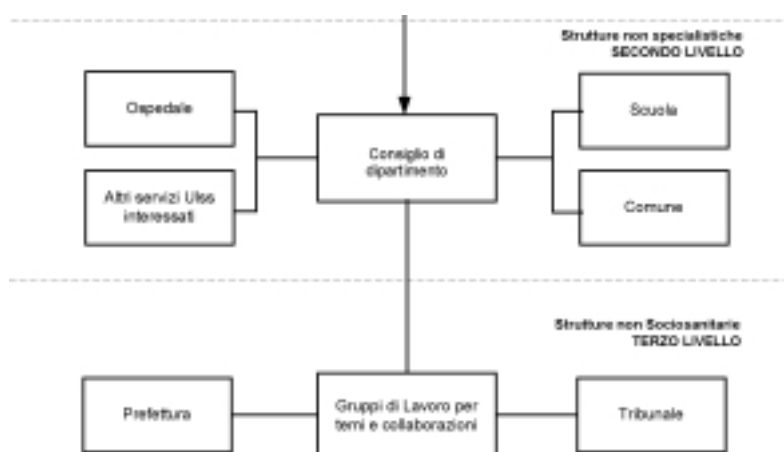
Tra le diverse unità operative (es. Ser.T, reparti ospedalieri, ecc.) o con le diverse organizzazioni extradipartimentali (es. forze dell'ordine) si rende necessario istituire dei gruppi operativi finalizzati al coordinamento e collegamento, in via temporanea o permanente, su specifiche problematiche.

Questi gruppi hanno un valore funzionale e sono molto importanti soprattutto per la possibilità di affrontare in maniera interdisciplinare specifici aspetti e temi arrivando alla stesura di linee guida e protocolli di intesa. I gruppi, quindi, elaborano proposte e protocolli di intesa per temi specifici da proporre al Comitato di Dipartimento sulla base delle priorità identificate, promuovono e attuano iniziative concrete al fine di favorire la collaborazione.

Le unità operative, i coordinamenti esterni ed i gruppi di lavoro per temi vengono riportati in sintesi nella tabella successiva. Com'è facilmente osservabile appare chiaro che esistono delle strutture che vengono poste all'esterno del Dipartimento in quanto hanno funzioni istituzionali e compiti derivanti estremamente diversi e non confondibili con le organizzazioni socio-sanitarie quali ad esempio le organizzazioni deputate al controllo e alla repressione in ambito di ordine pubblico e criminalità.

Fig. 1: Esempio di un impianto organizzativo del sistema delle tossicodipendenze con una organizzazione dipartimentale





Tab. 4: Le unità organizzative, i Coordinamenti esterni del Dipartimento delle Tossicodipendenze

Unità organizzative	Coordinamenti esterni
Ser.T	Prefettura
Servizi di alcologia	Forze dell'ordine
Unità Carcere	Tribunale – Ufficio di Sorveglianza
Comunità terapeutiche	Tribunale – Centro Servizio Sociale Adulti
Medici di medicina generale	Tribunale – Centro Servizio Sociale Minori
Reparti ospedalieri (medicina, malattie infettive)	Carcere
Servizi di Emergenza	Organizzazioni degli Imprenditori
Servizi di Psichiatria	Sindacati e Cooperative
Consultori Familiari	Ufficio Collocamento e patronati
Servizio di Medicina Legale	Associazioni del Volontariato
Servizio Educazione alla Salute	Comune.
	Scuola

2.1.11. Collaborazioni con altri Dipartimenti

Il Dipartimento delle dipendenze dovrà prevedere di instaurare forti collaborazioni con altri dipartimenti ed in particolare con il Dipartimento di neuropsichiatria infantile, il Dipartimento di salute mentale. Risulta chiara l'importanza di attuare politiche di coordinamento con questi diversi settori sia per i programmi di prevenzione e di supporto precoce alla famiglia che di migliore gestione della comorbidità psichiatrica sempre più presente ed associata ai disturbi da uso di sostanze.

Queste collaborazioni dovranno però salvaguardare l'autonomia tecnico funzionale, organizzativa e di budget del Dipartimento delle dipendenze in modo da rendere la struttura più direttamente responsabilizzata e autonoma nella programmazione, ma soprattutto nella gestione dei programmi di intervento. La specificità delle problematiche da affrontare nel campo della tossicodipendenza e la particolarità delle varie classi di clienti fanno sì che, per un efficace intervento, debba essere prevista e mantenuta una specifica organizzazione non commista a quella per la psichiatria e le problematiche materno infantili. Una grande risorsa per il supporto alle famiglie potrebbe derivare anche da un diretto coinvolgimento dei consultori familiari che dovrebbero essere riorientati verso la gestione di questo tipo di problematiche. Il loro utilizzo odierno infatti appare generalmente sottodimensionato rispetto alle risorse stanziate.

Altre importanti collaborazioni interaziendali potranno essere attivate relativamente ai reparti di malattie infettive.

2.1.12. Le comunità terapeutiche

Componenti fondamentali del Dipartimento sono le comunità terapeutiche, le quali (se accreditate a livello regionale) devono essere considerate unità operative a tutti gli effetti, incaricate di pubblico servizio, ed inserite nel comitato operativo. Le comunità terapeutiche svolgono un ruolo ed un'importante funzione nel percorso terapeutico-riabilitativo del paziente affetto da disturbi da uso di sostanze o da altre forme di dipendenza e devono essere viste come organizzazioni complementari e non alternative o addirittura in opposizione ai Ser.T.

Tutto questo alla luce delle nuove tendenze nazionali che sempre più, con gradualità, si orientano a modelli impostati a superare ed abbandonare il concetto di "ente ausiliario" per arrivare a quello di "ente autonomo fortemente coordinato" con le strutture pubbliche, con le quali si dovranno condividere (in una visione di sistema), principalmente: obiettivi, metodi di valutazione, criteri di selezione per l'accesso alle varie forme di trattamento, modalità di invio e orientamento ai vari trattamenti.

Risulta evidente però che per tale nuovo orientamento le comunità terapeutiche avranno come vincolante criterio di accreditamento, il fatto di accettare la condivisione (in un sistema dipartimentale) dei criteri sopra esposti e di concertare la loro programmazione con il Dipartimento.

È auspicabile quindi che in futuro si attivino trasformazioni al fine di acconsentire anche l'accesso diretto dei pazienti ai servizi offerti dal privato sociale accreditato "no profit" delle persone tossicodipendenti, alle varie forme di trattamento e all'introduzione della logica del total quality management.

Introdurre il budget anche per le comunità terapeutiche vuol dire predefinire obiettivi di risultato, organizzativi e di innovazione, attività, prestazioni (volume e qualità) e risorse dedicate, con un rapporto tra comunità e Dipartimento paritetico a quello dei Ser.T.

Si auspica l'attivazione di forme sperimentali in questo senso, ma a tal fine le aziende ASL interessate dovranno preconcordare appositi programmi con le strutture regionali competenti.

In questa ottica sperimentale vi è però anche la necessità di studiare ed applicare sistemi i quali garantiscano che i criteri utilizzati per l'ammissione degli utenti ai trattamenti, per la permanenza o per la dimissione siano uguali anche per i servizi pubblici.

Inoltre, dovranno essere studiate e messe in opera specifiche procedure finalizzate ad evitare il possibile fenomeno dell'"inserimento improprio" (e cioè l'inserimento entro programmi residenziali di persone al solo fine di creare reddito) adottando formali criteri di ammissione, processi e protocolli diagnostici e di valutazione dell'outcome standard, preconcordati in sede dipartimentale. È ovvio che per l'introduzione di sistemi così orientati è necessaria estrema cautela e tempi compatibili con la formazione di nuovi modelli culturali e competenze ad oggi non esistenti. Ciò non toglie che si debba iniziare un percorso che troverà sicuramente forte sviluppo negli anni a venire. La naturale conseguenza potrebbe essere quella di arrivare ad un sistema dove diverse realtà offrono prestazioni ed opportunità in maniera coordinata e vengano opzionate dal cliente/paziente e selezionate sulla base, dei processi utilizzati, delle garanzie tecnico-scientifiche presenti e dei risultati ottenuti.

In questa logica bisogna essere consapevoli che le organizzazioni del privato sociale accreditato (no profit) dovranno acquisire "in proprio" (anche se in maniera coordinata) le funzioni assistenziali sul singolo paziente di: diagnostica, possibilità di generare la spesa, responsabilità diretta del caso, definizione degli obiettivi e del programma terapeutico-riabilitativo in autonomia.

A questo proposito il Dipartimento per le dipendenze può essere la sede adatta dove iniziare a studiare e sperimentare tali nuovi orientamenti e per questo si ritiene indispensabile, per le aziende ASL che intendano sperimentare tali iniziative, un vincolante e forte coordinamento con le strutture regionali competenti.

Infine risulta utile ribadire che i sistemi di valutazione necessari per controllare queste trasformazioni e i risultati prodotti dovranno essere applicati in forma uguale sia sui Ser.T che sulle comunità attraverso il Dipartimento.

2.1.13. I Medici di Medicina Generale

Una componente importantissima del percorso di cura nelle dipendenze, a tutt'oggi pochissimo coinvolta, è quella dei medici di medicina generale (MG). A questo proposito è stata sottolineata più volte l'opportunità di coinvolgere questi professionisti sin dall'inizio dei programmi terapeutici, instaurando un rapporto dinamico con reciproci scambi di informazioni e consegne. Essi, ad oggi, svolgono un ruolo marginale nella gestione dei disturbi addittivi. Considerando che praticamente, salvo eccezioni, un medico di MG è in grado di seguire in modo ottimale 4-5 tossicodipendenti, la loro valorizzazione e l'utilizzo delle potenzialità di questi medici e delle proficue relazioni che si possono instaurare con il Dipartimento, fa sì che essi debbano entrare a tutti gli effetti come componente di supporto alle varie attività. Non va dimenticato che il medico di medicina gene-

rale è medico della persona e molto spesso della famiglia, ed è in grado di cogliere aspetti e condurre interventi nel quotidiano che nessun servizio specialistico può attuare.

2.1.14. Rapporti tra distretto e Dipartimento

Vi sono diversi modelli di relazione che si possono instaurare con il distretto e questo dipende dall'assetto organizzativo che ha scelto l'azienda e dal tipo di distribuzione del potere anche all'interno del distretto stesso.

Un primo modello di distretto è quello a Dipartimenti forti e orientati quindi in senso strutturale, dove il distretto ha come funzione principale quella di rappresentare e governare la domanda, leggere il bisogno e valutare la relativa offerta, controllando contestualmente la soddisfazione di questi bisogni e il livello di qualità delle prestazioni erogate dalle unità operative. Il distretto ha anche un ruolo di produzione propria su alcune attività di sanità generale e di relazione con i medici di medicina generale, ma non gestisce le risorse dei dipartimenti.

I vari Dipartimenti quindi sono attivati per aspetti specifici (prevenzione, dipendenze, salute mentale, ecc.) ed hanno responsabilità sui fattori produttivi, gestiscono le risorse e producono direttamente l'offerta connotandosi quindi prevalentemente come dipartimenti strutturali operanti su tutto l'ambito aziendale. Il distretto in questa logica è un "cliente interno" del Dipartimento di cui ne controlla anche, per area territoriale, l'offerta nel suo volume relativo alla domanda e nella sua qualità. Il Dipartimento quindi gestisce direttamente le risorse e i fattori produttivi e negozia il budget con la direzione strategica, producendo e governando l'offerta tramite proprie unità operative.

I dipartimenti così definiti sono orientati anche al coordinamento tecnico scientifico al fine di allineare le conoscenze e i processi assistenziali su tutto il territorio aziendale.

Un secondo modello di distretto è quello a dipartimenti deboli e orientati quindi in senso funzionale, dove il distretto svolge un ruolo di programmazione e controllo. Il distretto legge il bisogno di offerta e governa la domanda, controlla la soddisfazione e, in questo caso, produce l'offerta anche per quanto riguarda le tossicodipendenze in quanto le unità operative – Sert sono a tutti gli effetti appartenente e subordinate al distretto. Esso ha anche un ruolo di produzione propria su altre attività di sanità generale (MMG, ecc.) e specifiche. I Dipartimenti sono quindi attivati fundamentalmente per il coordinamento tecnico scientifico che si può esercitare attraverso attività di formazione, linee guida e di monitoraggio.

2.1.15 Conclusioni tecniche

L'organizzazione dipartimentale può agevolare l'integrazione delle varie unità operative, creando una risposta migliore e più coerente ai bisogni del territorio. Va tuttavia considerato che le organizzazioni socio-sanitarie non acquisiscono la loro efficacia, per il solo fatto di diventare efficienti, e che l'enfasi in campo organizzativo per creare un vero "sistema" di efficace risposta ai bisogni derivanti dalle dipendenze, è da porre molta attenzione, senz'altro sulle modalità organizzative delle varie U.O., ma soprattutto sul "team working" e cioè sulle persone che lavorano e relazionano all'interno di esse. In altre parole, la motivazione professionale, la correttezza delle relazioni e la partecipazione nei processi decisionali sono i fattori più importanti per creare un buon "clima" di lavoro e rendere le organizzazioni realmente efficaci e nel contempo efficienti.

2.1.16 Conclusioni

Sicuramente molti altri aspetti si potranno prendere in considerazione ma quanto qui riportato ci sembra abbastanza utile per poter cominciare un dibattito strutturato relativamente agli assetti organizzativi di tipo dipartimentale.

Restano ancora da definire soprattutto tutte le problematiche relative all'organizzazione degli interventi nel campo dell'alcoldipendenza e il coordinamento con quelli relativi alle sostanze d'abuso illegali (per questo si rimanda ai documenti specifici).

2.2. *Criteri per la definizione e la valutazione della qualità degli interventi terapeutici e delle pratiche assistenziali nel campo delle dipendenze: una proposta per l'identificazione di criteri condivisi*

La qualità, per poter essere misurata, deve essere definita attraverso l'identificazione di precisi e condivisi criteri in grado di far capire come realizzarla e quali siano gli standard di riferimento.

La tabella successiva è stata realizzata sulla base della letteratura specifica sull'argomento e sulla base di

una discussione avvenuta all'interno del gruppo di lavoro, finalizzata soprattutto a calare tali criteri e requisiti all'interno delle attività assistenziali nell'area delle dipendenze. È noto, infatti, che tale area presenta delle peculiarità e delle problematicità che rendono gli interventi difficili e il mantenere alti livelli di qualità degli interventi, estremamente impegnativo.

Criteri di qualità	
1.	Accessibilità all'assistenza
2.	Equità di trattamento
3.	Possibilità di libera scelta
4.	Comunicazione e Partecipazione alle scelte durante il trattamento
5.	Prevalutazione diagnostica e della severità clinica
6.	Appropriatezza dei trattamenti
7.	Sicurezza dei trattamenti
8.	Efficacia
9.	Eticità
10.	Dignità nella relazione
11.	Legalità
12.	Riservatezza e confidenzialità
13.	Continuità assistenziale
14.	Esistenza del controllo dell'efficacia
15.	Fattibilità

Criteri di qualità dei trattamenti		
Area	Specifiche	Note
1. Accessibilità	Esistenza di procedure di ammissione che non fanno esporre il soggetto a rischi aggiuntivi correlati alla dipendenza, per tempi di attesa "evitabili" (*). Aggiungere altre variabili: servizio facilmente raggiungibile ed accessibile al pubblico in termini di dislocazione topografica, esistenza di barriere architettoniche, orari concordi con le attività lavorative delle persone assistite.	(*) ritardi di intervento dovuti a situazioni interferibili e risolvibili attraverso il miglioramento dei processi e/o variazione delle politiche di accesso.
2. Equità di trattamento	Garanzia di un trattamento non differenziato tra i clienti su base discrezionale o discriminatoria. Accesso alle varie terapie e conduzione dei trattamenti egualitaria.	Applicazioni delle regole, dei controlli e dei vincoli restrittivi in maniera omogenea senza deroghe "ad personam" se non per giustificati e documentabili motivi di tipo clinico (diagnosi e/o trattamento).
3. Possibilità di libera scelta	Condizione in cui la persona assistita può effettivamente esercitare la propria libertà di scelta relativamente al curante, alle terapie (che possono essere considerate sulla base delle evidenze scientifiche) appropriate e al luogo di cura. Fatto salvo quindi il rispetto di: - vincolo di fattibilità finanziaria - vincolo di legittimità	(*) Il curante può, sulla base di evidenze scientifiche, non assumersi la responsabilità di prescrivere ed attuare interventi diagnostici e/o terapeutici in contrasto con le proprie convinzioni e

		<p>- assenza di conflitto con le convinzioni tecnoscientifiche del curante (*)</p> <p>Esclusione di condizioni in cui l'accoglienza alle persone avviene con l'applicazione di criteri di "territorialità obbligata" con esclusione quindi di una selezione impropria dell'accesso al trattamento delle persone definite come "non residenti" nell'area geografica di "competenza" del servizio.</p>	<p><i>conoscenze tecniche se tali azioni potrebbero causare danni diretti o indiretti alla persona che richiede un trattamento o sarebbe uno spreco di risorse contingentate a svantaggio di altre persone bisognose in attesa.</i></p>
4	Comunicazione e Partecipazione alle scelte durante il trattamento	Alto grado di informazione attiva delle persone assistite da parte dell'organizzazione e di coinvolgimento nei processi decisionali che li riguardano, con possibilità concreta di fare domande ed ottenere risposte esaurienti.	
5	Prevalutazione diagnostica e della severità clinica	Trattamenti eseguiti in presenza di diagnosi multidisciplinare precedente e graduazione della severità clinica con programma assistenziale strutturato, adeguato e coerente con la diagnosi. Possibilità/previsione di rivalutazione diagnostica periodica e della severità clinica in corso di terapia con possibilità di rimodulazione dell'intervento	
6	Appropriatezza	<p>Caratteristica degli interventi per la quale i benefici attesi superano fortemente i rischi derivanti dall'intervento stesso (mortalità, morbidità, disagio, perdita di gg lavorative ecc.) mantenendo un alto grado di coerenza dei processi assistenziali utilizzati con le evidenze scientifiche specifiche e i criteri di qualità (validità tecnoscientifica con capacità di risposta - responsiveness - ai bisogni globali della persona (sanitari, psicologici, educativi e sociali).</p> <p>Valutare l'appropriatezza significa valutare sia la congruità delle metodologie utilizzate in relazione al problema che si sta affrontando e alle evidenze scientifiche esistenti, sia il grado di risposta adeguata ai reali bisogni della persona.</p> <p>In pratica, i punti principali per cui gli interventi terapeutici possono essere considerati <u>adeguati</u> sono:</p> <ul style="list-style-type: none"> - interventi preceduti da una corretta diagnosi multidisciplinare e valutazione della severità clinica. - In presenza di un "programma" terapeutico strutturato ex ante, controllabile nello svolgimento e coerente con la diagnosi - Esistenza di rivalutazione diagnostica e delle grado di severità clinica nel corso della terapia con possibilità di rimodulazione dell'intervento - Che utilizza tecniche di cura basate sulle evidenze scientifiche. - Che assicura un approccio multidisciplinare con interventi coordinati in ambito: <ul style="list-style-type: none"> • psicologico • educativo • medico/sanitario • sociale 	<p><i>L'appropriatezza dei trattamenti va valutata anche in relazione alla qualità degli ambienti dove essi vengono espletati, che devono essere coerenti con le necessità dettate dai problemi affrontati e dalla necessità di mantenere le buone prassi e gli altri criteri di qualità degli interventi (riservatezza, equità, efficacia, comfort, ecc.)</i></p>

		<ul style="list-style-type: none"> - con obiettivi di autonomizzazione e maturazione/integrazione sociale della persona sotto tutti i punti di vista. Contemporanea attenzione a reinserire la persona dal punto di vista: <ul style="list-style-type: none"> • sociale • scolastico • lavorativo <p><u>fin dall'inizio del trattamento</u> (e non solo alla fine) e durante il trattamento in base alle caratteristiche e potenzialità della persona che vanno sfruttate fin dall'inizio, per quanto possibile.</p>	
7	Sicurezza dei trattamenti	Buone condizioni con cui si assicurano i clienti e gli operatori da eventuali rischi o danni derivanti dal processo di erogazione dell'assistenza e/o dall'ambiente in cui viene erogata	
8	Efficacia	capacità dimostrabile di produrre realmente risultati positivi esprimibili in termini di: Grado di salute aggiunta e grado di patologia evitata valutato in relazione alle condizioni cliniche e di rischio rilevate all'ingresso in trattamento. Attraverso il raggiungimento di almeno 4 obiettivi: cessazione/riduzione dell'uso di sostanze, aumento della qualità di vita, reinserimento sociale e lavorativo, riduzione dei rischi di patologie correlate, criminalizzazione e/o prostituzione	<i>Vedi anche STATEMENT SULLA VALUTAZIONE DELL'OUTCOME – PROTOCOLLO SESIT – Ministero della Salute</i>
9	Eticità	Rispetto dei diritti umani, dei principi di eguaglianza nell'accesso e nell'utilizzo dell'assistenza e del buon uso delle risorse, coerentemente con i valori sociali propri della comunità dove si espletano gli interventi e di quelli dell'etnia di riferimento del cliente.	
10	Dignità	Assicurare un trattamento con una relazione cortese e rispettosa	
11	Legalità	Condizione di rispetto delle norme vigenti della Regione e del Paese dove viene espletato l'intervento, coerentemente con il rispetto dei diritti umani	
12	Riservatezza e confidenzialità	Condizioni per le quali viene assicurata la conservazione delle informazioni sanitarie (dati personali e dati sensibili) in sicurezza e in totale confidenzialità, nel rispetto della legge sulla privacy e del segreto professionale. Tali condizioni dovrebbero riguardare sia i processi assistenziali e le modalità relazionali utilizzate sia gli ambienti di erogazione sia le modalità di archiviazione.	

13	Continuità assistenziale	<p>Condizione per la quale il cliente ha assicurata la continuità delle prestazioni nel tempo anche nel caso di cambiamenti dell'equipe curante e/o trasferimenti in altre strutture e/o cambiamenti di trattamento</p> <p>Assicurare soprattutto una gestione coordinata delle <u>dimissioni</u> dalle varie unità operative (sert, comunità terapeutiche, reinserimenti ecc.) con obbligo, in caso di allontanamento per incompatibilità ambientale o non rispetto delle regole terapeutiche, di invio/accompagnamento protetto ed assistito presso altre unità operative del dipartimento (ferma restando la libera scelta anche di non curarsi).</p> <p>Previsione di un coinvolgimento dei medici di medicina generale e delle altre unità operative sanitarie a volte coinvolte nell'assistenza alle persone tossicodipendenti (ospedale, distretto ecc.)</p>	<p><i>Esistenza di precisi vincoli nei processi assistenziali utilizzati finalizzati ad assicurare alla persona assistita cure durature nel tempo in base ai suoi bisogni. Prevedendo inoltre un impegno, in presenza di necessità di dimissioni per incompatibilità ambientale o sopraggiunta inappropriata del trattamento precedentemente impostato (es. per variazioni dello stato clinico/motivazionale), ad assicurare un invio/accompagnamento protetto ed assistito</i></p>
		<p>Con coinvolgimento anche degli enti locali per quanto riguarda la fase di reinserimento.</p>	<p><i>ad interventi a diversa soglia (non abbandono della persona che esce dal trattamento).</i></p> <p><i>Luogo organizzativo del coordinamento operativo: dipartimento per le dipendenze</i></p> <p><i>Assicurare la continuità anche della documentazione clinica tra diverse U.O. interdipendenti (assicurare la trasmissione tempestiva per utilizzo e aggiornamento)</i></p>
14	Esistenza del controllo dell'efficacia	<p>Presenza di controlli periodici durante il trattamento:</p> <ul style="list-style-type: none"> • su assunzione di sostanze (1/ settimana), • su indicatori di outcome (1/3 mesi) <p>Controllo del Tasso di ritenzione in trattamento (TRI) o dell'Aderenza al Trattamento Programmato (ATP)</p> <p>Eseguire controlli anche dopo il trattamento – postdimissioni (ricaduta) (follow up di lungo termine, 6m, 1aa, 3aa, 5aa)</p>	
15	Fattibilità del trattamento	<p>Grado di realizzabilità dei programmi terapeutici in relazione:</p> <ul style="list-style-type: none"> - risorse individuali della persona assistita, motivazione al trattamento - aderenza ai programmi da parte delle persone assistite, capacità di ritenzione raggiungibile con l'assistenza (*) - risorse a disposizione e realmente utilizzabili da parte delle unità operative per i trattamenti proposti - competenze reali degli operatori - legittimità 	<p><i>(*) "assistenza" intesa come l'insieme delle: terapie, modalità relazionali, condizioni ambientali di assistenza</i></p>

2.3. Gestione della cronicità e cronicizzazione

L'adeguamento della rete dei servizi ai cambiamenti dei consumi non richiede solo uno sforzo di *normalizzazione* della situazione dei servizi che consenta loro di operare in condizioni di maggiore stabilità. La rapidità dell'evoluzione del fenomeno droga e la sua natura poliedrica (ampiamente illustrata altrove) richiede soprattutto lo sviluppo di nuove competenze di sistema, in direzione dell'*anticipazione*. Ciò non è possibile fin quando i servizi non riescono a raggiungere il grado minimo di stabilità necessaria ad operare e non sviluppano maggiori e migliori capacità di ricerca ed innovazione a livello trans-disciplinare. Ciò fa sì che gli operatori del comparto continuino a vivere una condizione di *emarginazione* dai più ampi processi di cambiamento e innovazione che attraversano altri settori (ad esempio la Funzione Pubblica o il *management* del Non Profit) che, seppur con mille difficoltà, vivono comunque una fase di rilancio culturale e d organizzativo.

I *trends* di consumo di droghe evidenziati nell'ultima Relazione al Parlamento, nonché i dati raccolti dalle testimonianze qualificate di operatori dei servizi, indicano la tendenza alla stabilizzazione di una popolazione (consistente) di tossico dipendenti, principalmente eroinomani e/o alcolisti spesso con patologie correlate, per i quali si assiste, di norma, alla riduzione delle prestazioni dedicate, essendo le stesse limitate ai trattamenti farmacologici specifici ed al controllo clinico delle patologie correlate (quando possibili) e/o ad attività sociali finalizzate a garantire agli stessi, se non in possesso di risorse individuali, livelli di vita accettabili.

Sarebbe opportuno, in questi casi, parlare di cittadini con patologia da dipendenza in trattamento a lungo termine; è peraltro invalso l'uso di parlare in questi casi di tossicodipendenti e/o alcolisti cronici, termini che definiscono un cluster di cittadini verso i quali i servizi paiono allo stato avere esaurito le risorse di intervento, al di fuori di quanto descritto. Tale condizione di cronicità è frequentemente caratterizzata da alcune condizioni, alcune relative al cittadino malato e altre relative agli operatori socio-sanitari o, più in generale, al sistema (in associazione varia):

- oggettiva gravità ab inizio della patologia presentata da questi soggetti, compresi disturbi comportamentali che hanno, talvolta, reso difficile l'interazione con l'équipe e la possibilità di inquadramento diagnostico e l'esecuzione dei trattamenti ordinari;
- presenza di ripetuti fallimenti nella esecuzione dei trattamenti-ricidiva frequente in utilizzo di stupefacente;
- stile di vita per lo più povero e assenza di stimolo endogeno al miglioramento;
- stanchezza della équipe di riferimento costretta non di rado a confrontarsi con interventi ad alta intensità e/o a lunga durata (frequenti interruzioni e riprese di trattamento, gestione di eventi acuti, crisi relazionali e acting-out spesso ripetuti, supporto alla progressiva riduzione delle risorse psicofisiche degli interessati) o, per converso, con trattamenti caratterizzati da interventi a bassa intensità, ma protratti nel tempo con ridotta o assente risposta degli interessati agli stimoli ordinari;
- ritiro di alcuni degli operatori di riferimento dagli interventi proattivi e progressiva deviazione verso atteggiamenti reattivi o di attesa, fino al disimpegno franco;
- erogazione stanca da parte degli operatori superstiti solo di interventi minimali, spesso in assenza di ogni forma di verifica del risultato o, per converso, utilizzo nell'analisi di risultato di standard troppo elevati (on/off), senza la possibilità di valutare il raggiungimento di obiettivi intermedi;
- assenza, o difficoltà di attivazione, di sistemi di rete che possano contribuire alla gestione congiunta dei casi più problematici;
- necessità (non ultima) di allocare le scarse risorse di personale per il raggiungimento di altri obiettivi istituzionali.

È bene tenere sempre presente che i trattamenti a lungo termine, destinati a cittadini con patologia da dipendenza particolarmente grave, generano negli operatori interessati problemi connessi con la gestione di forme di dipendenza secondaria e, soprattutto se limitati alle terapie farmacologiche ed al contenimento comportamentale, il confronto quotidiano con situazioni psicologiche di "fallimento". Tale condizione è sostenibile solo per periodi limitati e, se non governata, porta inevitabilmente ad acquisire logiche operative riduzionisti-

che o fatalistiche, con il correlato ben conosciuto a tutti di comportamenti pragmatici, adattativi o reattivi, o peggio ancora di razionalizzazione "scientifica", che sappiamo quanto mascherino passività, evitamento, fino alla vera e propria negazione.

Questo è vero soprattutto per quelle équipes in cui alcuni operatori possono scaricarsi delle responsabilità connesse con tali trattamenti che, è bene sottolinearlo, costituiscono un fatto di équipe e non di singoli operatori. È esperienza comune che la c.d. "ghettizzazione" in area farmacologica di un numero variabile di cittadini in trattamento, se da una parte garantisce (relativamente) in termini di tranquillità sociale, dall'altra lascia inevitabilmente aperta la questione di ciò che è possibile ancora fare per ognuno di essi, in una sorta di stand bay fisso, estenuante e mortificante. È pertanto necessario porsi preventivamente alcune domande precise su questo argomento (i trattamenti lungo termine costituiscono una questione prevalente di risorse/organizzazione?, di tempo?, di selezione naturale?, di mission?, di linguaggio? ecc...), rifletterci sopra, darsi delle risposte e formulare ipotesi come prerequisito indispensabile; gli indicatori sulla qualità di vita degli utenti lungo termine sono un fatto successivo, quasi derivato.

Complessivamente la condizione di cronicità pare quindi essere caratterizzata più dalla (incapacità di) risposta del sistema di intervento che dalle caratteristiche intrinseche della patologia. A parziale giustificazione conviene ancora una volta ricordare che l'operatività dei servizi per le tossicodipendenze, è in larga parte quella tipica di sistemi operanti in ambiente instabile e che qualsiasi tentativo di ridefinizione dell'offerta passa obbligatoriamente dalla ridefinizione degli obiettivi e delle risorse.

A tutto questo si aggiunge che la percezione degli assetti, della consistenza e del funzionamento dei modelli di intervento in materia di dipendenze è notevolmente differente in diversi territori. Gli operatori denunciano frequentemente disparità di inquadramento, trattamento economico da parte dell'Istituzione e cultura istituzionale. Questo fa sì che operare in una Regione o in un'altra abbia implicazioni di grande rilevanza.

Appare oltremodo encomiabile che questi operatori, pur così penalizzati, abbiano continuato a prestare il proprio pieno contributo lavorativo in un ambito riconosciuto di particolare difficoltà senza che le pur legittime lagnanze ne intaccassero la professionalità.

Il problema travalica la mancata applicazione a livello nazionale della soluzione organizzativa dipartimentale, seppur questa fornisca una base culturale più omogenea, o il mancato (o incompleto) recepimento dell'ultimo Atto di Intesa Stato-Regioni, per sollevare tematiche di maggior complessità politica (la dinamica delle Autonomie Locali e il rapporto con il Governo Centrale).

2.4. Le Politiche attive del lavoro: le possibili strategie per favorire i processi di inserimento lavorativo

2.4.1 Premessa

Il quadro generale degli interventi per l'inserimento lavorativo

La possibilità di trovare e mantenere un lavoro costituiscono tradizionalmente un significativo e visibile segnale della capacità di ogni individuo di sentirsi incluso nel proprio ambiente di vita. Pertanto i servizi sociali e sanitari rivolti ai soggetti deboli sono sempre stati impegnati, anche se con modalità differenti, a realizzare interventi che favorissero ed accompagnassero in primo luogo i processi di inserimento lavorativo e in secondo luogo i processi di mantenimento del lavoro.

Negli anni sono state quindi investite ingenti risorse in tale direzione, da parte di organismi e sistemi differenti, tutti orientati ad aumentare il numero dei soggetti che potessero far esperienza di un processo verso l'autonomia e la realizzazione delle potenzialità individuali.

Nel settore delle dipendenze gli interventi riabilitativi hanno sempre contemplato attività centrate sul lavoro, fosse esso in ambiente protetto o in ambiente esterno. In funzione dei diversi orientamenti e delle diverse visioni il lavoro ha assunto a volte la valenza di risultato finale e conclusivo di un percorso terapeutico riabilitativo, altre di opportunità costante e intrinsecamente significativa di una evoluzione in corso. Non a caso molte delle esperienze di inserimento lavorativo sono state condotte nell'ambito delle strutture residenziali quale fase conclusiva del piano individuale di trattamento. Al contempo si sono sviluppate negli anni le innumerevoli esperienze nell'ambito della cooperazione sociale, spesso collegata alle strutture residenziali, attraverso cui si sono realizzate opportunità di lavoro modulate sui diversi livelli di autonomia e di capacità individuale. Molte delle esperienze in questo ambito sono estremamente utili in tutti i casi in cui le potenzialità individuali risultano essere molto compromesse e con limitata possibilità di evoluzione.

Sempre più si profila la necessità di programmare percorsi volti all'inserimento lavorativo o al mantenimento del posto di lavoro connesse all'intero svolgimento di un piano di trattamento: il lavoro, quindi, non quale tappa finale di una riabilitazione, ma quale elemento chiave della possibile evoluzione verso gli obiettivi realizzabili nel trattamento.

In questa impostazione risulta necessario un allargamento del campo di azione oltre all'ambito dell'imprenditoria sociale e/o delle forme di "protezione" del lavoro (borse lavoro, tirocini, ecc).

Tradizionalmente in ambito nazionale è stata meno utilizzata la strada di valorizzazione degli ordinari strumenti delle politiche attive del lavoro a favore di inserimenti in imprese del mercato profit. A fronte di una bassa competitività e produttività dei soggetti deboli, almeno supposta, ha fatto sì che le imprese fossero coinvolte solo su singole e personali sollecitazioni, oppure che esse si dimostrassero disponibili a fronte di una copertura economica diretta, almeno parziale, dei costi delle assunzioni. In questo caso sono stati utilizzati strumenti quali i sussidi o le borse lavoro o altre forme di benefit per l'impresa. Un diverso orientamento si sta manifestando negli ultimi anni con l'assunzione dei principi di responsabilità sociale di impresa, ove comunque rimane generalmente presente una visione di impegno sociale (a volte benefico) dell'impresa, ma non di una scelta di strategia che faccia convergere gli interessi produttivi con gli interessi dei soggetti più deboli nel mercato del lavoro.

In questo contesto si è assistito negli anni ad una ingente quota di risorse investite (Fondo Lotta alla Droga, Fondo Sociale Unico, Fondo Sociale Europeo, finanziamenti e fondi per l'occupazione, ecc) che hanno esitato in larga misura in inserimenti lavorativi "protetti", limitati nel tempo e sussidiati quali borse lavoro, Lavori Socialmente Utili, non finalizzati sempre ad una reale e incisiva autonomia ed indipendenza dal sistema dell'assistenza sociale.

Le indicazioni provenienti dalla strategia europea per l'occupazione

L'analisi del fenomeno ha contribuito a fornire elementi per l'attuale strategia europea per l'occupazione, che pur non rivolgendosi ovviamente allo stretto ambito della dipendenza patologica, ha centrato i propri obiettivi sulla fascia di popolazione più debole o che rischia maggiormente l'espulsione dal mercato del lavoro. Le indicazioni della strategia europea enfatizzano il ruolo dell'orientamento e dell'apprendimento lungo tutto l'arco di vita, la centralità della coesione sociale oltre che degli aspetti economico finanziari e la promozione di una logica di sviluppo delle comunità locali.

Tutte le indicazioni della strategia europea sottolineano la necessità inderogabile di far convergere le politiche sociali e quelle del lavoro: ne deriva una sollecitazione ad integrare politiche locali, ma anche interventi ed azioni in un'ottica di sperimentazione di soluzioni operative.

Le indicazioni della politica nazionale: le riforme del mercato del lavoro ed i servizi di mediazione

Tra i principali orientamenti attuali vi è la liberalizzazione delle operazioni di intermediazione nel mercato del lavoro (Riforma Biagi) con finalità anche di rendere più efficace l'azione dei Servizi per l'Impiego, rispetto all'inserimento lavorativo delle fasce più deboli della popolazione (riforma del collocamento e dei servizi pubblici per l'impiego).

Sottostante e parallela a questa riforma, vi è la necessità di eliminare quel circolo vizioso di assistenzialismo che tanto ha caratterizzato le politiche passive nel nostro paese e che si è tradotto in centinaia di migliaia di persone sussidiate a vario titolo, senza che i poteri pubblici riuscissero a promuovere una loro fuoriuscita dalle condizioni di dipendenza, e dai sussidi e dalla inoperosità rispetto a una attiva autopromozione nel mondo del lavoro.

Sebbene sia indiscutibile una politica di sostegno al reddito per i casi più bisognosi o per i disoccupati in genere, la tendenza politica degli ultimi governi a partire dagli anni '90 è quella di mettere in campo azioni di sostegno, orientamento e accompagnamento affinché i soggetti deboli possano nel più breve tempo possibile affrancarsi dal loro stato di bisogno. Le formule adottate a questo scopo, oltre alla modernizzazione in senso preventivo e proattivo della disoccupazione, utilizzano un mix di incentivi alle aziende (sgravi fiscali, bonus, finanziamenti, ecc.) e di sostegni diretti ai beneficiari finali. La differenza rispetto alle esperienze passate è che il "beneficiario" è in qualche modo tenuto ad assumere anche formalmente un impegno a partecipare attivamente alla propria promozione e ai progetti di sostegno mirato che i servizi mettono in campo. Tra questi obblighi, per esempio, vi è la necessaria accettazione di proposte di lavoro che siano "congrue" con precedenti esperienze lavorative.

E' sempre più chiara tuttavia la debolezza di tale approccio soprattutto per i casi di maggior svantaggio sociale quando si opera unicamente sul soggetto beneficiario, senza considerare in senso più ampio il suo ambiente sociale e familiare e quindi il collegamento organico tra i diversi servizi che intervengono o devono intervenire sul quell'ambiente. Tale impostazione si trova anche nel disegno delineato dalla riforma dei servizi per l'impiego, ove si promuove l'azione di rete degli stessi con attori della formazione e del mondo produttivo, ma non si contempla ancora un coordinamento più esteso con le reti di base dei servizi sociali e socio sanitari.

2.4.2 Una organizzazione di rete intersistemica

Una visione di integrazione funzionale delle politiche per promuovere processi di empowerment degli individui

Un vero e proprio cambiamento di 'prospettiva' deve poter guidare le iniziative locali di inserimento lavorativo di soggetti deboli. Non partire più dalla visione del servizio pubblico, bensì da quella del mercato del lavoro e dello sviluppo socio-economico di area. Rompere la chiusura entro cui opera il servizio pubblico e instaurare una *comunicazione aperta tra mondo dell'impresa e politiche sociali*.

1. I servizi hanno *al centro le persone*, e tra queste in primo luogo quelle in difficoltà;
2. La risposta ai bisogni è '*personalizzata*';
3. L'intervento sociale è rispettoso e dialogante, cerca le *risorse e potenzialità da mobilitare* e non i 'mali' da curare;
4. La funzione pubblica nei servizi alle persone in difficoltà si concretizza nella promozione, nel controllo e nella *garanzia della risposta*;
5. Il coinvolgimento del territorio assicura la *presa in carico collettiva* del problema e della risposta al problema;
6. Non si può affidare al mercato, e quindi alla logica del 'più forte', la *cura dell'integrazione* delle categorie deboli;
7. Gli interventi a carattere assistenzialistico per l'inserimento lavorativo evidenziano limiti strutturali, mentre garantiscono permanenza quelli a *carattere promozionale e sistemico*;
8. L'uso e la destinazione pubblica di beni comuni (di cui il diritto all'inclusione sociale e lavorativa costituisce parte significativa) può essere più vantaggiosamente perseguita attraverso quel *processo di mobilitazione di risorse proprie di una pluralità di soggetti in capo ad uno scopo comune e condiviso tra più partners* (lavoro di rete);
9. L'inserimento lavorativo può avere successo quando si basa sullo sviluppo di competenze e di potenzialità da parte dei soggetti deboli, affinché il *lavoro diventi un'opportunità 'vera' di emancipazione dell'individuo*;
10. L'inserimento lavorativo può avere successo quando si basa sul collegamento degli inserimenti lavorativi con le *esigenze delle imprese* di assumere personale qualificato ed affidabile;
11. Nel contesto dell'attuale welfare, è necessaria la *convergenza e collaborazione tra politiche*: politiche sociali, politiche sociosanitarie, politiche della formazione e politiche del lavoro e dell'impresa.



Tale prospettiva sostanzia la realizzazione di un Welfare di Comunità, secondo cui occorre sviluppare una rete stabile di programmazione delle politiche sociali e del lavoro in ambito locale:

- A. Che sostenga la ricerca del lavoro sulla scorta delle potenzialità del soggetto e delle necessità ambientali locali
- B. Che regolamenti i percorsi e le procedure di lavoro integrato tra i diversi protagonisti;
- C. Che aiuti la formazione di una cultura comune basata su reciproca fiducia;
- D. Che favorisca l'empowerment del soggetto e della collettività di riferimento;
- E. Che integri gli attuali strumenti pianificatori: Piani di Zona (PdZ), Piani Sanitari Locali (PAL), Patti Territoriali (PTL), Piani Integrati Territoriali (PIT).

I vantaggi per gli organismi cooperanti

La rete per l'inserimento lavorativo di soggetti deboli presenta alcuni precisi vantaggi per gli organismi cooperanti.

Innanzitutto, la rete può assicurare a tutti i partner:

- Maggiore coesione e cooperazione, alleanze e patti in ambito locale;
- Partecipazione alla programmazione e negoziazione finanziaria in ambito regionale, locale;
- Scambio di informazioni, integrazione di risorse e di processi, migliori risultati comuni integrando competenze professionali.

In particolare la rete offre la possibilità alle imprese di:

- avere garanzia sulle nuove risorse umane*: usufruire di risorse umane da inserire nelle imprese, di cui viene garantito il profilo, sostenuto dalla rete di servizi. Tali risorse rappresentano un investimento per le imprese, grazie a percorsi di orientamento e accompagnamento mirati;
- inserirsi nella programmazione locale*: sottoscrivere patti e accordi previsti dai piani provinciali e zonali.
- sviluppare "*responsabilità sociale*" di impresa.

Assicura agli organismi istituzionali di:

- offrire *risposta all'utenza*: predisporre piani di inserimento lavorativo e sociale per i soggetti deboli, diminuendo, tra l'altro, la cronicizzazione ed il costo sociale;
- adeguarsi alle *strategie europee*: innovazione degli approcci alla politiche sociali ed economiche, attraverso l'adeguamento alle strategie europee;
- realizzare la *sussidiarietà*: reale promozione di logiche di sussidiarietà, avvalendosi dei prodotti delle reti locali che il progetto promuove tra soggetti pubblici, privati e del privato sociale;
- promuovere *l'immagine*: rafforzamento di immagine per le politiche, radicandosi sul territorio, ampliando il consenso.

Assicura al **terzo settore** di:

- partecipare ai *processi decisionali*: riconoscimento da parte degli organismi istituzionali del ruolo strategico nella pianificazione locale e nella realizzazione delle azioni volte alla lotta contro l'esclusione sociale, entrando nella pianificazione locale;
- essere *riconosciuti nelle competenze*: riconoscimento esplicito del know how acquisito nel campo delle politiche di inclusione sociale e lavorativa di soggetti deboli.

Un modello di governo e gestione della rete

La realizzazione di politiche ed interventi integrati a livello territoriale rende necessario e ineluttabile un governo ed una gestione delle reti, capace di condividere e realizzare obiettivi comuni a partire da sistemi ed organizzazioni con scopi differenti.

Il governo di una rete tra più soggetti e più sistemi rende necessaria l'individuazione di uno o più **nodi** principali della rete, uno dei quali senz'altro rappresentato dai Servizi pubblici per l'Impiego e, di conseguenza, dalle Province.

E' operativamente utile prevedere differenti livelli di governo/gestione:

- Tavolo istituzionale (governo e concertazione tra istituzioni pubbliche e private) deputato alla gestione delle politiche e dei programmi locali, capaci di concretizzare in strategie operative le politiche indicate capaci di;
- Gruppo di gestione della rete locale (network management) finalizzato alla gestione operativa territoriale. Costituisce l'ambito organizzato in cui operatori rappresentanti dei soggetti leader della rete coordinano le proprie azioni e valutano la qualità dell'intervento, allo scopo di adeguare gli sforzi di ciascun soggetto agli obiettivi fissati; non è solo un luogo di direzione, ma uno strumento di riflessione e di emancipazione a

disposizione di tutti gli attori;

- Gruppo di gestione dei casi (case management) finalizzato alla gestione operativa dei singoli casi in trattamento per i quali avviare percorsi di inserimento lavorativo, a fronte di procedure condivise di orientamento, formazione, inserimento lavorativo e accompagnamento per il mantenimento del posto di lavoro.

3. LA VALUTAZIONE DELLE ATTIVITA' NEGLI INTERVENTI SULLE DIPENDENZE: UNA PROPOSTA PER UN MODELLO CONDIVISO

3.1. Premessa

I diversi orientamenti e la necessità di una base comune

Gli approcci alla valutazione dei sistemi sociosanitari possono essere diversi e non esiste ad oggi un unico riferimento ma è necessario raggiungere un accordo di massima almeno su un modello generale su cui orientare i sistemi Regionali. Questo documento rappresenta una base di partenza per la discussione, preparata e concordata all'interno dei gruppi di lavoro per la preparazione della Conferenza Nazionale sulle Droghe 2005.

Le finalità e l'utilizzo della valutazione

È indispensabile premettere che il sistema di valutazione è la base necessaria e funzionale al "Decision Making" e cioè che la sua finalità principale, e per la quale si esegue la valutazione, è proprio la sua funzione vicariante il prendere decisioni. Qualsiasi attività valutativa quindi verrà intrapresa e mantenuta solo se utile al Decision Making.

Si vuole quindi governare il sistema assistenziale/produttivo attraverso decisioni consapevoli, basate su informazioni affidabili, al fine di orientarlo verso il punto di migliore equilibrio economico (massimi risultati ai minimi costi).

Risulta necessario chiarire preliminarmente che la finalità principale dell'introduzione permanenti di sistemi per la valutazione è quella quindi di capire i punti critici di una organizzazione, del processo assistenziale, di una terapia o di tutto ciò che in qualche modo abbia bisogno di un controllo costante, attraverso l'utilizzo di indicatori sintetici e rappresentativi, per governare l'andamento in termini di consumi, produttività, qualità e risultati concreti degli interventi sulle persone assistite.

Tutto questo quindi al fine di governare permanentemente il sistema e migliorare il servizio alla persona anche mediante un uso razionale delle risorse.

In altre parole la finalità della valutazione, per essere accettata dagli operatori e diventare di successo, dovrà essere quella di poter rendere espliciti e visibili i problemi al fine di poter individuare precoci ed efficaci soluzioni, controllandone in seguito il reale effetto benefico. Il tutto dentro un ciclo virtuoso di osservazione - programmazione - azione - controllo - miglioramento continuo, che è indispensabile attuare permanentemente e costantemente all'interno di qualsiasi organizzazione che si occupi di servizi alle persona.

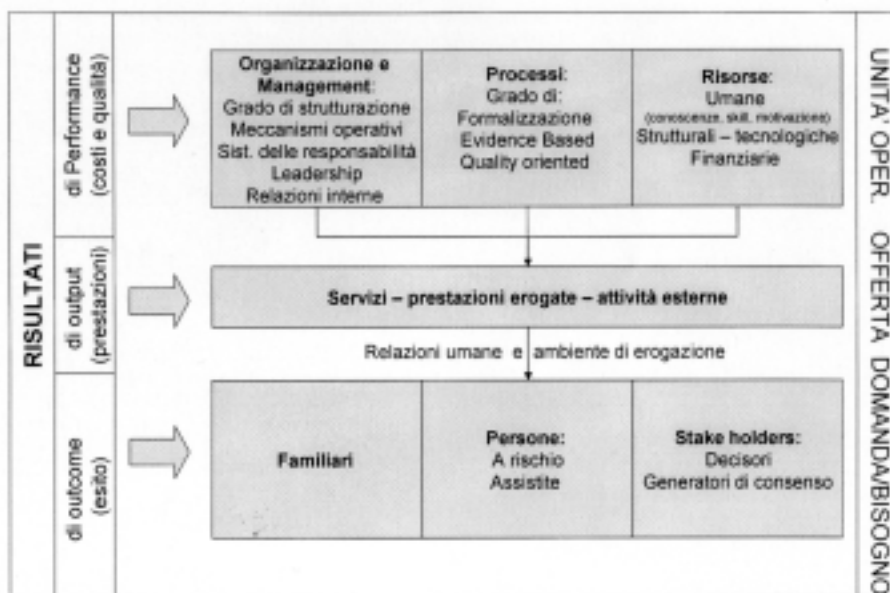
Gli strumenti ed i sistemi di valutazione devono essere intesi quindi come sistemi per individuare e risolvere problemi non per individuare e imputare "colpe". Vanno quindi escluse finalità "punitive o di controllo censorio" degli operatori che in questo caso risulterebbero inopportune ed inutili oltre che portare alla non accettazione dei sistemi di valutazione e quindi al loro non utilizzo.

In altre parole: "non sparate sul pianista perché smetterà di suonare" ma "dategli un nuovo spartito e suonerà meglio".

Tab.: Principali ambiti oggetto di valutazione nei dipartimenti delle dipendenze

N.	Ambiti	Principali specifiche
	Bisogni	<ul style="list-style-type: none"> Stima dei bisogni preventivi ed assistenziali n. persone a rischio n. assistiti esprimenti una domanda tipologia di utenza e domanda n. di persone con bisogno di assistenza non esprimenti una domanda
	Risorse	<ul style="list-style-type: none"> risorse umane (n. operatori, loro competenze e motivazione) Strutture produttive e tecnologie Finanziamenti Consumo e utilizzo razionale delle risorse Ambienti di erogazione
	Organizzazione e management	<ul style="list-style-type: none"> Grado di strutturazione e formalizzazione Mecc. Operativi (sist. Info., budget ecc.) Efficienza produttiva interna Sistema delle responsabilità Leadership Relazioni interne
	Processi assistenziali	<ul style="list-style-type: none"> Utilizzo dell'evidence based Qualità (con particolare attenzione all'adeguatezza e rispetto delle relazioni umane) Efficienza Coerenza e coordinamento interno
	Risultati finali	<ul style="list-style-type: none"> Risultati clinici nel breve, medio, lungo termine – efficacia in pratica in relazione a: uso di sostanze, reinserimento sociale, qualità di vita e prevenzione delle patologie correlate. Grado soddisfazione degli assistiti e loro familiari, degli operatori, degli stake holders Impatto sul fenomeno globale (efficienza esterna)

Fig.: Aree su cui è necessario avere informazioni per poter governare il sistema assistenziale.



Valutazione e decision making

In considerazione del fatto che le attività di valutazione sono di solito molto impegnative, è necessario selezionarle in modo da espletare solo quelle che saranno effettivamente utili e realmente utilizzate per migliorare le attività. Il criterio principale per selezionare tali attività è che le azioni di valutazione e i risultati informativi da esse derivanti dovranno essere utili al decision making. Valutare costa tempo, impegno e fatica e tali sforzi devono essere esclusivamente fatti, in un ottica fortemente pragmatica, solo se le informazioni derivanti

da questi sistemi sono realmente utilizzati per prendere decisioni, sia che riguardi decisioni cliniche, organizzative o strategiche generali.

Precondizioni per la definizione dei sistemi di valutazione

Entrando un po' più nel merito e dovendo condividere alcune definizioni generali è utile ricordare che Valutare, cioè "attribuire un giudizio di valore", implica che siano chiare e condivise preliminarmente almeno cinque condizioni:

1. la finalità della valutazione (perché valutare);
2. gli oggetti in valutazione, (che cosa valutare);
3. gli indicatori;
4. gli strumenti di misurazione e la modalità (come valutare gli oggetti);
5. lo standard di riferimento con cui confrontare e valorizzare i risultati in osservazione (con che cosa comparare i risultati osservati).

Le diverse finalità della valutazione condizionano ex ante la strutturazione dei sistemi, in virtù del fatto che gli output attesi da questi sistemi devono soddisfare necessità diverse anche in base al ruolo e al compito del fruitore delle informazioni derivanti dal sistema di valutazione.

L'approccio sistemico alla valutazione: l'osservazione multidimensionale ed integrata

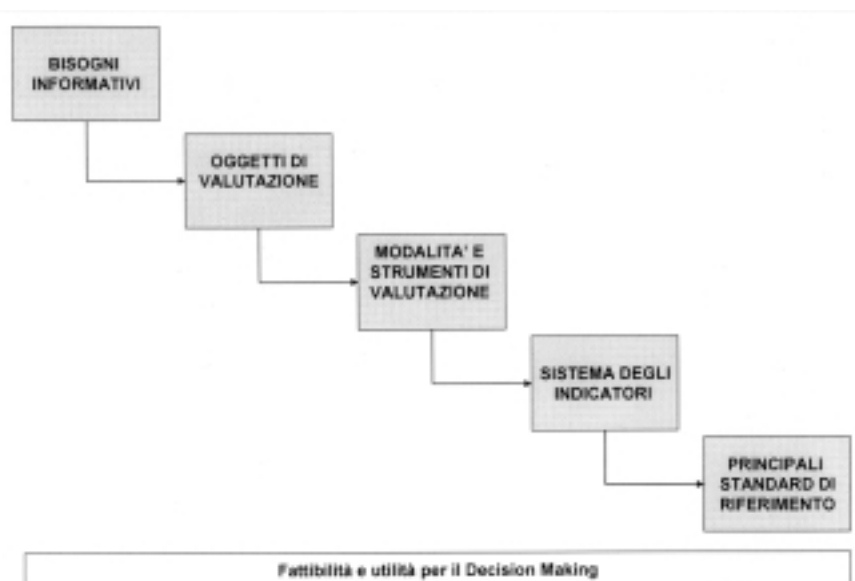
Va sottolineata che per una corretta valutazione all'interno dei Dipartimenti dovrà essere adottato un approccio che preveda la contemporanea attenzione a tutti gli oggetti sopra riportati in modo da poter interpretare ogni singolo oggetto anche alla luce dei risultati degli altri oggetti: es. esito dei trattamenti a fronte dei costi sostenuti, n. di prestazioni a fronte dei costi, risultati ottenuti e soddisfazione dei vari "clienti", ecc.. vi è quindi la necessità di ribadire che il modello qui proposto e condiviso è quello di una "Valutazione multidimensionale, integrata e permanente"

Per poter attuare ciò sono necessari una serie di modalità e strumenti di misurazione non che di standard su cui comparare i risultati osservati e poter attribuire un giudizio di valore.

3.2 La logica della valutazione: bisogni informativi, oggetti di valutazione, macroindicatori, modalità e strumenti di misurazione, e standard di riferimento

Per meglio comprendere come sviluppare i modelli e i sistemi per la valutazione delle attività e delle organizzazioni dedicate all'assistenza alle persone, è utile prendere in considerazione la logica per singoli step che è utile seguire a tale scopo.

Fig.: principali step logici per la definizione dei modelli e dei sistemi per la valutazione



3.2.1 Bisogni informativi

Una logica pratica da utilizzare nella definizione di sistemi per la valutazione è quella di partire dai bisogni informativi dei vari attori del settore identificando di conseguenza quali sono gli oggetti della valutazione. Successivamente si potrà essere in grado di identificare i macroindicatori e le migliori modalità e strumenti di misurazione, per arrivare a definire gli standard con cui confrontarci per capire ed esprimere un giudizio di valore sui risultati raggiunti.

Quindi nel campo delle dipendenze da sostanze e degli interventi che vengono svolti in esso, molti possono essere gli "oggetti di valutazione" a seconda dell'osservatore e dei suoi "bisogni informativi" ma fondamentale, al fine di governare il sistema assistenziale (qualsiasi esso sia) possiamo riassumerli in alcune principali macro categorie in base ad un serie di semplici domande alle quali vorremmo delle risposte in modo tale da farci capire direttamente ed esaurientemente la situazione in esame e poter prendere decisioni adeguate:

Tab.: bisogni informativi

1	Quale è il grado e il tipo di bisogno (quantità di persone interessate, aspettative di risposta dei cittadini e problemi esistenti)?
2	Il Dipartimento e le singole unità operative sono validamente organizzati per poter dare risposte adeguate? Con quale grado di efficienza produttiva interna dei Dipartimenti si raggiungono tali risultati (possibile miglioramento del rendimento)?
3	Con quali modalità e con quale qualità vengono assistite le persone e quale grado di aderenza c'è alle evidenze scientifiche?
4	Quanti e quali sono i servizi e le prestazioni erogate?
5	Quanto costa tutto ciò e che relazione c'è con i risultati raggiunti?
6	Con quali risorse a disposizione si sta operando e come vengono impiegate?
7	Qual è la situazione professionale del personale?
8	Quale è il grado di efficacia in pratica sul core del problema (uso di sostanze, reinserimento sociale e prevenzione delle patologie correlate) raggiunto dal nostro lavoro sia durante il trattamento che dopo il trattamento (follow up di lungo termine)?
9	Con quale grado di soddisfazione dei nostri "clienti", degli operatori e degli stake holders?
10	Quanti e quali bisogni con la nostra risposta vengono soddisfatti e quanti non lo sono?

3.2.2 Oggetti di valutazione

Di conseguenza i principali oggetti di valutazione per i quali sarà necessario ed auspicabile avere informazioni utili al decision making attraverso sistemi integrati di valutazione possono essere:

Tab.: bisogni informativi e oggetti di valutazione

Area	bisogni informativi	Oggetti di valutazione
Bisogni	1 quale è il grado e il tipo di bisogno (quantità di persone interessate, aspettative dei cittadini e problemi esistenti)? Quali sono le aspettative delle persone assistite e dei cittadini?	Dimensioni epidemiologiche nell'area di attività dei soggetti a rischio, degli utilizzatori di sostanze e tipologia dei pattern d'uso. Aspettative/bisogni delle persone assistite e dei cittadini.
Organizzazione	2 il dipartimento e le singole unità operative sono validamente organizzati per poter dare risposte adeguate? Con quale grado di efficienza produttiva interna dei dipartimenti si raggiungono tali risultati (possibile miglioramento del rendimento)?	Assetto organizzativo e grado di formalizzazione Sistema delle responsabilità Mecc. Operativi (sist. Informativo, budget, ecc.) Tipo di leadership Efficienza interna o produttiva
Processi	3 con quali modalità e con quale qualità vengono assistite le persone e quale grado di aderenza c'è alle evidenze scientifiche?	Grado di Aderenza ai processi predefiniti come di qualità e grado di "Evidence based"
Risultati intermedi (servizi e prestazioni)	4 quanti e quali sono i servizi e le prestazioni erogate?	Prestazioni semplici e complesse erogate (volumi, densità su singolo assistito, mixing e qualità)
Risorse utilizzate	5 quanto costa tutto ciò e che relazione c'è con i risultati raggiunti?	Costi e benefici
	6 con quali risorse a disposizione si sta operando e come vengono impiegate?	"Sistema produttivo" (risorse a disposizione in relazione ai bisogni esterni): capacità produttiva attesa in base alle risorse a disposizione e osservata in base alle prestazioni realmente erogate
	7 Qual è la situazione professionale del personale?	Competenze (conoscenze + skill), motivazione, clima interno

Risultati finali (esiti)	8	quale è il grado di efficacia in pratica sul core del problema (uso di sostanze, reinserimento sociale e prevenzione delle patologie correlate) raggiunto dal nostro lavoro sia durante il trattamento che dopo il trattamento (follow up di lungo termine)?	Risultati durante il trattamento e finali post trattamento (follow up di lungo termine) - Efficacia in pratica (effectiveness)
	9	Con quale grado di soddisfazione dei nostri "clienti", degli operatori e degli stake holders?	Customer satisfaction di: persone assistite operatori stake holders
	10	Quanti e quali bisogni con la nostra risposta vengono soddisfatti e quanti non lo sono?	servizi e prestazioni erogate in relazione al bisogno esterno (Efficienza esterna o allocativa)

3.2.3. Modalità e strumenti di misurazione

La tabella successiva riporta le principali modalità e strumenti di misurazione utilizzabili senza la pretesa di essere esaustiva ma comunque indicative ed utili per la pratica clinica.

Tab.: oggetti e di valutazione e le principali modalità e strumenti di misurazione.

	Oggetti di valutazione	Modalità e strumenti di misurazione
1	Dimensioni epidemiologiche nell'area di attività dei soggetti a rischio, degli utilizzatori di sostanze e tipologia dei pattern d'uso	Sime di prevalenza sugli utilizzatori Analisi dei trend mediante misure di incidenza
2	Assetto organizzativo e grado di formalizzazione Sistema delle responsabilità Mecc. Operativi (sist. Informativo, budget, ecc.) Tipo di leadership Efficienza interna o produttiva	Analisi organizzativa mediante tecniche STD
3	Grado di Aderenza ai processi predefiniti come di qualità e grado di "Evidence based"	Quality management Process adherence controller EB STD
4	Prestazioni semplici e complesse erogate (volumi, densità su singolo assistito, mixing e qualità)	Sistema rilevamento prestazioni STD Sesit (volume, densità e mixing in base alla finalità)
5	Costi e benefici	Costi diretti ed indiretti Rapporto costi produttivi/prestazioni erogate (valorizzate in senso monetario) Analisi dei costi e dei benefici, costo/utilità, costo/efficacia
6	"Sistema produttivo" (risorse a disposizione in relazione ai bisogni esterni): capacità produttiva attesa in base alle risorse a disposizione e osservata in base alle prestazioni realmente erogate.	Strutture e risorse tecnologiche disponibili parametrizzate Descrittiva STD delle U.O. mediante risorse "equivalenti" (operatori, quote finanziarie di investimento budgettato, finanziamenti extra disponibili, ecc.) Sistema delle prestazioni tariffate
7	Competenze (conoscenze + skill), motivazione del personale, clima interno	Analisi delle conoscenze e delle skill professionali e relazionali del personale Analisi di clima
8	Risultati finali - Efficacia in pratica (effectiveness)	Valutazione della aderenza al trattamento (ritenzione in trattamento) Valutazione dell'outcome individuale (effectiveness) durante il trattamento e dopo il trattamento (follow up di lungo termine – tasso di ricaduta) Valutazione dell'outcome di sistema (risultati del dipartimento nel suo complesso)
9	Customer satisfaction di: • persone assistite • operatori • stake holders	Sistemi per il rilevamento STD della C.S. Sondaggi di opinione
10	Servizi e prestazioni erogate in relazione al bisogno esterno (Efficienza esterna o allocativa)	Rapporto bisogni/offerta erogata (valorizzate in gg di assistenza attesi/erogati e n. di soggetti in carico/n. di soggetti con bisogni)

3.2.4. Sistema degli indicatori e standard di riferimento

Per poter esprimere un giudizio di valore occorre quindi anche un "sistema di indicatori" condivisi e semplici che possano essere utilizzati per la rappresentazione surrogata della realtà oggetto di valutazione. Questi indicatori dovranno essere il più diretti possibili e cioè in stretta correlazione con il fenomeno che dovrebbero rappresentare, validamente rappresentativi ma soprattutto selezionati in relazione a due fondamentali parametri:

1. grado di fattibilità (facile raccolta, utilizzo, elaborazione ed interpretazione)
2. reale utilità per il decision making sia clinico che organizzativo

Sulla base dei risultati osservati mediante l'utilizzo di questi indicatori sarà inoltre possibile determinare gli standard di riferimento con cui confrontare e valorizzare i risultati in osservazione.

In altre parole si tratta di definire il "base line" minimo a cui arrivare per considerare il risultato atteso, raggiunto e "soddisfacente".

È chiaro che questa operazione può portare in se una serie di difficoltà e complessità che risentono anche dei valori che l'organizzazione operante si è data, formalizzati nella sua vision e della sua mission. Un modo semplice ma altrettanto efficace di fissare uno standard iniziale su cui andare a formulare le prime valutazioni per affinare in seguito il sistema degli standard di riferimento è quello di far riferimento, nel caso di molteplici U.O., alla media (o mediana) del parametro in valutazione calcolato sulla base dei risultati delle singole U.O. e quindi osservare il grado di scostamento (positivo o negativo) da tali valori delle singole U.O.

Tab.: macroindicatori e principali standard di riferimento

	Oggetti di valutazione	Modalità e strumenti di misurazione	Macroindicatori	Principali STD di riferimento
1	Dimensioni epidemiologiche nell'area di attività, dei soggetti a rischio, degli utilizzatori di sostanze e tipologia dei pattern d'uso	Stime di prevalenza sugli utilizzatori Analisi dei trend mediante misure di incidenza	<ul style="list-style-type: none"> • Prevalenza per singola tipologia di sostanza e per fasce di età • Incidenza nuovi utilizzatori • Scostamento da valori medi regionali e/o nazionali e/o europei 	Valori medi riscontrati a livello regionale e/o nazionale e/o europei
2	Assetto organizzativo e grado di formalizzazione Sistema delle responsabilità Mecc. Operativi (sist. Informativo, budget, ecc.) Tipo di leadership Efficienza interna o produttiva	Analisi organizzativa mediante tecniche STD	<ul style="list-style-type: none"> • Giudizio degli operatori • Valutazione terza • Scostamento da requisiti minimi di accreditamento 	Da creare per il dipartimento delle dipendenze sulla base dei vari sistemi di accreditamento regionali
3	Grado di Aderenza ai processi predefiniti come di qualità e grado di "Evidence based"	Quality management Process adherence controller EB STD	<ul style="list-style-type: none"> • Grado di EB applicato ai propri processi • Grado di aderenza ai processi di Q dichiarati • Scostamento da valori medi regionali e/o nazionali e/o europei 	Alto grado di EB >80 % di aderenza
4	Prestazioni semplici e complesse erogate (volumi, densità su singolo assistito, mixing e qualità)	Sistema rilevamento prestazioni STD Sesit (volume, densità, mixing in base alla finalità e qualità)	<ul style="list-style-type: none"> • Volume: n. totale di prestazioni erogate (per tipo)/tempo STD • Densità: n. medio di prestazioni erogate al soggetto/tempo STD • Mixing: % delle prestazioni in base alle singole finalità di erogazione (preventive, di cura, riabilitative ecc. - vedi standard SESIT) • Qualità: da definire in base alle determinazioni delle singole regioni • Scostamento da valori medi regionali e/o nazionali e/o europei 	Da creare per il dipartimento delle dipendenze sulla base dei vari sistemi di accreditamento regionali, dei Livelli Essenziali di Assistenza e dei Valori medi riscontrati a livello regionale e/o nazionale
5	Costi e benefici	Analisi dei Costi diretti ed indiretti Rapporto costi produttivi/prestazioni erogate (valorizzate in senso monetario) Analisi del rapporto costi/benefici, costo/utilità, costo/efficacia	<ul style="list-style-type: none"> • Costi diretti • Costi indiretti • Rapporto % con bilancio Aziendale • Costo produttivo delle singole prestazioni indice • Costo medio/die/soggetto per giornata di assistenza con terapia efficace (non assunzione di sostanze) • Rapporto CB, CU, CE • Scostamento da valori medi regionali e/o nazionali e/o europei 	Valori medi regionali o nazionali standardizzati per U.O.
6	"Sistema produttivo" (risorse a disposizione in relazione ai bisogni esternali; capacità produttiva attesa in base alle risorse a disposizione e osservata in base alle prestazioni realmente erogate.	Strutture e risorse tecnologiche disponibili parametrato Descrittiva STD delle U.O. mediante risorse "equivalenti" (operatori, quote finanziarie di investimento budgettato, finanziamenti extra disponibili, ecc.) Sistema delle prestazioni tariffate	<ul style="list-style-type: none"> • n. di operatori equivalenti (per singolo profilo professionale e parametrati sul n. di sogg. assistiti) • metri quadrati a disposizione per servizi assistenziali diretti (parametrati su n. di sogg. assistiti) • quota di budget grezzo a disposizione (parametrato su n. di sogg. assistiti) • volume per tipologia di prestazioni attese (paramtrate sulla base degli operatori presenti) • Scostamento da valori medi regionali e/o nazionali e/o europei 	Da creare per il dipartimento delle dipendenze sulla base dei vari sistemi di accreditamento regionali e dei Valori medi riscontrati a livello regionale e/o nazionale

7	Competenze (conoscenze + skill), motivazione del personale, clima interno	Analisi delle conoscenze e delle skill professionali e relazionali del personale Analisi di clima	<ul style="list-style-type: none"> • Grado di conoscenza specifica • Grado di abilità specifiche • Indice di clima • Scostamento da valori medi regionali e/o nazionali e/o europei 	Valori medi regionali e/o nazionali considerati come soddisfacenti
8	Risultati finali - Efficacia in pratica (effectiveness)	Valutazione della aderenza al trattamento (ritenzione in trattamento) Valutazione dell'outcome individuale (effectiveness) durante il trattamento e dopo il trattamento (follow up di lungo termine – tasso di ricaduta) Valutazione dell'outcome di sistema (risultati del dipartimento nel suo complesso)	<ul style="list-style-type: none"> • Uso di sostanze stupefacenti • Grado di reinserimento sociale e lavorativo • Qualità di vita • Grado di rischio di patologie correlate • % di soggetti in trattamento in fase di miglioramento (STD NOP) • Scostamento da valori medi regionali e/o nazionali e/o europei 	Da definire in base a studi di settore Differenziati per la fase di trattamento (durante e dopo il trattamento) Valori medi riscontrati a livello regionale e/o nazionale
9	Customer satisfaction di: <ul style="list-style-type: none"> • persone assistite • operatori • stake holders 	Sistemi per il rilevamento STD della C.S. Sondaggi di opinione	<ul style="list-style-type: none"> • Grado, ponderato per importanza relativa, di soddisfazione • Tipo di immagine del servizio erogante • Grado di notorietà • Giudizio su parametri STD: accessibilità utilità percepita. 	Da definire in base a studi di settore Valori medi riscontrati a livello regionale e/o nazionale
10	Servizi e prestazioni erogate in relazione al bisogno esterno (Efficienza esterna o allocativa)	Rapporto bisogni/offerta erogata (valorizzate in)	• gg di assistenza attesi/erogati e n. di soggetti in carico/n. di soggetti con bisogni	Valori medi riscontrati a livello regionale e/o nazionale

3.2.5. Altre specifiche

Parametrizzazione e ponderazione dei risultati osservati

La valutazione dei risultati raggiunti (sia in termini di efficacia, che di efficienza ed economicità), al fine di essere realistici e ponderati nel giudizio, deve essere contestualizzata ed eseguita tenendo conto e relativizzando il risultato osservato su almeno tre macroparametri:

- grado e dimensione del bisogno
- risorse a disposizione per realizzare gli interventi (capacità produttiva attesa)
- risposte medie osservate da altre realtà assistenziali analoghe (valori medi regionali e/o nazionali e/o europei) rispetto ai parametri presi in considerazione.

tab.: parametri complementari da utilizzare per la ponderazione della valutazione dei risultati

macroindicatori di outcome	Valutati in relazione a:
Uso di sostanze	Costi generati
Grado di Qualità di vita	Risorse a disposizione
Grado di Reinserimento sociale e lavorativo	Grado di bisogno soddisfatto (copertura)
Grado di rischio per patologie correlate	Prestazioni erogate
Grado di rischio di comparsa di situazioni devianti (criminalità, prostituzione, ecc.)	Soddisfazione degli assistiti
	Soddisfazione dei famigliari
	Soddisfazione degli Stake Holders
	Soddisfazione degli operatori
	Motivazione degli operatori

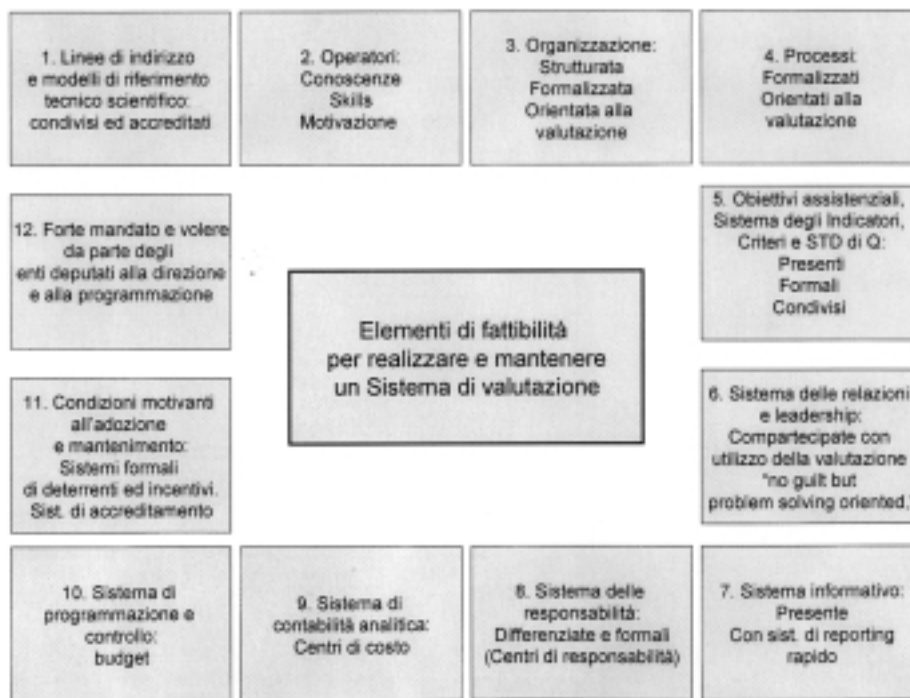
Elementi di fattibilità

La costruzione dei sistemi di valutazione passa attraverso la possibilità di disporre di una serie di elementi di fattibilità, che vanno da componenti di tipo tecnico a quelle di tipo legittimatorio ed accreditante. Lo schema successivo riporta in sintesi i principali elementi necessari per poter costruire e mantenere sistemi di valutazioni orientati al management dei Dipartimenti delle dipendenze mediante la valutazione dei risultati intermedie e finali.

Va inoltre considerato che qualsiasi sistema di valutazione presenta un costo che deriva sia dalle necessarie strutture ed apparati tecnici ma anche dal tempo che gli operatori utilizzano per tali attività. Il rapporto costi benefici è comunque a vantaggio di questi ultimi e non vi sono dubbi sulla efficacia di mantenere sistemi di

valutazione anche sul contenimento dei costi oltre che sul miglioramento dei risultati. A questo punto risulta utile analizzare la situazione attuale in termini di principali problematiche percepite per l'attivazione di sistemi di valutazione.

Fig.: Principali elementi di fattibilità



3.3 Conclusioni

I Soggetti che devono eseguire la valutazione delle attività sono fondamentalmente due: gli operatori stessi espletanti le attività e una parte "terza" cioè esterna che di solito opera per conto di un committente.

Ogni valutazione presenta dei punti di forza e di debolezza che è utile sottolineare al fine di comprendere i limiti e i vantaggi di tali valutazioni.

Soggetti	Principale finalità	Punti di forza (Vantaggi)	Punti di debolezza (Limiti)
Operatori	Autoridefinizione dei processi, miglioramento delle proprie prassi e assetti organizzativi	Buon coinvolgimento con orientamento dei processi clinici alla buona prassi Motivazione degli operatori	Autoreferenzialità
Parte terza	Fornitura a enti regolatori e programmatori	Maggior oggettività	Scarsa competenza specifica sulle tossicodipendenze Uso improprio delle informazioni da parte dei committenti Non coinvolgimento degli operatori con reazioni negative di difesa e demotivazione Business

4.SCHEDE DI SINTESI SULLE AREE PROBLEMATICHE E POSSIBILI SOLUZIONI ATTESE

LO SCENARIO ATTUALE

Problemi	Cause	Priorità
1. Invecchiamento del modello "duale" (Ser.T./Comunità terapeutica) dei servizi per le tossicodipendenze	Frammentato adeguamento della cultura organizzativa e dei saperi al cambiamento del fenomeno droghe: passaggio dalla tossicodipendenza alle dipendenze da sostanze d'abuso legali ed illegali	Rendere specialistici gli interventi sulle dipendenze attraverso un ampliamento del sistema dell'offerta dei servizi, mediante il modello dipartimentale territoriale, con unità operative, ed il coinvolgimento, in una rete definita da accordi di programma, dell'ente locale, della prefettura, dell'ospedale, della scuola, dei servizi per l'impiego e la formazione professionale
2. Quadro normativo non aggiornato all'evolversi del fenomeno, centrato su una tipologia di consumatore; mancato recepimento degli atti d'intesa del 1999	Difficoltà del dibattito politico-parlamentare ad uscire da posizioni "ideologiche"; introduzione riforma Titolo V della Costituzione che prevede l'affidamento alle Regioni delle competenze in materia di organizzazione sia sanitaria che socio-sanitaria; quadro nazionale disomogeneo nel recepimento degli atti d'intesa del 1999	Aggiornamento del DPR 309/90; ridefinizione dei Livelli Essenziali di Assistenza in forma più articolata, con denominatori comuni a tutte le Regioni al di sotto dei quali non poter scendere; totale recepimento degli atti d'intesa del 1999
3. Mancata integrazione pubblico-privato sociale nell'ambito del modello dipartimentale, con pari dignità e risorse economiche adeguate alla crescente complessità della dipendenza da sostanze d'abuso lecite ed illecite	Difficoltà degli attori in campo (Regioni/operatori Ser.T./operatori privato sociale) a percepire il sistema come unico, specializzato e differenziato, con eguali diritti e doveri; risorse economiche insufficienti, non indirizzate, non gestite dal dipartimento	Sedimentazione di una cultura del modello dipartimentale; strutturazione di un modello dipartimentale che consenta la piena integrazione e sviluppo dei servizi pubblici e privati "incaricati di pubblico servizio", delle altre istituzioni territoriali interessate al problema (comune, prefettura, scuola, ecc.); definizione delle risorse economiche specifiche da parte delle Regioni da assegnare alle ASL e di seguito ai dipartimenti
4. Difficoltà e vincoli nella valutazione degli interventi curativi proposti dall'attuale sistema dei servizi	Scarsa cultura della valutazione, con prevalenza degli interventi parcellizzati, di emergenza, di attribuzione di "colpe" (responsabilità all'utente del fallimento di un trattamento terapeutico)	Definizione e applicazione di un modello di valutazione condiviso dai servizi, differenziato sulla base della tipologia dei trattamenti sanitari psico-sociali proposti, fatto proprio dagli operatori
5. Mancanza di un piano di azione nazionale in materia di prevenzione, trattamenti, lotta al narcotraffico nell'uso, abuso, dipendenza da sostanze legali ed illegali, con obiettivi chiari da raggiungere, in sintonia con il piano d'azione dell'Unione Europea 2005/2008		Approvazione del piano nazionale e definizione di un accordo con le Regioni per il recepimento del suddetto piano in sede regionale, con la possibilità di "premiare" con maggiori risorse economiche, le Regioni in grado di dimostrare il raggiungimento degli obiettivi fissati
6. Immagine del Ser.T. e delle Comunità terapeutiche come servizi per tossicodipendenti da eroina	La prevalenza per tre decenni di un mercato consumo di eroina; orientamento nei saperi e nelle professionalità di trattamenti terapeutici per consumatori di eroina; scarsa percezione da parte degli operatori del mutamenti del mercato delle sostanze lecite ed illecite, della tipologia di consumatori (da devianti/emarginati, gli eroinomani; a normali/inseriti	Inventare una nuova comunicazione sull'immagine dei servizi per dipendenti da sostanze d'abuso, più vicina all'immagine di altri servizi sanitari quali luoghi di cura; rivisitazione logistica dei servizi con sedi diversificate

7. Scarso investimento nei progetti e nelle attività di prevenzione	Non adeguata cultura e formazione degli operatori dei servizi, più centrata sui trattamenti terapeutici; scarse risorse economiche; assenza di modelli d'intervento preventivo consolidati e validati, differenziati per fasce d'età	Definizione organizzativa di unità operative dipartimentali dedicati alla prevenzione, con risorse umane ed economiche; formazione degli operatori alla prevenzione; coinvolgimento strutturato della scuola e di altre agenzie sociali e educative
---	--	---

2° documento

Soluzioni attese	Orientamenti: -Amministrazioni Centrali -Regioni -Operatori
1. Implementazione di un modello di Dipartimento aziendale/territoriale con unità operative differenziate per tipologia d'intervento (occupandosi di tutte le dipendenze), strettamente integrate, con pari dignità, con risorse economiche programmate e sufficienti a coprire i costi del sistema, con criteri di valutazione di efficienza, economicità, efficacia degli interventi. Specializzazione delle competenze professionali degli operatori nelle diverse forme di dipendenza e nella prevenzione	
2. Pieno recepimento degli atti d'intesa del 1999 da parte delle Regioni	
3. Approvazione di un provvedimento con la definizione specifica e dettagliata dei Livelli Essenziali di Assistenza per le dipendenze da sostanze d'abuso lecite ed illecite, con criteri minimi al di sotto dei quali le regioni non possono scendere	
4. Approvazione del Piano nazionale degli interventi in materia di prevenzione dell'uso di sostanze stupefacenti e psicotrope, di contrasto al traffico illecito e di trattamenti socio-sanitari e reinserimento socio-lavorativo delle persone dipendenti	
5. Rifinanziamento specifico e con adeguate risorse del fondo nazionale per la lotta alla droga da allocare in percentuale tra Regioni e Dipartimento nazionale, finalizzato alla ricerca sanitaria e sociale, sperimentazione di nuovi trattamenti terapeutici, aggiornamento delle competenze degli operatori del sistema dei servizi, interventi di prevenzione, reinserimento lavorativo. Definizione di un sistema di monitoraggio e valutazione di tutti gli interventi progettuali finanziati dal fondo droga, con premialità per le Regioni che dimostrino l'efficacia delle iniziative realizzate e l'ottimizzazione delle risorse impiegate (buone prassi da diffondere come modelli)	
6. Individuazione di "luoghi altri" dai Ser.T. e dalle Comunità terapeutiche (non identificati come strutture per tossicodipendenti), attraverso i quali intercettare una domanda esistente ma inespressa, fornire ascolto, consulenza, favorire l'invio al sistema dei servizi del dipartimento territoriale	
7. Progettare ed implementare un modello d'intervento nella prevenzione della dipendenza, come avvenuto per il sistema dei trattamenti. Assicurare risorse economiche e professionali adeguate, con sistemi di valutazione a distanza degli esiti degli interventi di prevenzione realizzati con i target specifici (minori, adulti, famiglie, scuola)	

Fonte di finanziamento	Servizi e attività finanziate
1. Servizio Sanitario Nazionale (Legge 833/78 e successive modificazioni ed integrazioni)	Servizi pubblici per le tossicodipendenze; privato accreditato
2. Fondo Nazionale per la Lotta alla Droga (DPR 309/90 e successive modificazioni ed integrazioni)	Prevenzione, inserimento lavorativo, riduzione del danno, ricerca, formazione
3. Fondo Nazionale per le Politiche Sociali (D.Lvo 112/98; Legge 328/00; Legge 388/00; Legge 448/01)	Piano di Zona dei servizi sociali: prevenzione e reinserimento sociale tossicodipendenti e alcolodipendenti
4. Fondi Strutturali 2000-2006 (Obiettivi 1,2,3): QCS (PON e POR); iniziative comunitarie (Equal, Urban, ecc)	Azioni di sistema: orientamento e formazione professionale, inserimento lavorativo, imprenditorialità; Programmazione Operativa Regionale: Patti del Sociale e tematici, Piani Integrati Territoriali: servizi alla persona e alla comunità, formazione, inserimento lavorativo;
5. Ministero della Giustizia	Pagamento rette per tossicodipendenti agli arresti domiciliari

n.	Principale problematica	Possibili Soluzioni attese	Livelli di intervento e Compiti O: Operatori, R: Regioni, ASL: Aziende, A: Amm. Centrali
1	Mancato recepimento della Atto di intesa Stato Regioni	Attivare in gruppo nazionale formato dalle Regioni, dalle Amministrazioni centrali, e da alcuni rappresentanti delle ASL e della consulta degli operatori esperti del DNPA per attivare e controllare il recepimento e l'attivazione dell'atto di intesa su tutto il territorio nazionale, con tempestiva pubblicazione in internet (con libero accesso) dei lavori e dello stato di avanzamento delle attività del gruppo e delle singole Regioni. Vincolare il trasferimento dei fondi sociali alle Regioni al recepimento e attivazione dell'atto di intesa.	A, R
2	Mancata realizzazione ed attivazione di Sistemi di Accredimento Regionali	Studiare e realizzare un prototipo generale a livello nazionale, sulla base delle esperienze già maturate nelle singole Regioni. Vincolare il trasferimento dei fondi sociali alle Regioni al recepimento e attivazione di sistemi di accreditamento coordinati a livello nazionale.	A, R
3	Mancata attivazione dei Dipartimenti delle Dipendenze	Recepire formalmente da parte delle Regioni/Province Autonome il documento a suo tempo definito dalle Regioni stesse riunite al tavolo del Dipartimento Nazionale delle Dipendenze (Roma 9 giugno 2005) – all.1 Vincolare il trasferimento dei fondi sociali alle Regioni al recepimento e attivazione dei Dipartimenti delle Dipendenze presso ogni ASL.	R, ASL
4	Non riconoscimento di un'entità organizzativa autonoma e ben definita per il "dipartimento delle dipendenze" non inglobata in altri dipartimenti (es. salute mentale)	Prevedere specifici dipartimenti per le dipendenze dotati di budget proprio da riassegnare in maniera proporzionale sulle varie unità organizzative interne.	R, ASL
5	Articolazione organizzativa centrata ancora su servizi per persone tossicodipendenti da eroina, mancanza di offerte articolate e specifiche per persone che utilizzano Cannabis, Anfetamine, Cocaina	Prevedere la realizzazione di nuove offerte con ambienti diversificati dai trattamenti per eroina, che utilizzino modalità di consultazione e registrazione delle persone in anonimato privilegiando, per queste persone, gli interventi ambulatoriali o semiresidenziali.	R, ASL, O
6	Condizioni strutturali, tecnologiche e di risorse umane del Ser e delle U.O. del Privato Sociale Accreditato fortemente sottodimensionate rispetto al bisogno di trattamento sia delle persone tossicodipendenti da eroina, da alcol ma anche da altre droghe. Impossibilità quindi di articolare nuove offerte per le problematiche emergenti con scarso impatto sul fenomeno "droghe stimolanti"	Identificare precisamente risorse dimensionate al bisogno assistenziale e comunque non inferiori al 3% del bilancio aziendale. Identificare precisamente da parte delle Amministrazioni Comunali aggiuntive, precise e specifiche voci di bilancio deputate al finanziamento delle attività di prevenzione, e reinserimento per le persone tossicodipendenti da rendere disponibili annualmente per il Dipartimento delle Dipendenze che provvede alla programmazione operativa degli interventi coerentemente con la programmazione strategica della ASL e della Amministrazione Comunale.	R, ASL
7	Scarsa differenziazione degli ambienti di cura tra "giovani utilizzatori o semplicemente a rischio" e "persone in trattamento da lungo termine"	Differenziare gli ambienti o perlomeno gli orari di accesso. Prevedere l'utilizzo anche di unità mobili presso i luoghi di intrattenimento.	R, ASL, O
8	Processi interni utilizzati per le attività di assistenza a bassa formalizzazione e mal strutturati. Ridotta possibilità di comprensione e controllo da parte degli operatori. Scarsa riflessione sulle proprie prassi assistenziali	Attivare una analisi dei processi mediante tecniche standard e rappresentarli formalmente in matrici tecniche e algoritmi facilmente comprensibili. Rivalutare il grado di evidence based applicato nelle attività assistenziali e fissare standard più elevati nelle matrici precedenti che saranno i riferimenti tecnici per gli operatori del dipartimento (U.O. della Pubblica Amministrazione e del Privato Sociale Accreditato). Rivalutare periodicamente tali processi anche con il confronto sistematico con altri Dipartimenti delle Dipendenze e/o altre Regioni. Relativamente a questo problema prevedere l'accreditamento, anche temporaneo di programmi e processi realizzati da più organizzazioni/gestori all'interno del dipartimento (es. centri di accoglienza e prima diagnosi gestite in comune tra PA e PSA).	O
9	Presenza di approcci fortemente ideologici con ridotta flessibilità e disponibilità al confronto e al cambiamento organizzativo	Attivare sistemi di valutazione quantitativa delle risorse utilizzate, delle prestazioni erogate e dei reali risultati (exit dei trattamenti) ottenuti, sulla base dei quali affrontare la discussione su cosa e come sia meglio operare. Allinearsi con le linee guida nazionali ed internazionali esistenti in tema di efficacia ed appropriatezza degli interventi.	O, A, R, ASL
10	Assenza di budget definiti per le dipendenze e presenza di fondi <u>inidistinti</u> non dedicati esclusivamente alle dipendenze	Attivare i sistemi di Budget a livello aziendale ma con il vincolo che essi siano realmente e preventivamente negoziati con i direttori dei dipartimenti (che dovranno equamente rappresentare le unità di offerta i programmi ed i progetti delle U.O. della Pubblica Amministrazione e del Privato Sociale Accreditato e altri enti appartenenti al dipartimento) per quanto riguarda: <ul style="list-style-type: none"> + obiettivi da raggiungere in termini prestazionali + obiettivi organizzativi e di innovazione + risorse messe a disposizione dell'azienda 	R, ASL

		Prevedere specifici fondi per l'area "Dipendenze" sia a livello Regionale che delle singole ASL. Prevedere, da parte delle Regioni, che le singole ASL debbano possedere tali condizioni come requisiti irrinunciabili per essere "conformi e legittimate" ad operare. In caso di non conformità, prevedere l'obbligo di tempestiva messa a norma.	
11	Mancanza di una formazione specifica in ambito organizzativo e manageriale da parte degli operatori ma anche dei referenti di ASL e Regioni	Attivare piani di formazione permanenti con le seguenti caratteristiche: <ul style="list-style-type: none"> • percorsi integrati (obbligatoriamente) tra operatori delle U.O. della Pubblica Amministrazione e del Privato Sociale Accreditato. • Per operatori anche della Regione • Formazione agganciata esclusivamente al piano di riorganizzazione in senso dipartimentale (selezione dei contenuti - no perdite di tempo) • Con percorsi pratici per la definizione dei processi, del regolamento del dipartimento, della definizione e negoziazione del budget, della realizzazione della continuità assistenziale. • Con previsione alla fine del percorso formativo di documenti condivisi sulle tematiche di cui al punto precedente. 	R, ASL, O
12	Tariffe inadeguate per le comunità terapeutiche al fine di poter assicurare un reddito che possa coprire i costi produttivi mantenendo nel contempo una buona qualità assistenziale	Aumentare le tariffe giornaliere sulla base di un preciso calcolo dei costi produttivi in relazione però anche alla qualità richiesta dagli interventi da parte dei sistemi regionali di accreditamento.	R
13	Aumento delle persone tossicodipendenti ed alcolodipendenti con patologie psichiatriche correlate	Attivare protocolli di collaborazione con i Dipartimenti di Salute mentale al fine di assicurare livelli essenziali di assistenza anche alle persone residenti presso le Comunità Terapeutiche da parte di specialisti psichiatri inviati in loco dal dipartimento o servizio di salute mentale (come atto dovuto per assicurare i LEA). Adattamento delle quote procapite delle ASL in presenza di carceri e di alto numero di comunità terapeutiche	
14	Presenza di molteplici spinte <u>extraistituzionali</u> nel tentativo di condizionare il sistema delle dipendenze e nel contempo accreditare il proponente presso forze politiche e centri di potere economico (aziende farmaceutiche). Per contro, ridotta presenza, capacità tecnica e capacità di impatto organizzativo e sull'allocazione delle risorse delle istituzioni e del personale preposto al coordinamento, programmazione e gestione (Amministrazioni Centrali, Regioni e Province Autonome, ASL, Servizi)	Rivalutare i ruoli istituzionali e le responsabilità derivanti. Attribuire "rappresentanze" e presenze significative a chi ha realmente la responsabilità sulle attività istituzionali. Prevedere dai referenti istituzionali delle Regioni/Province Autonome, delle ASL, dei Dipartimenti una piena, formale e pubblica assunzione di responsabilità dei propri ruoli e compiti, chiamandoli a rispondere in specifici incontri periodici, pubblici e trasparenti, del loro operato e dell'applicazione di quanto concordato in sede nazionale tra tutte le Regioni. Evitare di accreditare nelle attività istituzionali organizzazioni extraistituzionali sulla base di pressioni politiche, schieramenti ideologici o peggio ancora interessi e azioni di marketing di aziende farmaceutiche. Rendere incompatibile, per <u>confitto etico</u> di interessi, la presenza in incarichi istituzionali, gruppi di lavoro istituzionali Regionali e Nazionali o l'affidamento di progetti istituzionali, a tutti gli operatori che abbiano in atto, in forma diretta o indiretta, rapporti economici con aziende farmaceutiche operanti nel campo delle dipendenze da sostanze o delle patologie correlate.	O
15	Absenza (sia nel Pubblico che nel privato sociale accreditato) di condizioni organizzative ma soprattutto di cultura professionale che permettano ad oggi di realizzare una "pari dignità" tra U.O. della Pubblica Amministrazione e del Privato Sociale Accreditato	Aprire un dibattito su quali siano realmente, al di là dei proclami e dei facili slogan, gli assetti organizzativi e i meccanismi operativi in grado di assicurare un buon funzionamento dei dipartimenti per raggiungere la "pari dignità". Valutazione se questo modello sia effettivamente il modello che assicura un buona performance economica sia in termini di utilizzo razionale delle risorse che di risultato (esito finale dei trattamenti) e risposta ai bisogni delle persone tossico e alcolodipendenti	O
16	Mancanza di reale coordinamento tra U.O. della Pubblica Amministrazione e del Privato Sociale Accreditato con forte impedimento al mantenimento della "Continuità Assistenziale" soprattutto per le persone tossicodipendenti ad alto bisogno assistenziale e che discontinuano ed alternano i trattamenti.	Attivazione del Dipartimento con definizione di specifiche regole di comportamento professionale per mantenere buone prassi, finalizzate a garantire la continuità assistenziale. Fissare il rispetto di tali regole all'interno delle convenzioni e dei contratti professionali, come vincolante per poter operare ed essere retribuiti	ASL, O
17	Stime dei bisogni non standardizzate e poco affidabili	Attivazione di una rete nazionale di osservatori sull'utenza potenziale, oltre che sui costi del mancato intervento ecc.	

Problema	Analisi e cause principali	Priorità	Soluzioni attese	Livelli di intervento (C=centrale; R=regionale; O=servizi/operatori)
Mancano orientamenti condivisi e strumenti per lavorare con popolazioni di TD di lunga durata	<p>Il problema risiede nella difficoltà di adottare strategie condivise e sviluppare iniziative innovative per la gestione di gruppi di consumatori di lunga durata e nella conseguente conflittualità tra paradigmi culturali e professionali</p> <p>1.1 Ideologizzazione del dibattito su strategie e configurazioni dei servizi in materia di TD di lunga durata dovuta alla coesistenza di impostazioni culturali contrastanti</p> <p>1.2 Predominanza di soluzioni</p>			<p>C:</p> <ul style="list-style-type: none"> ➢ Operare concretamente per l'integrazione tra politiche sociali, sanitarie, formative e del lavoro anche attraverso norme-quadro che destinino specifiche risorse finanziarie a questo settore dei servizi <p>R</p> <ul style="list-style-type: none"> ➢ ➢ Integrare le ...

	<p>savitarie per la gestione di questo tipo di popolazione e mancanza di interventi socio-psicologici ed educativi dovuta all'adozione di logiche di risparmio e di controllo sociale nonché alla resistenza culturale di consistenti ambiti professionali e del Privato Sociale</p>			<p>politiche sociali, sanitarie, formative e del lavoro per finanziare interventi-quadro per i TD di lunga durata</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ O ➤ Accrescere la differenziazione dei servizi anche attraverso il coordinamento con le altre Istituzioni ➤ Sviluppare interventi fortemente integrati che utilizzino risorse depositate in differenti ambiti istituzionali ➤
--	--	--	--	--

Problema	Analisi e cause principali	Priorità	Soluzioni attese	Livelli di intervento (C=centrale; R= regionale; O= servizi/operatori)
<p>1. Mancanza di un modello di riferimento concordato per la gestione territoriale dei servizi (Ovvero: tossicodipendenti e operatori di serie A, B, C, in Champions League, UEFA o tornei parrocchiali...)</p>	<p>Il problema risiede nella scarsa somiglianza degli assetti organizzativi delle reti di servizi nelle diverse Regioni e nella conseguente difformità nell'assistenza fornita</p> <p>1.1. Varietà e frammentazione dei modelli di governance della rete di servizi sul territorio nazionale, derivante da differenti culture politiche ed orientamenti normativi</p> <p>1.2. Ineguale presenza e vitalità del Privato Sociale ed ineguale distribuzione dei livelli di cultura professionale tra i territori dovuta a percorsi storici e condizioni socio-economiche differenti</p> <p>1.3. Ineguale distribuzione di Capitale Sociale e diversità nei livelli di sviluppo delle reti di cittadinanza e reciprocità tra territori dovuta ai processi di sedimentazione delle culture locali</p> <p>1.4 Ineguale distribuzione della spesa regionale destinata all'intervento sulle dipendenze dovuta all'orientamento politico e alle diverse capacità di lobbying degli attori locali</p> <p>1.5 Dispersione di risorse per la mancata realizzazione di sistemi di governo efficace in materia</p>	<p><i>Covoxenus Conference</i> inter-regionale sui modelli di governance dei servizi per le dipendenze</p>	<p>Una maggiore omogeneizzazione degli investimenti e della spesa in materia di tossicodipendenze e produzione di accordi di cooperazione inter-regionale</p> <p>Diffusione di una logica competitivo-collaborativa per un miglior allineamento nazionale degli standards di assistenza fornita</p>	<p>C:</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Revisione dell'Atto di Intesa Stato-Regioni ➤ Creazione di un Comitato Tecnico multiregionale a supporto del Coordinamento delle Regioni (coordinamento bottom-up) ➤ Revisione dei Livelli di Assistenza (non minima) che devono essere garantiti a livello nazionale ➤ Destinazione di quote specifiche del FNLD a sostegno della cooperazione inter-regionale ➤ <i>Covoxenus Conference</i> in materia di modelli organizzativi e rilancio di un programma nazionale di Ricerca e Sviluppo <p>R</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Incremento della cooperazione inter-regionale anche attraverso la creazione di specifici programmi di benchmarking e diffusione di buone prassi ➤ Creazione di programmi di solidarietà inter-regionale ➤ Adottare logiche di progettazione strategica e de-regolazione operativa per favorire l'emergere delle buone prassi e dell'innovazione ➤ Adottare modelli organizzativi (Agenzie, Dipartimenti, ecc.) a forte integrazione e capacità di coordinamento ➤

	di integrazione socio-sanitaria dovuta all'ineguale diffusione di logiche di azione integrata			<p>O</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Incremento dei livelli di partecipazione degli operatori e delle organizzazioni agli ambiti locali di definizione delle politiche ➤ Scambi di esperienze in materia di assetti organizzativi dei servizi che favoriscano la diffusione di una cultura del <i>benchmarking</i>
--	---	--	--	--

Problema	Analisi e cause principali	Priorità	Soluzioni attese	Livelli di intervento (C=centrale; R=regionale; O=servizi/operatori)
Persistere della cultura dell'emergenza e condizioni professionali di lavoro poco gratificanti	<p>Il problema risiede nella persistente cultura dell'emergenza e dell'insegnimento nonché nel mancato sostegno alla sperimentazione e alla ricerca; ne deriva una sostanziale staticità del sistema di intervento sulle TD che non lo rende efficace a rispondere all'evoluzione dei consumi</p>		<p>Revisione dei sistemi di pagamento delle prestazioni fornite dalle strutture del Privato Sociale e completamento degli organici dei Servizi Pubblici</p> <p>Adozione di un Piano Nazionale di Formazione, R&S nel settore delle dipendenze</p> <p>Creazione di un <i>Think Thank</i> a livello nazionale in materia di Innovazione dei servizi</p>	<p>C:</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Creazione di un Polo Nazionale di Formazione, R&S sulle dipendenze ➤ Reperimento di risorse destinate alla R&S a livello comunitario ➤ Destinazione di una quota del FNLD ad azioni di R&S ➤ Coordinamento forte con altri programmi nazionali sull'innovazione e la ricerca <p>R</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Destinare interventi e risorse al miglioramento del livello professionale degli operatori dei servizi ➤ Adottare programmi specifici per l'aggiornamento permanente ➤ Destinare risorse per la R&S
	<p>1.1. Mancanza di un polo nazionale di Ricerca e Sviluppo a carattere <i>inter</i> e <i>trans</i> disciplinare, scientificamente riconosciuto e rappresentativo di differenti paradigmi culturali, dovuta alla predominanza di paradigmi sanitari, alla scarsa rappresentanza di altre tradizioni di ricerca e all'inesistenza di finanziamenti</p> <p>1.2 Eccessiva localizzazione delle sperimentazioni e dell'innovazione con conseguente mancata diffusione e socializzazione delle conoscenze, dovute alla mancanza di supporto a</p>			<p>O</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Accrescere il livello medio generale di formazione professionale ➤ Presidiare l'aggiornamento continuo del personale ➤ Favorire la trans-disciplina e aumentare l'interazione con paradigmi scientifici differenti dal proprio

	<p>pratiche di disseminazione ed alla tendenza alla competizione (non-collaborativa) tra i diversi attori</p> <p>1.3 Condizioni di quasi sopravvivenza per gran parte delle organizzazioni del Privato Sociale che sottraggono risorse ed energie al processo di innovazione e sperimentazione, dovute alla precarietà finanziaria e alla mancata revisione delle politiche economiche in materia</p> <p>1.4 Mancata applicazione delle norme relative all'adeguamento degli organici nei servizi pubblici con conseguente</p>			
	<p>penuria di risorse umane</p> <p>1.5 Mancanza di un Piano Nazionale di formazione e aggiornamento professionale a natura <i>inter</i> e <i>trans</i> disciplinare che favorisca l'interazione tra differenti paradigmi scientifici</p>			

Le politiche attive del lavoro

Problemi	Analisi e cause principali	Soluzioni attese	Livelli di intervento (C=centrale; R-regionale; O-servizi/operatori)
<p>1. Frammentazione, disorganizzazione e duplicazione degli interventi con inutile dispendio di risorse (con concorrenzialità istituzionale) e sovrapposizione dei ruoli di governo delle azioni a favore dell'inclusione</p>	<p>a. Assenza di coordinamento tra politiche sociali, sanitarie, formative e del lavoro a livello centrale e locale.</p> <p>b. Scarsa conoscenza da parte dei decisori e dei responsabili delle Politiche del Lavoro sulle opportunità delle Politiche Sociali e Sanitarie e sulle competenze specifiche dei suoi gestori</p> <p>c. La costruzione del sistema dei SPI prevede la promozione di reti costituite quasi esclusivamente da soggetti pubblici e privati del Mondo del Lavoro.</p> <p>d. Scarsi scambi operativi tra i diversi attori promotori di azioni a favore dell'inserimento lavorativo e dell'incontro domanda-offerta del lavoro</p> <p>e. Presenza di molte linee di intervento trainate più dalle linee di finanziamento</p>	<p>a. Costituzione di tavoli di programmazione politica congiunta</p> <p>b. Divalgazione e formazione dei decisori delle Politiche del Lavoro sulle linee e opportunità in ambito di Politiche sociali e sanitarie</p> <p>c. Costituzione della rete integrata, con l'inclusione dei soggetti rappresentanti i sistemi sociale, sanitario, formativo, del lavoro e della produzione</p> <p>d. Costituzione di gruppi di coordinamento dei programmi locali (steering group) per la realizzazione operativa delle politiche</p>	<p>C, R, O</p>

	<p>che dalla programmazione generale di un territorio</p> <p>f. Sovrapposizione delle competenze funzionali degli SPI e delle Agenzie accreditate ad alcune già acquisite da tempo dal sistema sociale e sanitario.</p>	<p>e. Promozione di linee di scambio tra sistemi a partire da una mappa della rete degli attori territoriali</p> <p>f. Costituzione di un gruppo di gestione della rete, che garantisca il rispetto di funzioni e ruoli stabiliti dai tavoli di governo locale</p>	
2. Offerta della formazione professionale non sempre collegata alle esigenze del mercato del lavoro e alle capacità dei possibili fruitori	<p>a. Scarso coinvolgimento del mondo produttivo alla pianificazione dei programmi formativi</p> <p>b. Scarso coinvolgimento degli operatori dei servizi socio sanitari nella definizione dei programmi di formazione</p>	<p>a. Coinvolgimento ed inclusione di imprenditori e organizzazioni datoriali nella rete locale, in fase di programmazione dei piani formativi</p> <p>b. Coinvolgimento ed inclusione degli operatori dei servizi socio sanitari nella rete locale, in fase di programmazione dei piani formativi</p>	R, O
3. Bassa competitività dei soggetti che devono inserirsi nel mondo del lavoro	<p>a. Basso livello di scolarizzazione e/o di formazione professionale.</p> <p>b. Difficoltà ad orientarsi nel mercato del lavoro</p> <p>c. Maggiore selettività della domanda di lavoro e rapida obsolescenza delle competenze</p>	<p>a. Progettazione e realizzazione di percorsi formativi corrispondenti ai livelli di competenze e conoscenze dei beneficiari</p> <p>b. Modulazione ed incremento delle azioni di orientamento professionale, gestite dai Servizi per l'Impiego, con l'apporto di altri soggetti della rete che hanno in carico i soggetti beneficiari (servizi sociali e socio sanitari)</p> <p>c. Progettazione e realizzazione di percorsi formativi adeguati ai cambiamenti e alle esigenze del Mercato del lavoro</p>	R, O
4. Esiti degli interventi non sufficientemente valutati su scale locale e nazionale	<p>a. Interventi non sufficientemente supportati da analisi e diagnosi delle realtà locali</p> <p>b. Generale assenza di valutazione d'impatto</p>	<p>a. Costruzione e condivisione tra i diversi sistemi di strumenti di analisi delle reti, delle risorse e delle opportunità di sviluppo locali</p> <p>b. Costruzione e condivisione di strumenti di progettazione ed implementazione di valutazione di impatto delle politiche, dei programmi e dei progetti</p>	R, O
5. Attivazione di misure per l'inserimento lavorativo avulse e scollegate dal piano complessivo di trattamento e dagli obiettivi clinici	<p>a. La pianificazione dei trattamenti non comprende quale elemento chiave da programmare sin dalla presa in carico la dimensione lavorativa</p> <p>b. Lo sviluppo locale previsto dalle attuali strategie, punta essenzialmente sulla dimensione economica e non su altre dimensioni della Qualità della Vita.</p>	<p>a. Includere la dimensione lavorativa quale elemento basilare nella pianificazione dei trattamenti e nelle azioni da realizzare negli interventi terapeutici</p> <p>b. Incrementare la ricerca e la diffusione di risultati sia sulle componenti relazionali e simboliche del lavoro sia sulle componenti economiche in relazione al raggiungimento dei risultati clinici</p>	C, R

LA VALUTAZIONE DELLE ATTIVITÀ NEGLI INTERVENTI SULLE DIPENDENZE

Area probl.	Principale problematica	Possibili Soluzioni	Livelli di intervento e Compiti O operatori, R regioni, ASL A Anm. centrali
N 1			
N1	Carenza con necessità di un sistema condiviso di macroindicatori di valutazione di esito con definizione dei tempi e dei modi della valutazione (durante il trattamento: in treatment follow up, dopo il trattamento: out treatment follow up)	Definizione di modelli condivisi in sede nazionale/interregionale. Auspicabile l'applicazione sistematica dello <u>statement sulla valutazione dell'esito</u> (sottoscritto ed adottato formalmente da tutte le Regioni e Province Autonome) come licenziato nel Protocollo SESIT. È auspicabile che tale modalità valutativa possa essere anche acquisita, su proposta Regionale, dalle Amministrazioni Centrali attraverso parere formale della Conferenza Stato Regioni. Per quanto riguarda la parte dei flussi informativi si auspica a partire dal 2008 l'integrazione dei sistemi informativi regionali sviluppati in ambito SESIT nel Nuovo Sistema Informativo Sanitario. Le Amministrazioni Centrali dello Stato hanno il compito di promuovere, incoraggiare e finanziare, in accordo con le Regioni e le Province Autonome, iniziative e progetti di coordinamento interregionale che rispondano alle problematiche socio-sanitarie prioritarie del settore tossicodipendenze e ai criteri dell'Evidence Based Medicine.	O R ASL A
N2	Mancanza di una cultura tecnica sulla valutazione di base diffusa ed omogenea tra gli operatori dei servizi ma anche tra i funzionari ed i dirigenti Regionali	Specifici programmi di formazione permanente a supporto dei progetti per la realizzazione dei sistemi di valutazione	O R

N3	Assetti organizzativi non orientati al lavoro di insieme (cattiva gestione delle interdipendenze operative/confittualità) per assicurare la continuità assistenziale all'interno dei dipartimenti con conseguente difficile/impossibile la valutazione di esito nel medio/lungo termine	Attivazione dei Dipartimenti delle Dipendenze con forte integrazione del Privato sociale accreditato che partecipi ai processi di valutazione e assicuri la continuità assistenziale.	R,ASL
N4	Prassi cliniche non formalizzate in "processi", con basso orientamento scientifico, poco integrate sia all'interno delle varie U.O. sia tra U.O. dello stesso dipartimento	Focalizzazione sui processi standard dei dipartimenti con formalizzazione mediante tecniche di analisi e rappresentazione dei processi. Ricorso all'evidence based per la loro definizione e validazione	O
N5	Effetti negativi (temuti o vissuti) sugli operatori derivanti dall'utilizzo improprio (critiche e penalizzazioni colpevolizzanti non orientate al problem solving ma alla "ricerca del colpevole") dei dati sulla valutazione	Formazione dei dirigenti responsabili della programmazione che utilizzeranno le informazioni derivanti dai sistemi di valutazione, sul corretto utilizzo e sugli effetti collaterali di un uso improprio.	R,ASL
N6	Sistemi e modalità di misurazione non affidabili, non univoche e disorientanti con fornitura di informazioni sovradimensionate (non rappresentative della realtà) a volte finalizzate a dimostrare grandi volumi di lavoro al fine di aumentare la propria importanza e quindi le opportunità di finanziamento e di disponibilità di risorse	Adozione degli standard SEBIT prestazioni e movimento clienti in carico, utilizzo di sistemi informatici in grado di ridurre l'introduzione impropria di prestazioni e/o soggetti assistiti impropri	R,O
N7	Difficoltà oggettive nel costruire sistemi informativi che coniughino contemporaneamente efficacia – efficienza (produttività relativi) – costi e qualità	Utilizzo di data ware house e sistemi informatici web oriented	R,ASL
N8	Manca di sistemi di budget per i dipartimenti, reali e agganciati a meccanismi incentivanti	Inserimento ed utilizzo del budget con obiettivi espliciti sulla definizione e mantenimento dei sistemi di valutazione	ASL
N9	Manca di motivazione da parte degli operatori alla valutazione di risultati, dei prodotti intermedi e dei costi	Strutturare sistemi di reporting per gli operatori a feedback rapido in modo da rendere loro disponibili immediatamente le informazioni derivanti dai sistemi di valutazione. Aggiornare ricerche, utili alla gestione clinica e il miglioramento delle terapie, ai sistemi di valutazione Formazione permanente con stimoli culturali e possibilità di conoscere altre realtà esterne già attive nel settore incentivanti.	R,ASL
N10	Manca di sistemi di programmazione e finanziamento dei dipartimenti da parte delle ASL e delle Regioni legati a dati reali ed affidabili di efficienza ed efficacia dei dipartimenti	Cambio di cultura programatoria sulla base di precise indicazioni del potere politico/amministrativo derivante dall'utilizzo delle evidenze scientifiche	R
N11	Sistemi di accreditamento che non contengono come requisiti minimi, sia per i Serf che per le Comunità Terapeutiche l'adozione e l'uso costante di sistemi di valutazione	Definizione dei sistemi di valutazione per singola regione (coordinati a livello nazionale) ed inserimento nei sistemi di accreditamento di requisiti minimi che prevedano la necessità di disporre di sistemi standard di valutazione, pena l'impossibilità di ottenere e mantenere l'accertamento.	R
N12	Manca di mandati formali delle Regioni alla ASL ai Dipartimenti per l'attivazione dei sistemi di valutazione.	Mandati e compiti per la realizzazione e il mantenimento dei sistemi di valutazione, agganciati agli obiettivi di budget dei direttori generali, di dipartimento e dei responsabili delle U.O. pubbliche e del privato sociale accreditato e convenzionato (vincolo contrattuale)	R

5. RACCOMANDAZIONI

Aspettative e raccomandazioni per realizzare le soluzioni attese.

Queste raccomandazioni rappresentano una base, preparata dal gruppo di lavoro, per la discussione con operatori durante la conferenza nazionale. Vengono proposte quindi per un ulteriore approfondimento, discussione e ristrutturazione logica e di contenuto al fine di poter disporre, alla fine, di un insieme chiaro e specifico di richieste da formulare ai vari attori responsabili della realizzazione dei dipartimenti e della programmazione delle loro attività (soprattutto le Regioni e le ASL).

Le raccomandazioni sono state formulate e divise quindi in base ai vari attori che dovrebbero intervenire, chiaramente con ruoli e compiti diversi, nel realizzare quanto auspicato relativamente all'organizzazione dei dipartimenti delle dipendenze:

- Amministrazioni Centrali e gruppo di coordinamento tecnico delle Regioni/Province autonome;
- Amministratori/politici – Regioni/Province Autonome;
- ASL e Amministrazioni locali;
- Dipartimento/Operatori.

Lo scenario attuale

Sistema di finanziamenti

Questioni aperte nei confronti delle Amministrazioni Centrali dello Stato e delle Regioni:

- Destinare risorse economiche pari all'1,5 % del Fondo Sanitario Nazionale, rispetto all'attuale 0,8%.
- Rifinanziare il Fondo Nazionale Lotta alla Droga.
- Destinare specifiche risorse economiche agli interventi sociali sulle tossicodipendenze nell'ambito dei Piani di Zona.
- Verificare che una quota percentuale dei fondi strutturali europei dell'agenda 2007/2013 possano essere dedicati specificatamente a progetti d'inclusione sociale e lavorativa dei tossicodipendenti.

5. Verificare la fattibilità di trasferire l'assistenza e la cura dei tossicodipendenti agli arresti domiciliari a carico del Servizio Sanitario Nazionale.

Assetti organizzativi e adeguamento delle risposte ai cambiamenti

Aspettative e raccomandazioni per realizzare le soluzioni attese:

A. Amministrazioni centrali e gruppo di coordinamento tecnico delle Regioni/Province autonome

1. Attivare, concordemente, in stretta e paritetica collaborazione con le Regioni e le Province Autonome, un gruppo tecnico permanente nazionale (formato dalle Amministrazioni Centrali, Regioni e Province Autonome) per concordare e realizzare linee di indirizzo comuni tra tutte le Regioni e le Province Autonome relativamente all'attivazione dei Dipartimenti. Tale gruppo dovrebbe avere anche il compito di verificare la reale attivazione e funzionamento dei Dipartimenti con coinvolgimento diretto degli operatori delle unità operative della PA e del PSA mediante periodiche consultazioni (sondaggi via internet) sulla reale applicazione, sulla soddisfazione e sulle necessità organizzative generali.

2. Definire un sistema nazionale di Osservatori epidemiologici e previsionali sulle droghe, allocati sul territorio a vari livelli: Regionale e nei Dipartimenti delle singole ASL) coordinati e collegati in modo tale da poter disporre tempestivamente di dati affidabili sul fenomeno, le sue variazioni, l'assistenza erogata, i costi e i risultati concreti raggiunti nel breve e nel lungo termine.

3. Allineare e omogeneizzare le tariffe per la residenzialità a livello nazionale

4. Decretazione della disciplina di Clinica delle Dipendenze per medici e psicologi, della specialità relativa e di corsi universitari per le figure socio sanitarie e sociali di settore.

B. Amministratori/politici – Regioni/Province Autonome:

1. Recepire tempestivamente l'atto di Intesa Stato Regioni del 1999 e renderlo concretamente esecutivo anche attraverso la realizzazione dei sistemi di accreditamento. Tali sistemi dovranno prevedere i criteri di accreditamento sia delle unità operative, ma soprattutto dei programmi/processi assistenziali utilizzati dalle U.O. della Pubblica Amministrazione e del Privato Sociale Accreditato, oltre che l'organizzazione Dipartimentale relativamente alle sue forme di reale coordinamento e funzionamento "democratico".

2. Integrare ed allineare le tariffe per le comunità terapeutiche a quelle previste e che dovranno essere concordate a livello nazionale (vedi sopra) o perlomeno, nelle more, a quelle previste per le comunità per persone psichiatriche

3. Riconoscere la necessità di mantenere, nella programmazione ed organizzazione dei servizi e dei dipartimenti che assistono persone tossicodipendenti, un'area "Dipendenze" autonoma e ben definita, non inglobata in altre strutture e/o dipartimenti come ad esempio quello di salute mentale.

4. Far attivare in tutte le ASL, e controllarne la reale realizzazione, i Dipartimenti delle Dipendenze con proprio budget specifico, responsabilità definite e dirette sui compiti di prevenzione, cura e riabilitazione delle dipendenze e con forte integrazione delle unità operative del PSA

5. Assicurare che tutte le unità organizzative, sia della PA che del PSA, partecipino alle decisioni e alla programmazione delle attività mediante uno specifico "comitato di dipartimento" che abbia il compito principale di programmare le attività territoriali e l'utilizzo delle risorse, coerentemente con le indicazioni aziendali, degli Enti Locali, Regionali e Nazionali.

6. Assicurare che le attività dei Dipartimenti delle Dipendenze siano rivolte non solo alle persone utilizzatrici di sostanze stupefacenti ma anche alcol, tabacco, comportamenti addittivi.

7. Assicurare risorse umane, strutturali, tecnologiche e finanziarie (per progetti specifici) adeguate ai bisogni territoriali definiti in base al numero di utilizzatori di sostanze (sostanze stupefacenti, alcool, tabagisti, ecc.) e persone con comportamenti addittivi richiedenti trattamenti.

8. Attivare un Osservatorio Regionale sulle Dipendenze direttamente collegato a delle unità operative dipartimentali per singola ASL per il monitoraggio del fenomeno, dell'assistenza e dei risultati secondo gli standard SESIT.

9. Reintegrare le dotazioni organiche dei servizi pubblici escludendoli dal blocco del turn over

10. Considerare (e regolamentare di conseguenza) la certificazione di "stato di tossicodipendenza" - finalizzata alla cure presso U.O. della Pubblica Amministrazione e del Privato Sociale Accreditato - una certificazione medica (formulata in modo multidisciplinare) poiché redatta sulla base di una diagnosi specifica e come tale eseguibile da qualsiasi medico regolarmente abilitato alla professione (medico del Sert, Medico di Medicina Generale, medico Ospedaliero, Specialista, professionista privato ecc.) sulla base però di criteri precisi e definiti in linee guida nazionali basate sulle evidenze scientifiche e i riscontri della letteratura scientifica. Per contro la certificazione per la concessione delle misure alternative deve essere rilasciata esclusivamente da una struttura pubblica).

11. Contemporaneamente fare in modo che:

l'accesso alle diverse cure avvenga realmente sulla base della libera scelta della persona tossicodipendente con possibilità di accesso diretto alle varie strutture di cura (solo quelle regolarmente accreditate) del dipartimento,

la definizione dei programmi terapeutici standard da espletare nelle varie unità operative (Sert, Comunità Terapeutiche, Unità di Reinserimento ecc.), avvenga all'interno dei dipartimenti su criteri preconcordati tra U.O. della Pubblica Amministrazione e del Privato Sociale Accreditato ed inseriti in linee di indirizzo formali. Tali linee dovranno esplicitamente riportare come eseguire i vari trattamenti (farmacologici e residenziali) in modo appropriato, definendo anche i criteri di accesso ai diversi trattamenti.

permettere l'autorizzazione alla spesa sanitaria per i soggetti residenti, anche per le comunità terapeutiche regolarmente accreditate e contrattualizzate (convenzionate) con la ASL del Dipartimento delle Dipendenze, prevedendo però un sistema di budget specifico per tali comunità che le responsabilizzi direttamente sulla generazione del costo e il mantenimento della spesa totale entro il budget assegnato oltre che sulla correttezza ed appropriatezza degli inserimenti che dovranno essere rispettosi dei criteri preconcordati all'interno del Dipartimento (di cui al punto precedente) evitando inserimenti impropri. Va sottolineato che dovrà essere prevista anche una quota di budget in gestione diretta ai Sert per gli inserimenti in comunità terapeutiche extraaziendali.

Considerare (e regolamentare di conseguenza) le comunità terapeutiche all'interno del dipartimento come "incaricati di pubblico servizio" con il vincolo di coordinamento obbligato con le altre unità operative nel dipartimento e di rispettare la "continuità assistenziale" (come previsto nello specifico documento sui criteri di qualità dei trattamenti).

12. Prevedere l'attivazione di posti letto specifici nei reparti di medicina per espletare le detossificazioni farmacologiche sia per alcol che tossicodipendenti. Tali unità operative semplici di tipo ospedaliero dovranno essere perfettamente integrate e coordinate dal dipartimento delle dipendenze dal quale dipenderanno per la programmazione delle attività e per la definizione del budget. Il personale medico specialistico operante dovrà essere appartenente al dipartimento delle dipendenze e le unità operative dovranno provvedere per un territorio provinciale.

13. Prevedere forme permanenti di consultazione istituzionale, per definire la programmazione a livello regionale, degli operatori dei dipartimenti (U.O. della Pubblica Amministrazione e del Privato Sociale Accreditato) mediante l'attivazione di un "Consiglio Regionale dei Dipartimenti" che si riunisca almeno una volta ogni 2 mesi.

14. Ridefinire con le regioni l'articolazione dei LEA per consentire la costruzione di un sistema di intervento congruo ai cambiamenti dei fenomeni del consumo.

C. ASL

1. Attivare i Dipartimenti delle Dipendenze senza indugio
2. Attribuire uno specifico budget, congruo con i bisogni assistenziali ma che assicuri nel contempo la possibilità di realizzare una assistenza e trattamenti coerenti con i criteri ed i requisiti di qualità nell'ambito delle dipendenze (vedi documento specifico).
3. dotarsi di un "regolamento di dipartimento" che preveda un assetto organizzativo e modalità di funzionamento come quelle sopra riportate e che garantiscono quanto definito nel documento sui criteri di qualità dei trattamenti (vedi documento specifico).
4. prevedere un forte coordinamento con altre strutture aziendali – reparti, dsm, ps, ecc. del dipartimento delle dipendenze

D. Dipartimento/Operatori

1. richiedere l'instaurazione del il dipartimento delle dipendenze e mantenere l'organizzazione dipartimentale con spirito partecipativo e concreto
2. investire sulla propria formazione professionale, sulla ricerca costante di un miglioramento delle proprie prassi all'interno di un contesto di multidisciplinarietà
3. adottare un approccio orientato all'evidence based e alla clinical governance fondato soprattutto sulla valutazione costante e quantitativa dei propri processi, delle prestazioni erogate e degli esiti prodotti e dei costi generati.
4. abbandonare gli approcci ideologici e gli "inquinamenti" politici nell'operatività che dovrebbe essere guidata solo dall'evidence based, dall'esperienza maturata e da un serio, rigoroso e costante controllo soprattutto dei propri processi assistenziali e dei risultati ottenuti,
5. recupero del proprio ruolo istituzionale (sia per il personale delle U.O. della Pubblica Amministrazione e del Privato Sociale Accreditato – Sert, Comunità Terapeutiche Accreditate ecc. - e quindi incaricate di pubblico servizio) di operatori appartenenti, prima di qualsiasi altra "etichetta", ad un sistema istituzionalmente deputato all'assistenza sociosanitaria dei cittadini finanziato con soldi pubblici. Questi sistemi si articolano nei livelli Regionali ed Aziendali ed è all'interno di questi che vanno ricercate le soluzioni organizzative e programmatiche, con la consapevolezza di appartenere prima di tutto ad una organizzazione istituzionale che utilizza per operare finanziamenti derivanti dai contributi dei cittadini e quindi come tali spendibili in modo appropriato e motivato soprattutto da un punto di vista di concreta efficacia e beneficio dimostrabile. Ogni azione per realizzare un sistema delle dipendenze (che non dimentichiamo essere di pertinenza esclusiva e responsabilità piena "Regionale ed Aziendale") che non investa direttamente queste strutture e tenti di riportare il dibattito all'esterno delle gerarchie, (intese come responsabilità formalmente individuate alla realizzazione delle condizioni per poter operare al meglio e istituzionalmente deputate alla realizzazione degli interventi e all'organizzazione dei servizi), risulta impropria e a ben guardare oltre che inefficace anche dannosa. Tutto questo avviene ormai costantemente attraverso una numerosa serie di organizzazioni parallele a cui molti (ma non tutti) gli operatori della PA e del PSA fanno riferimento, pensando di poter risolvere così problemi che invece sono organizzativi interni e propri delle Regioni e delle ASL, sia nella loro generazione che nella ricerca delle soluzioni appropriate. Come è comprensibile sono gli operatori appartenenti alla struttura istituzionale che, giocando il loro ruolo e la loro funzione, all'interno della propria organizzazione di appartenenza possono e devono impegnarsi a modificare le cose. Da questo punto di vista (uno dei tanti) risulta un errore strategico il ricorso in via prioritaria ad organizzazione esterne per risolvere i problemi programmatici ed organizzativi delle Regioni e delle ASL, anche perché quasi costantemente queste organizzazioni sono spesso autoreferenziali e condizionate (o "autocondizionantesi") da interessi politici o di aziende farmaceutiche, oltre che non legittimate poi nel concreto a poter realmente concedere e decidere sull'allocazione della risorse e sulla programmazione.

La valutazione delle attività negli interventi sulle dipendenze

Aspettative e raccomandazioni per realizzare le soluzioni attese.

Per :

1. Amministrazioni centrali

- Promuovere e finanziare iniziative e progetti di coordinamento interregionale
- Farsi garanti di una applicazione omogenea su tutto il territorio nazionale
- “certificare” le singole Regioni/Province Autonome sulla base di una standard nazionale concordato come di qualità attesa

2. Amministratori/politici – Regioni

- Attivare gruppi di lavoro specifici permanenti sulla valutazione
- Attivare i Dipartimenti per le Dipendenze con presentazione di rapporti standard annuali sulla valutazione dei risultati
- Assicurare le necessarie risorse alle ASL, indicazioni chiare di tipo strategico e programmatico
- Adottare e diffondere il protocollo SESIT presso i dipartimenti
- Definire, attivare e rendere permanenti i sistemi di accreditamento riportanti il vincolo di realizzazione e mantenimento per ottenere e conservare
- Controllare la realizzazione della valutazione

3 ASL

- Applicare e rendere operative le indicazioni regionali
- Definire ed affidare specifici obiettivi di budget ai responsabili

4 Dipartimento/Operatori

- Eseguire la raccolta dati assicurando la qualità del data entry e delle codifiche utilizzate (riferimenti unici)
- Produrre periodicamente i rapporti standard sui risultati ottenuti
- Orientare e strutturare i processi assistenziali alla clinical governance.

Proposta

Gruppo di coordinamento nazionale per gli interventi sulle dipendenze

Obiettivi e compiti

Realizzare un Gruppo nazionale di Coordinamento strategico generale e tecnico/assistenziale (omogeneizzazione dell'offerta) al fine di:

1. identificazione delle buone prassi operative da adottare nei servizi delle singole regioni/PA e i relativi standard di qualità;
2. identificazioni delle strategie coordinate per la lotta alla droga (prevenzione, cura e riabilitazione) per dare elementi chiari e concordati per la traduzione in norme regionali coordinate a livello nazionale;
3. controllo dell'adeguamento agli standard di qualità dei sistemi regionali e promozione del coordinamento.

Partecipanti:

decisori = regioni e province autonome, amministrazioni dello stato

Momento consultivo importante:

Conferenza Nazionale sulle Droghe

Compiti delle Regioni/PA:

1. partecipare alla formulazione degli standard e delle buone prassi
2. traduzione in norme regionali (formali) adattate alla realtà regionale
3. programmazione e finanziamento delle ASL
4. partecipare al controllo di qualità per l'allineamento nazionale agli standard di qualità

6. BIBLIOGRAFIA E RIFERIMENTI NORMATIVI

6.1 Bibliografia

Di seguito si riporta la bibliografia relativa al primo capitolo:

Riccardo C. Gatti (a cura di), *Ecstasy e nuove droghe*, Franco Angeli Editore, 1997
Susanna Lavazza: *Cara droga*, Franco Angeli Editore, 1999
Riccardo C. Gatti: *Droga, Architettura e materiali per le nuove reti di intervento*, Franco Angeli Editore, 2004
Alessandro Calderoni: *Sopra le righe*, Aliberti Editore, 2005

Di seguito si riporta la bibliografia relativa al secondo capitolo.

Paragrafo I – Dipartimento delle dipendenze:

ASSR: il dipartimento nel servizio sanitario nazionale, *Progettare per la sanità*, 37: 50-64, 1997 Bergamaschi M., *l'organizzazione nelle aziende sanitarie*, McGraw Hill – libri Italia, 2000 Bonicchi R.: ruoli e compiti nella organizzazione dipartimentale, Edizioni Minerva Medica, torino 1996 Cantarelli C., Casat G., Cavallo M., Cocchi T., Elefanti M., Formentoni A., Lega F., Maggioni S., Sassi M., Malarico E., Zucco F., *Il percorso del paziente*, EGEA, 1999 Cochrane A.L., *Efficienza ed efficacia*, Il Pensiero Scientifico Editore, 1999 Corradini A. *I modelli organizzativi per le aziende U.L.S.: tradizione ed innovazione*, Mecosan n.20, 17-33, 1997 Costa G., Nacamulli R.C.D., *Manuale di organizzazione aziendale*, UTET EMCDDA, *Key Epidemiological Indicator: demand for treatment by drug users*, EMCDDA, dicembre 2000 Focarile F., *Indicatori di qualità nell'assistenza sanitaria*, Centro Scientifico Editore, 1998 Gaia E., Poncini D., *Il Dipartimento ospedaliero*, Edizioni Minerva Medica, 1996 Galbraith J., *La progettazione organizzativa: un'analisi dal punto di vista del trattamento delle informazioni*, *Problemi di gestione*, vol.9, 1975 Galbraith J., *Organization design*, Addison-Wesley, Reading, 1997 Gartner Group, *Rapporto sui principali tools per interventi di Business Process Reengineering*, 1998-99 Grandori A., *L'organizzazione delle attività economiche*, Il Mulino, 1995 Grilli R., Penna A. e Liberati A., *Migliorare la pratica clinica*, Il Pensiero Scientifico Editore, 1995 Guzzanti E. et AL, *Aree funzionali omogenee e dipartimenti*, *Federazione Medica*, 4-8, novembre 1994 Hammer M., Champy J., *Ripensare l'azienda*, Sperling&Kupfer, 1993 Hammer M., *Ripromettiamo il lavoro: automatizzare non basta, bisogna rivoluzionare*, *Harward Espansione*, 1990 Hronec S.M., *Segni vitali: come utilizzare gli indicatori di qualità, tempo e costo per tracciare il futuro della vostra azienda*, Franco Angeli, 1995 Jefferson T., Deminchelli V., Mugford M., *La valutazione economica degli interventi sanitari*, Il Pensiero Scientifico Editore, 1998 Lega F.: *dalla struttura alle persone: considerazioni su natura, finalità e ruolo del dipartimento*, Mecosan, n. 30, 1999 Marchiali R., Rognoni G., *Cause Effetti in medicina*, Il Pensiero Scientifico Editore, 1994 Meneguzzo M., *Dall'azienda sanitaria alle reti di aziende sanitarie: una prima valutazione dell'efficacia dei network sanitari*, Mecosan, n°19 1996 Mintzberg H., *Le strutture organizzative*, Il Mulino, 1985 Montironi M., Genova M., *Riorganizzare i servizi pubblici*, *Sviluppo & Organizzazione*, n.167, 1998 Mooney G., *Problemi chiave dell'economia sanitaria*, a cura di Garattini L., Il Pensiero Scientifico Editore, 1996 Normann Richard, *La gestione strategica dei servizi*, ETASLIBRI, 1984 Oggioni E., *Le organizzazioni professionali a network*, *Sviluppo & Organizzazione*, n°.140, 1993 ONU, *World Drug report 2000*, United Nations Office for Drug Control and Crime Prevention, 2000 Perrone V., *Le strutture organizzative d'impresa*, EGEA, 1990 Progetto SESIT 2005 – Ministero della Salute - Protocollo e standard per la definizione dei sistemi informativi regionali sulle tossicodipendenze, *Glossario Tecnico*, *Modello concettuale per la valutazione dell'Outcome nei trattamenti delle tossicodipendenze (Statement)*, Rachele U., Perrone V., *Modelli per la gestione del cambiamento organizzativo*, *Economia & Management* Ruffini R., *Logiche di progettazione dell'assetto organizzativo delle aziende sanitarie*, Mecosan n°18, 1996 Rugiadini A., *Organizzazione d'impresa*, Giuffrè, 1979 Serpelloni G., Rezza G., Gomma M., *Eroina Infezione da HIV e patologie correlate*, Leonard Edizioni, 1995 Serpelloni G. et all. *Quality management per le aziende sanitarie*. Ministero della salute, Ed. PFT 2002 Serpelloni G. et all. *Project management*. Ministero della Salute, Ed. PFT 2002 Temali D., Maj M., Capatano F., Giordano G., Saccà C. *ICD-10 Classificazione delle sindromi e dei disturbi psichici e comportamentali*, Masson, 1996 Wienand U., Cinotti R. e Prandi F., *Il miglioramento continuo delle aziende sanitarie*, Centro Scientifico Editore, 1999 *Risultati Italiani dello studio collaborativo sulle prime richieste di trattamento per droga "First Treatment Demand"1994-96*. Rapporti ISTISAN 98/34 Ministero dell'Interno Punto Focale Italiano Progetto REITOX. *Relazione Annuale per l'Osservatorio Europeo su Droghe e Tossicodipendenze*, EMCDDA 1995-6. *Insight*, EMCDDA Series, n.1, november 1997. *Relazione del Ministro della Salute al Parlamento Drugnet Europe April-June 2005*

Paragrafo 4 – Politiche attive del lavoro:

Il lavoro di rete

- AA.VV., La rete dei servizi essenziali nel Piano sociale dell'Umbria, Autonomie locali e servizi sociali, 2, 1999.
- AA.VV., Per un servizio in rete centrato sull'utente. Società ed economia nella provincia di Frosinone. Metodi e metodologie per l'analisi dei processi di transizione, Azienda sanitaria locale Frosinone, 2000.
- AA.VV., Integrazione tra il SERT e il distretto, Prospettive sociali e sanitarie, 4, 2000.
- Amat T., Diagnosi della collettività, in Quaderni di sanità pubblica, n.37-38 1985
- Beer S., Diagnosi e progettazione organizzative, Isedi, Torino 1991.
- Besson C., Alcune caratteristiche dell'intervento di rete, Animazione Sociale, 5, 1994.
- Butera F., Dalle occupazioni industriali alle nuove professioni, Franco Angeli, Milano 1987.
- Butera F., Il castello e la rete, Franco Angeli, Milano 1990.
- Butera F., L'orologio e l'organismo, Franco Angeli, Milano 1988.
- Carbone S., Cazzaniga E., Un'esperienza di lavoro di rete: il 'gruppo guida' di Lissone, La salute umana, 162, 1999.
- Comune di Roma, Guida alla Progettazione del Piano di Zona Municipale, Roma, Marzo 2002
- Crozier M., N.Friedberg, Attore sociale e sistema, Etaslibri, Milano 1978.
- Della Fornace C., Fazzi L., Il lavoro di rete tra istituzione e informalità, Animazione Sociale, 12, 1994.
- Di Stefano A., Ferrauti F., Moini G., Pacchi C., Antonellis A., Berti F., Reengineering organizzativo – Teorie, metodi, strumenti per un'applicazione concreta in sanità, Centro Scientifico Editore, Torino 2001
- Folgheraiter F., Interventi di rete e comunità locali.. La prospettiva relazionale nel lavoro sociale, Edizioni Centro Studi Erickson, Trento, 1994.
- Guaita F., Maurizio R., Agire nella strada, Animazione Sociale, 11, 1994.
- Jones G., La modernizzazione amministrativa nel Regno Unito: una panoramica, in Meny Y. - Wright V. (a cura di), Le riforme amministrative in Europa, Il Mulino, Bologna 1996.
- Jones G.H., La riforma amministrativa in Gran Bretagna, in S. Cassese, C. Franchini (a cura di), Tendenze recenti delle riforme amministrative in Europa, Il Mulino, Bologna 1989.
- Lane J., L'evoluzione della pubblica amministrazione: dall'approccio amministrativo all'approccio manageriale, in Problemi di Amministrazione Pubblica, n. 4, 1995.
- Lhumann N., Procedimenti giuridici e legittimazione sociale, Giuffrè, Milano 1983.
- Meny Y., Wright V. (a cura di), Le riforme amministrative in Europa, Il Mulino, Bologna 1994.
- Mintzberg H., La progettazione dell'organizzazione aziendale, Il Mulino, Bologna 1985
- Olsen J.P., I programmi di modernizzazione visti in prospettiva: l'analisi istituzionale del cambiamento organizzativo, in Problemi di amministrazione Pubblica, n.1, 1992.
- Perrow C., Le organizzazioni complesse, Franco Angeli, Milano 1988.
- Piccardo C., Empowerment: strategie di sviluppo organizzativo centrate sulla persona, Raffaello Cortina Editore, Milano 1995.
- Piselli F. (a cura di), Reti, Donzelli editore, Roma 2001.
- Stewart J., Walsh K., Le innovazioni nella gestione dei servizi pubblici, in Problemi di amministrazione pubblica, n. 1, 1994.
- Thompson J., L'azione organizzativa, Isedi, Torino 1988.
- Thurbin P.J., Implementing the learning organization, Longman Group UK Limited, London 1994, trad. it. La "learning organization": un programma per migliorare l'organizzazione, Biblioteca di Financial Times, Jackson Libri, 1995.
- Wissem H., Unit management, Longman Group UK Limited, London 1992, trad. it. La gestione del decentramento, Biblioteca di Financial Times, Jackson Libri, 1995.
- Zan S. (a cura di), Logiche di azione organizzativa, Il Mulino, Bologna 1988.

Politiche del lavoro e strategie europee per l'occupazione

- Amodio, L. (a cura di), Atelier del futuro – La metodologia E.A.S.W. per promuovere la partecipazione nei processi di innovazione e sviluppo sostenibile, CUEN, Napoli, 1999.
- Belotti, V. (a cura di), "Valutare il lavoro" - Per una lettura critica degli inserimenti lavorativi dei soggetti in stato di dipendenza in Italia, Ministero del Lavoro e delle politiche Sociali, CNCA, 2004
- Bezzi, C. , Aspetti metodologici del coinvolgimento degli attori sociali nella cosiddetta "valutazione partecipativa", Rivista ital. valutazione, n. 13, 1999.

- Capriati, M., I meriti e le sfide dell'utilizzo dei metodi di prospettiva nelle regioni meno sviluppate, IPTS, vol. 59, novembre 2001.
- Checucci, P., Daniele, L., Franceschelli, R., Turchini A., Il processo di partnership nella progettazione di interventi locali, in Kanbrain, n. 1, giugno 2002.
- Commissione europea, Libro Bianco sulla Governance europea (COM (2001) 428 def./2)
- Commissione europea, Documento di consultazione – Verso una cultura di maggiore consultazione e dialogo, (COM (2002) 277 def.).
- Gavigan, J.P., Scapolo, F., La prospettiva regionale – strategie di sviluppo a prova di futuro, IPTS, vol. 59, novembre 2001.
- Goux-Baudiment, F., Manuale di prospective territoriale, rapporto finale del progetto Achille, proGective-Scienter, Bologna, 1999.
- Isfol Strategie di successo per lo sviluppo del territorio – guida ai partenariati locali, 2001.
- Isfol, Percorsi d'innovazione – dal progetto al mainstreaming, 2001.
- Isfol, Guida alla progettazione dello sviluppo locale, Franco Angeli, Milano, 1999.
- Laure, F., Le guide des techniques d'animation, Dunod, Paris, 2000.
- Löppönen, P. e Vanne, R. "Finlandia: la prospective al governo", in Futuribles n°238, gennaio 1999, pp. 5-21.
- Olini, G. (a cura di), I servizi sociali di interesse collettivo: qualità del lavoro e qualità del servizio; Rapporto Fond. Eur. miglioramento condizioni di vita e di lavoro, Roma, Giugno 1999, pubblicato in www.eurofound.it.

Politiche sociali e sociosanitarie

- Legge quadro per la realizzazione del sistema integrato di interventi e servizi, n. 328/2000
- Piano nazionale degli interventi e dei servizi sociali 2001-2003
- Decreto legislativo 18 agosto 2000. N. 267 Testo unico delle leggi sull'ordinamento degli enti locali
- Atto di indirizzo e coordinamento sui sistemi di affidamento dei servizi alla persona previsti dal art. 5 della legge 8 novembre 2000, n. 328
- Regione Lazio. Assessorato alle Politiche per la Famiglia e Servizi Sociali. "Linee guida ai Comuni per l'utilizzo delle risorse provenienti dal Fondo Nazionale per le Politiche Sociali"
- Comune di Roma. Assessorato Politiche Sociali e Promozione della Salute. "Verso il Piano Regolatore Sociale di Roma e il Piano di Zona Cittadino 2002-2004" in "Roma Città solidale" n. 74, 1 maggio 2002.
- Comune di Roma. Assessorato Politiche Sociali e Promozione della Salute. "Piano di zona municipale. Guida alla progettazione".
- Centro nazionale di documentazione ed analisi per l'infanzia e l'adolescenza. "Il calamaio e l'arcobaleno. Orientamenti per progettare e costruire il Piano territoriale della L. 285/97"
- "Il nuovo inizio dei servizi sociali. Legge quadro per la realizzazione del sistema integrato di interventi e servizi" in: Roma Città solidale –suplemento- n. 68 del 1/15 novembre 2000
- Adriana Lombardi. "Programmazione sociale di territorio" in "Prospettive Sociali e Sanitarie" n. 22/2001
- Chiodi, F. e Raciti, P. Una proposta metodologica per valutare un piano territoriale per l'infanzia e l'adolescenza, in "Autonomie Locali e servizi sociali", n° 2, Il Mulino, Bologna, 2003
- Graziano Giorgi. Comune di Bologna. Piano di zona 2002-2003
- Adriana Lombardi. "I Piani di zona in Emilia Romagna" in "Prospettive Sociali e Sanitarie" n. 8/2002
- Programmazione sociale di territorio" in "Prospettive Sociali e Sanitarie" n. 22/2001
- Stefano Buoso e Gianluigi Spinelli. "Il ruolo del volontariato nella costruzione del Piano di zona" in Mo.VI. Fogli di informazione e di coordinamento n. 2-3 maggio-giugno 2002
- Laura Gazzi. "I piani di zona" in Mo.VI. Fogli di informazione e di coordinamento n. 2-3 maggio-giugno 2002
- Paolo Ferrario. "Condizioni per un efficace processo programmatico dei piani di zona" in Mo.VI. Fogli di informazione e di coordinamento n. 2-3 maggio-giugno 2002
- Ugo De Ambrogio/Matteo Lo Schiavo. "Piano di zona: problemi affrontati, potenzialità, previsioni" in "Prospettive Sociali e Sanitarie" n. 20-22/2000
- Aurelia Florea e Renzo Scortegagna. "Legge quadro per la realizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali n. 328 del 8 novembre 2000" in "La rivista di Servizio sociale" ISTISS n. 1, marzo 2002
- Guido Meloni. "La legge quadro sui servizi sociali dopo la riforma costituzionale" (Rivista della Fondazione E. Zancan 2002)

Di seguito si riporta la bibliografia relativa a "criteri per la definizione e la valutazione della qualità degli interventi terapeutici":

- AAVV (2002) *Quality Management Indicazioni per le Aziende Socio Sanitarie e il Dipartimento delle Dipendenze*, a cura di Giovanni Serpelloni, Elisabetta Simeoni, Lorenzo Ramazzo - Edizioni La Grafica
- AAVV (2002) *Project Management La Gestione per progetti, Indicazioni per le Aziende Socio Sanitarie e i Dipartimenti delle Dipendenze*, a cura di Giovanni Serpelloni, Elisabetta Simeoni, Lorenzo Ramazzo – Edizioni La Grafica
- AAVV (2002) *Costi e Benefici Principi e modelli di analisi per i Dipartimenti delle Dipendenze e le Aziende Sanitarie*, a cura di Giovanni Serpelloni, Massimo Margotta, Maximiliano Maroccola, Lorenzo Ramazzo - Edizioni La Grafica
- AAVV (2002) www.Dronet.org *Il portale internet per i Dipartimenti delle Dipendenze*, a cura di Giovanni Serpelloni, Ermanno Ancona, Lorenzo Ramazzo - Bonaccorso Editore
- AAVV (2003) *Valutazione dell'outcome nei trattamenti della tossicodipendenza*, a cura di Monica DeAngeli, Giovanni Serpelloni
- Edizioni La Grafica Delany, P. J., Broome, K. M., Flynn, P. M., & Fletcher, B. W. (2001). Treatment service patterns and organizational structures: An analysis of programs in DATOS-A. *Journal of Adolescent Research, 16*(6), 590-607.
- Etheridge, R. M., Hubbard, R. L., Anderson, J., Craddock, S. G., & Flynn, P. M. (1997). Treatment structure and program services in the Drug Abuse Treatment Outcome Study (DATOS). *Psychology of Addictive Behaviors, 11*(4), 244-260.
- Galaif, E. R., Hser, Y., Grella, C. E., & Joshi, V. (2001). Prospective risk factors and treatment outcomes among adolescents in DATOS-A. *Journal of Adolescent Research, 16*(6), 661-678.
- Grella, C. E., and Joshi, V. (1999). Gender differences in drug treatment careers among clients in the national Drug Abuse Treatment Outcome Study. *American Journal of Drug and Alcohol Abuse, 25*(3), 385-406.
- Grella, C. E., Hser, Y. I., Joshi, V., & Rounds-Bryant, J. L. (2001). Drug treatment outcomes for adolescents with comorbid mental and substance use disorders. *Journal of Nervous and Mental Disease, 189*(6), 384-392.
- Grella, C. E., Hser, Y., Joshi, V., & Anglin, M. D. (1999). Patient histories, retention, and outcome models for younger and older adults in DATOS. *Drug and Alcohol Dependence, 57*, 151-166.
- Grella, C. E., Joshi, V., & Hser, Y. (2000). Program variation in treatment outcomes among women in residential drug treatment. *Evaluation Review, 24*(4), 364-383.
- Grella, C. E., Joshi, V., & Hser, Y. (2000). Program variation in treatment outcomes among women in residential drug treatment. *Evaluation Review, 24*(4), 364-383.
- Hser, Y. I., Anglin, M. D., & Fletcher, B. W. (1998). Comparative treatment effectiveness: Effects of program modality and client drug dependence history on drug use reduction. *Journal of Substance Abuse Treatment, 15*(6), 513-523.
- Hser, Y. I., Grella, C. E., Chou, C. P., & Anglin, M. D. (1998). Relationships between drug treatment careers and outcomes: Findings from the national Drug Abuse Treatment Outcome Study. *Evaluation Review, 22*(4), 496-519.
- Hser, Y., Grella, C. E., Hsieh, S., Anglin, M. D., & Brown, B. S. (1999). Prior treatment experience related to process and outcomes in DATOS. *Drug and Alcohol Dependence, 57*, 137-150.
- Hser, Y., Shen, H., Grella, C., & Anglin, D. (1999). Lifetime Severity Index for cocaine use disorder (LSI-Cocaine): A predictor of treatment outcomes. *The Journal of Nervous and Mental Disease, 187*(12), 742-750.
- Knight, K., Hiller, M. L., Broome, K. M., & Simpson, D. D. (2000). Legal pressure, treatment readiness, and engagement in long-term residential programs. *Journal of Offender Rehabilitation, 31*(1/2), 101-115.
- Kristiansen, P. L., & Hubbard, R. L. (2001). Methodological overview and research design for adolescents in the Drug Abuse Treatment Outcome Studies. *Journal of Adolescent Research, 16*(6), 545-562.
- Lucchini, A., (2001). La diagnosi nei disturbi da uso di sostanze, 35-179. Franco Angeli, Milano.
- Rajkumar, A.S., & French, M.T. (1997). Drug use, crime costs, and the economic benefits of treatment. *Journal of Quantitative Criminology, 13*, 291-323.
- Rounds-Bryant, J. L., & Staab, J. (2001). Patient characteristics and treatment outcomes for African American, Hispanic, and White adolescents in DATOS-A. *Journal of Adolescent Research, 16*(6), 624-641.
- Rounds-Bryant, J. L., Kristiansen, P. L., & Hubbard, R. L. (1999). Drug Abuse Treatment Outcome Study of adolescents: A comparison of client characteristics and pretreatment behaviors in three treatment modalities. *American Journal of Drug and Alcohol Abuse, 25*(4), 573-591.
- Simpson, D. & Brown, B. (Eds.). (1999). Special issue on treatment process and outcome studies from DATOS. *Drug and Alcohol Dependence*.
- Simpson, D. & Brown, B. (Eds.). (1999). Special issue on treatment process and outcome studies from DATOS. *Drug and Alcohol Dependence*.
- Simpson, D. D. & Brown, B. (Eds.). (1999). Special issue: Treatment process and outcome studies from DATOS. *Drug and Alcohol Dependence, 57*(2).
- Simpson, D. D., & Curry, S. J. (Eds.) (1997). Special Issue: Drug Abuse Treatment Outcome Study (DATOS). *Psychology of Addictive Behaviors, 11*(4).
- Simpson, D. D., Joe, G. W., & Brown, B. S. (1997). Treatment retention and follow-up outcomes in the Drug Abuse Treatment Outcome Study (DATOS). *Psychology of Addictive Behaviors, 11*(4), 294-307.
- Simpson, D. D., Joe, G. W., Broome, K. M., Hiller, M. L., Knight, K., & Rowan-Szal, G. A. (1997). Program diversity and treatment retention rates in the Drug Abuse Treatment Outcome Study (DATOS). *Psychology of Addictive Behaviors, 11*(4), 279-293.
- Simpson, D. D., Joe, G. W., Fletcher, B. W., Hubbard, R. L., & Anglin, M. D. (1999). A national evaluation of treatment outcomes for cocaine dependence. *Archives of General Psychiatry, 56*, 507-514.
- Simpson, D., Joe, G., Fletcher, B., Hubbard, R., & Anglin, D. (1999). A national evaluation of treatment outcomes for cocaine dependence. *Archives of General Psychiatry, 56*, 507-514.
- Simpson, D., Joe, G., Fletcher, B., Hubbard, R., & Anglin, D. (1999). A national evaluation of treatment

outcomes for cocaine dependence. *Archives of General Psychiatry*, 56, 507-514.

Linee di indirizzo per la valutazione degli interventi di prevenzione, cura e riabilitazione delle dipendenze:

Linee prevenzione:

Bukoski, W.J., *Meta-Analysis of drug abuse prevention programs*, 1997, Nida Research Monograph 170, DHHS. Rockville, MD: National Institute on Drug Abuse.

Sito internet: www.drugabuse.gov/PDF/Monographs/monograph170/download170.htm

Bukoski, W.J & Evans, *Cost-Benefit/Cost-effectiveness Research of Drug Abuse Prevention: implication for programming and policy*, Nida Research Monograph 176, DHHS. Rockville, MD: National Institute on Drug Abuse, 1998. Sito internet: www.drugabuse.gov/PDF/Monographs/monograph176/download176.htm

Ashery, R. & Kumpfer, *Drug abuse prevention through family interventions*, Nida Research Monograph 177, DHHS. Rockville, MD: National Institute on Drug Abuse, 1998.

Sito internet: www.drugabuse.gov/PDF/Monographs/monograph177/download177.htm

Linee Guida per la valutazione degli interventi preventivi nel campo delle tossicodipendenze, Guidelines for the evaluation of drug prevention, EMCDDA, Monaco, 1998. Sito internet:

www.emcdda.eu.int/index.cfm?fuseaction=public.AttachmentDownload&nNodeID=1753&slanguageISO=IT

Presidenza del Consiglio dei Ministri- Dipartimento per gli Affari Generali- *Linee guida per la valutazione della prevenzione primaria: proposta di un metodo*, Genova 28-30 novembre 2000.

Sito internet: www.genovaduemila.it/documenti/relazioni/o_99_sorio.pdf

Burkhardt G., *Report On Selective Prevention in The European Union And Norway*, Selective Prevention: First Overview on The European Situation, European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (EMCDDA), Lisbona, 2003. Sito internet:

<http://www.emcdda.eu.int/index.cfm?fuseaction=public.Content&nNodeID=1569&slanguageISO=EN>

Department of health and Human service, *Preventing Drug Abuse among Children and Adolescents*, Nida Research. Rockville, MD: National Institute on Drug Abuse, 2004.

Sito internet: <http://www.nida.nih.gov/Prevention/Prevopen.html>

Tassinari, S., *Prevenzione delle dipendenze: linee guida per la progettazione e la valutazione degli interventi*, SEDES, 2004. Sito internet: www.informadrogena.it/public/pro/33/SEDES_formDroga_Relazione3.pdf

Santorio, G., *Educazione alla salute e prevenzione delle dipendenze*, NIDA, 2005.

Sito internet: http://www.informadrogena.it/public/ser/8/SEDES_NIDA.pdf

Assessorato alle Politiche Sociali Regione Veneto, *Per una nuova politica sulle tossicodipendenze, orientata alla qualità e alla integrazione*. Sito internet: http://www.venetosociale.org/upload/rec/img_739_2.pdf

Linee cura:

Circolare regionale n. protocollo 592/20720 del 07-02-1995, *Terapia sostitutiva con metadone nella dipendenza cronica da eroina*

Bollettino per le farmacodipendenze e l'alcolismo, Il reinserimento lavorativo del tossicodipendente nel quadro di iniziative di solidarietà sociale, Di Carlo C., anno XX, N.4, 1997.

Sito internet: www.unicri.it/min.san.bollettino/bulletin_it/1997-4/art8.htm

Provvedimento 5 agosto 1999, *Schema di atto di intesa Stato -Regioni, su proposta dei Ministri della sanità e per la solidarietà sociale, recante: "Determinazione dei requisiti minimi standard per l'autorizzazione al funzionamento e per l'accreditamento dei servizi privati di assistenza alle persone dipendenti da sostanze di abuso"*, Repertorio atti n. 740, Pubblicato sulla Gazzetta Ufficiale n. 231 del 1 ottobre 1999.

Sito internet: http://www.unicri.it/min.san.bollettino/bulletin_it/2000-2/dec42.html

Linee guida per la tutela e la promozione della salute negli ambienti confinati, Accordo del 27/09/2001 tra il Ministro della salute, le regioni e le province autonome, Documento 601S27SE.000 emanato dalla Conferenza Permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province Autonome di Trento e Bolzano.

Gazzetta Ufficiale Supplemento Ordinario n. 276 del 27/11/2001. Sito internet: www.assoamianto.it/linee_guida_ambienti_confinati_2001.htm

Servizio Prevenzione e Cura delle dipendenze, Direzione per i Servizi Sociali della Regione Veneto, *La rete alcolologica della Regione Veneto nel sistema delle dipendenze*, Rampazzo L., 2000. Sito internet: sia.dfc.unifi.it/documenti/monotematica2000/retealcolveneto.pdf

Ministero della Sanità, *Linee guida sulla riduzione del danno*, novembre 2000. Sito internet: www.comune.venezia.it/danno/cdrom/Report/Documenti/Linee_guida.pdf

Linee guida per il trattamento dei pazienti affetti dall'uso di sostanze, alcol, cocaina, oppioidi. Linee guida per il trattamento dei disturbi psichiatrici. A.P.A. Compendio 2003. Masson, Milano, 2003

Piano sanitario nazionale 2003-2005 a cura del Ministero della salute, Parte seconda, Obiettivi generali, capitolo 6 La salute e il sociale, paragrafo 6.4: Le tossicodipendenze. Sito internet: www.droga.net/doc/psn0305.htm

Linee guida per il trattamento dei pazienti con disturbi da uso di sostanze in comorbidità psichiatrica, Massimo Clerici Dipartimento di Medicina, Chirurgia e Odontoiatria, Polo Didattico A.O. San Paolo Università degli studi di Milano, 11/10/2005. Sito internet: <http://www.ti.ch/dss/dsP/UffMC/settori/DIPENDENZE/htm/Linee%20%20guidaTOX.htm>

Conferenza dei Presidenti delle Regioni e delle Province autonome, *DOCUMENTO DI OSSERVAZIONI E PROPOSTE AL "PIANO NAZIONALE DI INTERVENTI IN MATERIA DI PREVENZIONE DELL'USO DI SOSTANZE STUPEFACENTI E PSICOTROPE, DI CONTRASTO AL TRAFFICO ILLECITO E DI TRATTAMENTI SANITARI E REINSERIMENTO SOCIOLAVORATIVO DELLE PERSONE TOSSICODIPENDENTI (2004-2008): OSSERVAZIONI E PROPOSTE"*, 12/10/2005. Sito internet:

www.regioni.it/fascicoli_conferen/Presidenti/2005/mar/03/piano_nazionale_prev_stupefacenti.htm

6.2 Riferimenti normativi che disciplinano a livello nazionale, europeo e internazionale gli interventi di prevenzione, cura e riabilitazione delle dipendenze:

Riferimenti Nazionali:

Decreto del Presidente della Repubblica 9 ottobre 1990, n. 309

Testo unico delle leggi in materia di disciplina degli stupefacenti e sostanze psicotrope, prevenzione, cura e riabilitazione dei relativi stati di tossicodipendenza - G.U. n. 255 del 31 ottobre 1990

Decreto 30 novembre 1990, n. 444 –

Regolamento concernente la determinazione dell'organico e delle caratteristiche organizzative e funzionali dei servizi per le tossicodipendenze da istituire presso le unità sanitarie locali.

Decreto ministeriale 1 febbraio 1991 (Ministero della Salute)

Rideterminazione delle forme morbose che danno diritto all'esenzione dalla spesa sanitaria - G.U. n. 32 del 7 febbraio 1991

Deliberazione del CIPE 12 marzo 1991

Ripartizione di una quota relativa al finanziamento dei servizi pubblici per le tossicodipendenze - G.U. n. 83 del 9 aprile 1991

Legge 27 maggio 1991 N. 165

Obbligatorietà della vaccinazione contro l'epatite virale B - G.U. n. 127 del 1 giugno 1991

Decreto ministeriale 5 Settembre 1991 (Ministero della Salute)

Integrazione al decreto ministeriale 1 febbraio 1991 concernente la rideterminazione delle forme morbose che danno diritto all'esenzione dalla spesa sanitaria - G.U. n. 217 del 16 settembre 1991

Decreto ministeriale 3 ottobre 1991 (Ministero della Salute)

Approvazione delle schede di rilevamento dei dati concernenti le attività dei servizi per le tossicodipendenze G. U. n. 243 del 16 ottobre 1991

Decreto ministeriale 3 ottobre 1991 (Ministero della Salute)

Protocollo per l'esecuzione delle vaccinazioni contro l'epatite virale B - G.U. n. 251 del 25 ottobre 1991

Decreto ministeriale 4 ottobre 1991 (Ministero della Salute)

Offerta gratuita della vaccinazione contro l'epatite virale B alle categorie a rischio - G.U. n. 251 del 25 ottobre 1991

Decreto del Presidente della Repubblica 5 Giugno 1993, n. 171

Abrogazione parziale, a seguito di referendum popolare, del testo unico delle leggi in materia di disciplina degli stupefacenti e sostanze psicotrope, prevenzione, cura e riabilitazione dei relativi stati di tossicodipendenza, approvato con decreto del Presidente della Repubblica 9 ottobre 1990, n. 309 - G.U. n. 130 del 5 giugno 1993

Circolare 30 luglio 1993, n. 1100/ii/D/F10/1862 (Ministero della Salute)

Impiego dei farmaci sostitutivi nei trattamenti delle tossicodipendenze - G.U. n. 249 del 22 ottobre 1993

Circolare 30 settembre 1994, n. 20 (Ministero della Salute)

Linee guida per il trattamento della dipendenza da oppiacei con farmaci sostitutivi - G.U. n. 241 del 14 ottobre 1994

Decreto legislativo 16 aprile 1994, n. 297

Approvazione del testo unico delle disposizioni legislative vigenti in materia di istruzione, relative alle scuole di ogni ordine e grado - G.U. n. 115 del 19 maggio 1994 - Fonte: Juris data

Decreto ministeriale 11 Aprile 1996 (pubbl. sulla G.U. n. 200 del 27 agosto 1996) Trasferimento alle regioni del 75% del Fondo Nazionale di intervento per la lotta alla droga.

Decreto ministeriale 20 settembre 1997 (pubbl. sulla G.U. n. 283 del 4 dicembre 1997) Modifica delle schede di rilevamento dei dati relativi alle attività dei servizi pubblici per le tossicodipendenze (SERT).

Decreto del presidente della repubblica 14 gennaio 1997 (pubbl. sulla G.U. n. 42 del 20 febbraio 1997) Approvazione dell'atto di indirizzo e coordinamento alle regioni e alle province autonome di Trento e di Bolzano, in materia di requisiti strutturali, tecnologici ed organizzativi minimi per l'esercizio delle attività sanitarie da parte delle strutture pubbliche e private.

Provvedimento 21 gennaio 1999

Accordo Stato-Regioni per la "Riorganizzazione del sistema assistenziale ai tossicodipendenti", Repertorio atti n. 593 - G.U. n. 61 del 15 marzo 1999.

Sito internet: www.seiunico.it/leggi/risol1191199.htm

Legge 18 febbraio 1999, n.45

Disposizioni per il Fondo nazionale di intervento per la lotta alla droga e in materia di personale dei Servizi per le tossicodipendenze - G.U. n. 53 del 5 marzo 1999.

Sito internet: www.parlamento.it/parlam/leggi/99045l.htm

Decreto 1 giugno 1999 (pubbl. sulla G.U. n.231 del 1 ottobre 1999) Trasferimento alle regioni ed alle amministrazioni statali delle quote del 75% delle risorse del Fondo nazionale di intervento per la lotta alla droga relative agli esercizi finanziari 1997, 1998 e 1999.

Decreto legislativo n. 229 del 19 giugno 1999 (pubbl. sul Suppl. ord. alla G.U. n. 165 del 6 luglio 1999) Norme per la razionalizzazione del Servizio sanitario nazionale.

Provvedimento 5 agosto 1999 (pubbl. sulla G.U. n. 231 del 1 ottobre 1999) Schema di atto di intesa Stato - regioni su proposta dei Ministri della sanità e per la solidarietà sociale, recante: "Determinazione dei requisiti minimi standard per l'autorizzazione al funzionamento e per l'accreditamento dei servizi privati di assistenza alle persone dipendenti da sostanze di abuso".

Legge 8 novembre 2000, n. 328 "Legge quadro per la realizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali" - G.U. n. 265 del 13 novembre 2000

Legge 8 febbraio 2001, n. 12

Norme per agevolare l'impiego dei farmaci analgesici oppiacei nella terapia del dolore -

G.U. n. 41 del 19 febbraio 2001

Sito internet: droghe.aduc.it/php/articolo.php

Legge 30 marzo 2001, n. 125

Legge quadro in materia di alcol e di problemi alcolcorrelati.

Sito internet: www.ministerosalute.it/imgs/C_17_normativa_342_allegato.doc.

Decreto del Presidente della Repubblica 23 maggio 2003

Approvazione del Piano sanitario nazionale 2003-2005 – G.U. n. 139 del 18 giugno 2003 Fonte:Juris data

Legge 24 Dicembre 2003 n. 350, Art. 3, commi 83-86

Istituzione del Dipartimento Nazionale per le Politiche Antidroga - G.U. n. 299 del 27 dicembre 2003

Sito internet: <http://www.parlamento.it/parlam/leggi/03350l.htm>

Decreto del Vice Presidente del Consiglio dei Ministri 31 Maggio 2004

Linee di indirizzo amministrativo in tema di promozione e coordinamento delle politiche, per prevenire e contrastare il diffondersi delle tossicodipendenze e delle alcoolodipendenze correlate.

Sito internet: droghe.aduc.it/php/articolo.php

Riferimenti Europei:

Risoluzione Parlamento europeo del 19 novembre 1999

Risoluzione del Parlamento europeo sulla Comunicazione della Commissione al Consiglio, al Parlamento europeo, al Comitato economico e sociale e al Comitato delle regioni, su un *Piano d'Azione dell'Unione europea in materia di lotta contro la droga (2000-2004)*,

Sito internet: www.seiunico.it/leggi/norme.htm

Comunicazione della Commissione, del 16 maggio 2000, al Consiglio, al Parlamento europeo, al Comitato economico e sociale e al Comitato delle regioni sulla strategia della Comunità europea in materia di sanità COM (2000) 285.

Sito internet: www.europa.eu.int/scadplus/leg/en

Community action program on the prevention of drug dependence (1996-2002)

Sito internet: europa.eu.int/scadplus/leg/en/cha/c11525.htm

Decisione n. 1786/2002/CE del Parlamento europeo e del Consiglio, del 23 settembre 2002, che adotta un programma d'azione comunitario nel campo della sanità pubblica (2003-2008) - Dichiarazioni della Commissione. G.U. n. 271 del 09/10/2002

Sito internet: europa.eu.int/eur-lex/lex/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=CELEX:32002D1786:IT:HTML

Unione Europea, Raccomandazione del Consiglio del 18 giugno 2003 sulla prevenzione e la riduzione del danno per la salute causato da tossicodipendenza, G.U. europea del 3/07/2003. Sito internet: <http://www.unicri.it/min.san.bollettino/normativa/riduzione%20del%20danno%20da%20tossicodipendenza%2003.07.03.pdf>

Rapporto dell'OEDT e dell'Europol sull'identificazione dei criteri per la valutazione della strategia dell'Unione Europea in materia di droga (2000-2004) da parte della Commissione europea.

Sito Internet: <http://www.unicri.it/min.san.bollettino/normativa/2564-144%20EMCDDA-Europol.pdf>

Il programma d'azione comunitaria nel settore della sanità pubblica (2003-2008)

Sito internet: europa.eu.int/scadplus/leg/it

Alcuni Riferimenti Regionali (presenti nel sito www.Dronet.org)

REGIONE ABRUZZO

Delibera della Giunta Regionale: CAMPAGNA DI INFORMAZIONE E DI SENSIBILIZZAZIONE ALLA PREVENZIONE DEI COMPORTAMENTI A RISCHIO (USO DI ECSTASY).
PROVVEDIMENTO N. 596 DEL: 30-03-2000

Legge Regionale: PREVENZIONE DEI PROBLEMI ALCOLDROGACORRELATI E DI FORMAZIONE DI

OPERATORI DEL SETTORE SOCIO-SANITARIO, DEL SETTORE SOCIO-EDUCATIVO E DEL VOLONTARIATO.

PROVVEDIMENTO N. 114 DEL 29-11-1999 PUBBLICAZIONE N. 49 DEL 15-12-1999

Legge Regionale: Disciplina delle attività di prevenzione e di recupero dei soggetti in stato di tossicodipendenza, in attuazione del T.U. delle leggi in materia di tossicodipendenza 9 ottobre 1990, n. 309 - Istituzione dell'albo regionale degli enti ausiliari -

PROVVEDIMENTO N. 28 DEL 21-07-1993 PUBBLICAZIONE N. 28 DEL 29-07-1993

REGIONE BASILICATA

Delibera della Giunta Regionale: Schema di atto d'intesa tra stato e Regione per la definizione di criteri e modalità uniformi per l'iscrizione degli enti ausiliari che gestiscono strutture per la riabilitazione ed il reinserimento sociale dei tossicodipendenti negli albi di cui all'art.116 del decreto del Presidente della Repubblica 9 ottobre 1990, n.309 -

PROVVEDIMENTO N.1063 DEL 30-07-1993

REGIONE CAMPANIA

Legge Regionale: Norme per il Piano Regionale Sanitario per il triennio 2002-2004.

PROVVEDIMENTO N. 10 DEL 11-07-2002

Delibera della Giunta Regionale: Modifiche e integrazioni alla D.G.R. N. 3958/2001 contenente "Definizione dei requisiti minimi strutturali , tecnologici ed organizzativi per l'autorizzazione" (con allegati)

PROVVEDIMENTO N. 7301 DEL 31-12-2001 PUBBLICAZIONE N. 2 DEL 11-01-2002

Delibera della Giunta Regionale: Definizione dei requisiti strutturali, tecnologici ed organizzativi minimi per l'autorizzazione alla realizzazione ed all'esercizio delle attività sanitarie e socio-sanitarie delle strutture pubbliche e private della Regione Campania. Approvazione delle strutture di autorizzazione (con allegati)

PROVVEDIMENTO N. 3958 DEL 07-08-2001 PUBBLICAZIONE N. 46 DEL 10-09-2001

REGIONE LIGURIA

Delibera della Giunta Regionale: Linee di indirizzo su prevenzione cura e riabilitazione delle dipendenze -

PROVVEDIMENTO N. 34 DEL: 31-07-2001 PUBBLICAZIONE N. 37 DEL 12-09-2001

REGIONE LOMBARDIA

Circolare Regionale: Progetto Regionale Dipendenze (DGR. n. VII/12621 del 7.4.2003) BURL S.O. n.17 del 22 aprile 2003 PROVVEDIMENTO N. 23 DEL 1-07-2003 PUBBLICAZIONE N. 29 DEL 14-07-2003

PROTOCOLLO PER L'AVVIO SPERIMENTALE DI UN SISTEMA DI SORVEGLIANZA RAPIDO PER LA CONOSCENZA DELLE SOSTANZE IN CIRCOLAZIONE - Progetto interregionale M.D.M.A - Monitoraggio Droghe e Manifestazioni di abusi

Protocollo DEL 24-06-2003

Delibera della Giunta Regionale: Determinazione 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 (art.12 comma 3 e 4 L.R. 31/97) e indirizzi programmatici e direttive sull'organizzazione dei servizi territoriali dipendenze nelle ASL: Progetto Regionale Dipendenze -

PROVVEDIMENTO N. 12621 DEL 07-04-2003 PUBBLICAZIONE N. 17 DEL 22-04-2003

REGIONE TRENTO ALTO ADIGE

P.A. BOLZANO

Decreto Provinciale: Definizione del sistema informativo-epidemiologico provinciale per le strutture riabilitative per le dipendenze -

PROVVEDIMENTO N. 396 DEL 18-05-2004

Delibera della Giunta Provinciale: Approvazione delle "Linee guida riguardanti il sistema informativo epidemiologico provinciale per i servizi delle dipendenze (SER.T)

PROVVEDIMENTO N. 3042 DEL 08-09-2003

Delibera della Giunta Provinciale: Approvazione delle "Linee d'indirizzo per una politica sulle dipendenze in ALto Adige" -

PROVVEDIMENTO N. 3043 DEL 08-09-2003

Delibera della Giunta Provinciale: Direttiva alle Aziende Sanitarie - Applicazione della circolare del Ministero della Sanità n. 20 - 1100/II/D/f10/2505 - del 30.09.1994 "Linee guida per il trattamento della dipendenza da oppiacei con farmaci sostitutivi"

PROVVEDIMENTO N. 2426 DEL 23-07-2001 PUBBLICAZIONE N. 33 DEL 14-08-2001

Legge Provinciale: Riordinamento del servizio sanitario provinciale

PROVVEDIMENTO DEL 05-03-2001 PUBBLICAZIONE N. 12 DEL 20-03-2001

Delibera della Giunta Provinciale: Progetto di definizione e strutturazione di un sistema informativo epidemiologico per i Servizi per le Tossicodipendenze della Provincia di Bolzano

PROVVEDIMENTO N. 1649 DEL 15-05-2000

REGIONE PIEMONTE

Delibera della Giunta Regionale: Determinazione dei requisiti minimi standard per l'autorizzazione al funzionamento e per l'accreditamento dei servizi privati di assistenza alle persone dipendenti da sostanze d'abuso.

Art. 4, comma 1 legge 18.2.1999 n. 45. Recepimento

PROVVEDIMENTO N. 49 - 9325 - DEL 12-05-2003 PUBBLICAZIONE N. 21 DEL 22-05-2003

Legge Regionale: Norme per la programmazione sanitaria e per il Piano sanitario regionale per il triennio 1997-1999 con Allegato C alla Legge Regionale 61 (punto 5) PREVENZIONE, SORVEGLIANZA E CONTROLLO DELLE INFEZIONI DA HIV

PROVVEDIMENTO N. 61 DEL 31-12-1997 PUBBLICAZIONE N. 52 DEL 31-12-1997

Delibera della Giunta Regionale: Iniziative di particolare rilevanza nel campo della prevenzione e lotta alla droga e dall'A.I.D.S.: progetti anno 1997 e adempimenti A.I.D.S. a favore delle Aziende UU.SS.LL. del Piemonte

PROVVEDIMENTO N. 34-22949 DEL 03-11-1997 PUBBLICAZIONE N. 48 DEL 03-12-1997

REGIONE PUGLIA

Legge Regionale: Sistema integrato d'interventi e servizi sociali in Puglia

PROVVEDIMENTO N. 17 DEL 25-08-2003 PUBBLICAZIONE N. 99 DEL 29-08-2003

Delibera della Giunta Regionale: Progetto Nazionale SESIT: "Potenziamento delle dotazioni informatiche dei Ser.T. e implementazione di un sistema di monitoraggio dell'utenza dei servizi basato sull'utilizzo di standard europei". Adesione e approvazione progetto.

PROVVEDIMENTO N. 686 DEL 16-05-2003

Delibera della Giunta Regionale: SAN/DEL/97/00258 "Accreditamento provvisorio delle strutture riabilitative psichiatriche e per i tossicodipendenti."

PROVVEDIMENTO N. 3375 DEL 20-06-1997

Legge Regionale: CRITERI RELATIVI ALLA REGOLAMENTAZIONE DEI RAPPORTI CON GLI ENTI AUSILIARI CHE OPERANO NEL SETTORE DELLE TOSSICODIPENDENZE.

PROVVEDIMENTO N. 22 DEL 09-09-1996 PUBBLICAZIONE N. 101 DEL 20-09-1996

REGIONE SICILIA

Decreto Regionale: Linee guida per l'attuazione del piano socio-sanitario della Regione siciliana.
PROVVEDIMENTO DEL 04-11-2002 PUBBLICAZIONE N. 53 DEL 22-11-2002

Decreto Regionale: Direttive per l'accreditamento istituzionale delle strutture sanitarie nella Regione siciliana.
PROVVEDIMENTO DEL 17-06-2002 PUBBLICAZIONE N. 29 DEL 28-06-2002

Decreto Regionale: Linee guida sul Dipartimento delle dipendenze patologiche
PROVVEDIMENTO DEL 21-12-2001 PUBBLICAZIONE N. 8 DEL 15-02-2002

Circolare Regionale: Legge regionale 21 agosto 1984, n. 64 - Piano contro l'uso non terapeutico delle sostanze stupefacenti o psicotrope. Primi interventi - Compiti dei comuni - cap. 41958, esercizio finanziario 1996.
PROVVEDIMENTO N. 850 DEL 09-02-1996 PUBBLICAZIONE N. 9 DEL 24-02-1996

Decreto Regionale: Disposizioni relative ai servizi per le tossicodipendenze della Sicilia
PROVVEDIMENTO DEL 29-06-1992 PUBBLICAZIONE N. 50 DEL 24-10-1992

Legge Regionale: Piano contro l'uso non terapeutico delle sostanze stupefacenti o psicotrope. Primi interventi.
PROVVEDIMENTO N. 64 DEL 21-08-1984 PUBBLICAZIONE N. 36 DEL 22-08-1984

REGIONE UMBRIA

Delibera della Giunta Regionale: Piano sociale regionale 2003-2005
PROVVEDIMENTO N. 314 DEL 23-07-2003 PUBBLICAZIONE N. 36 DEL 27-08-2003

REGIONE VALLE D'AOSTA

Delibera della Giunta Regionale: Approvazione dei requisiti minimi standard per l'autorizzazione all'esercizio e l'accreditamento dei servizi privati di assistenza alle persone dipendenti da sostanze d'abuso, ai sensi dell'art. 38 della L.R. 25 gennaio 2000 n. 5, della L.R. 4 settembre 2001 n. 18 nonché delle deliberazioni della Giunta Regionale n. 3893/2002 e n. 4021/1998
Provvedimento n. 3754 del 13-10-2003

Delibera della Giunta Regionale: Approvazione delle "Linee di indirizzo della Regione autonoma Valle d'Aosta sugli interventi per la prevenzione, la cura e la riabilitazione dell'alcolismo e dei problemi alcolcorrelati"
Provvedimento n. 3755 del 13-10-2003

Delibera della Giunta Regionale: Istituzione dell'Osservatorio sulle dipendenze patologiche, nell'ambito dell'Osservatorio regionale epidemiologico e per le politiche sociali.
Provvedimento n. 3687 del 08-10-2001

REGIONE VENETO

Legge Regionale Veneto 22/10/1982 n.49, B.U.R. 27/10/1982 n.48 "Competenza e disciplina degli interventi in materia di prevenzione, cura, riabilitazione e reinserimento sociale dei dipendenti da sostanze stupefacenti, psicotrope e da alcool".

DGR n. 3701 del 24/11/2000 "Le politiche e le strategie generali di intervento nel campo delle dipendenze".

DGR n.2974 del 9/11/2001 "Indirizzi per gli interventi nel settore delle dipendenze"
Sito internet: http://www.dronet.org/normativa/normative/1874_021.pdf

DGR del Veneto n.1874 del16/07/2002 "Indirizzi di intervento nel settore delle dipendenze".
Sito internet: http://www.dronet.org/search/res_atti.php?codice=115

Attuazione L.R. 16/08/2002 n. 22 in materia di autorizzazione e accreditamento delle strutture sanitarie, socio-sanitarie e sociali e adozione del manuale delle procedure. Delibera della Giunta, Regione Veneto, 06/08/2004 n.2501.

Sito internet: https://www.arssveneto.it/html_pages/documents/Deliberan.2501del06082004_000.pdf

L.R. 16/08/2002 n. 22 Approvazione standard relativi all'autorizzazione all'esercizio e all'accreditamento dei servizi sociali, di alcuni servizi socio-sanitari. Delibera della Giunta, Regione Veneto, 06/08/2004 n.2473.

Delibera della Giunta Regionale del Veneto n. 4019 30.12.2002, *Approvazione e finanziamento Piani e progetti*.

LEA Livelli Essenziali di Assistenza:

Atto indirizzo e coordinamento di prestazioni socio-sanitarie Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri 14-02-2001, Definizione dei livelli essenziali di assistenza, 29 novembre 2001. Sito internet: <http://www.omop.it/Lea1.pdf>

DPR 1 ottobre 1990, n. 309 (TU disciplina stupefacenti);

Provvedimento 21/01/1999 Accordo Stato Regioni per la "Riorganizzazione del sistema di assistenza tossicodipendenti". Legge 30/03/2001, n.125;

Sito internet: www.ministerosalute.it/imgs/C_17_normativa_342_allegato.doc;

Provvedimento 05/08/1999 Intesa Stato Regioni per la "Determinazione dei requisiti minimi standard dei servizi privati di assistenza ai tossicodipendenti". D.lgs. 22/06/1999 n.230. Sito Internet: http://www.giustizia.it/cassazione/leggi/dlgs230_99.html;

D.M. 21/04/2000, Gazzetta Ufficiale 25/05/2000 n 120. Tutela salute in ambito penitenziario (identifica le prestazioni da erogare ai td. detenuti), DPMC 14/02/2001. Sito Internet: <http://www.edscuola.it/archivio/norme/decreti/dpcm14201.pdf>

II PARTE

CARCERE E DROGA

Le leggi 309/90 e 230/99 sono il punto di riferimento per ogni discorso giuridico sull'assistenza al tossicodipendente, che si trovi in condizioni di dover rispondere alla giustizia per atti penalmente rilevanti.

Già nelle precedenti Conferenze il tema del rapporto Carcere/Droga e dell'assistenza al detenuto tossicodipendente era stato affrontato e discusso evidenziando, quale comune denominatore, la necessità di offrire spazi e modelli trattamentali adeguati a soggetti che pongono concreti problemi di conciliabilità tra esigenze del Diritto e necessità delle Cure.

Alla Conferenza di Genova già era emersa la constatazione che l'applicazione della legge 230/99 avveniva secondo una ottica interpretativa ritenuta di tipo riduttivo; ai Ser.T. sarebbero state, cioè, riconosciute unicamente le competenze della diagnosi e della cura degli stati di tossicodipendenza, mentre tutte le altre competenze, relative alle condizioni patologiche presentate dal detenuto tossicomane, rimanevano a carico del Servizio Sanitario Penitenziario.

Alla luce di tale interpretazione, tuttavia, tra gli addetti ai lavori emergeva in modo chiaro un quesito: *“cosa aggiunge questa legge alle competenze già previste dalla legge 309/90?”*.

Nel corso del dibattito, parallelamente, si rilevava una riflessione interpretativa più ampia: riconoscere ai Ser.T. la piena competenza per l'assistenza psico-socio-sanitaria, conferendo ad essi la piena titolarità su ogni intervento diagnostico, terapeutico e riabilitativo, riguardante la popolazione detenuta tossicodipendente. Questa esigenza di estensione interpretativa, che pur appare insita nello spirito della legge, nasce, tra l'altro, dalla constatazione quotidiana che sullo stesso detenuto tossicomane insistono figure professionali diverse, in parte del Ser.t., in parte del Servizio Sanitario Penitenziario, in parte rappresentate da specialisti esterni convenzionati, nonché da figure del Volontariato Sociale.

Non è inusuale il riscontro di sovrapposizioni trattamentali, anche farmacologiche, che spesso rendono difficoltoso il monitoraggio di un programma terapeutico adeguato per patologie croniche.

Affinché tutto ciò non si ritorca sul soggetto detenuto, bisognoso di un trattamento, appare, quindi, necessario sostenere l'integrazione dell'assistenza tra Servizi Sanitari Locali e Sanità Penitenziaria. La soluzione ideale sarebbe quella di poter disporre, per ciascun istituto di pena, di una équipe integrata, costituita da membri della Sanità Penitenziaria, del Servizio Sanitario Nazionale e del Privato Sociale. Vista l'entità del fenomeno della cosiddetta “doppia diagnosi” tra i tossicodipendenti, è necessario prevedere la partecipazione di uno psichiatra del D.S.M., specialista in materia di tossicodipendenza. La costituzione di tale équipe, è utile sottolinearlo, non comporterebbe un aggravio di spesa, attingendo il personale tra quello già inquadrato nelle varie istituzioni.

Alla luce delle competenze delle Regioni in materia sanitaria è necessario favorire l'attuazione di programmi condivisi tra Ser.T. e Servizi della Giustizia, attraverso protocolli d'intesa a livello regionale, che disciplinino organicamente le modalità di raccordo operativo e la presa in carico anche a livello finanziario da parte degli enti territoriali, così come previsto dalle norme vigenti L. 230/99 e riforma titolo V parte II della Costituzione.

Ma la questione dell'assistenza al tossicomane, che deve rispondere di atti penalmente rilevanti, non si ferma certo al momento della detenzione. Attualmente il D.P.R. 309/90 prevede agli articoli 89, 90 e 94 dei benefici che bene hanno espresso l'intenzione del Legislatore di ritenere prevalente l'esigenza del recupero personale rispetto alle esigenze della pena, pur prevedendo alcuni limiti.

Questa particolare attenzione ai bisogni della cura del tossicodipendente, rispetto a quelle del Diritto, ha generato problemi e discussioni tuttora dibattuti quali la diagnosi di tossicodipendenza, la certificazione di stato di tossicodipendenza, la possibilità e i limiti di applicazione degli articoli 89, 90 e 94 del DPR 309/90, i residui di pena, la formazione adeguata dei magistrati sulle questioni connesse con le tossicodipendenze e, non ultima, la formazione del personale penitenziario, anche in termini di prevenzione.

Inoltre, accanto alle competenze espresse dall'universo del Servizio Pubblico vi sono le competenze del Privato Sociale, che ancora auspica la pari dignità con il Servizio Pubblico. E' noto che l'integrazione dei Servizi Pubblici con i servizi del Privato Sociale, specie sui temi quali la diagnosi, la certificazione, il progetto terapeutico, non può non tener conto delle consolidate esperienze acquisite da ambedue le parti sulle specifiche competenze.

Sta di fatto che l'integrazione della rete dei servizi, pubblici e privati, deve prescindere dal vecchio concetto di “ente ausiliario”, così radicato nella cultura prevalente, riconoscendo ampia valenza a quelle struttu-

re che possono accreditarsi secondo specifici parametri ritenuti idonei.

Lo stesso deve dirsi per quelle strutture pubbliche, che operano ancora in condizioni ben al di sotto dei requisiti minimi previsti dalla legge, per erogare un servizio adeguato e coerente con i compiti che la tossicodipendenza richiede.

Solo in questa ottica si potranno ritenere superati quei problemi pratici di coordinamento e primarietà di intervento, che, spesso, hanno messo in conflitto il Pubblico con il Privato Sociale, oltre che, all'interno del Pubblico, tra professionalità, competenze e appartenenze diverse.

Nell'affrontare le questioni esposte, il gruppo di lavoro s'è dato un canovaccio metodologico rappresentato da una ideale collocazione del tossicodipendente di fronte alla Giustizia inteso come:

1) un primo contatto, allorché il tossicodipendente è chiamato a rispondere di propri atti penalmente rilevanti.

2) Un secondo momento, quando il tossicodipendente è detenuto.

3) Infine un terzo momento, quando il tossicodipendente, espiata la pena, deve affrontare la fase della riabilitazione.

Naturalmente non sono momenti da interpretare come fasi consecutive, ma eventi che possono intrecciarsi con modalità diverse nel corso della storia tossicomana.

E' parere largamente condiviso da chi opera nel settore delle tossicodipendenze, che il carcere non rappresenti il luogo idoneo e favorevole per la cura del tossicodipendente.

Va ribadito che a tutt'oggi il tossicodipendente non entra in carcere per la tossicodipendenza in sé, bensì per reati in cui la tossicodipendenza è un elemento anamnesticamente importante, che per la maggior parte dei casi è stata per lo più causa scatenante del comportamento deviante.

L'attuale normativa affronta, di fatto, il problema con il tossicomane che è già nella veste di detenuto. In Italia, prendendo spunto dalle "Drug Courts" statunitensi, si sta attuando una iniziativa che rappresenta un significativo esempio di integrazione tra processo penale e progetto terapeutico.

Il nucleo centrale dell'esperienza dell'ex Pretura Circondariale di Milano, estesa poi a livello nazionale con finanziamento specifico, è costituita dalla sospensione del giudizio, allorché il tossicodipendente, arrestato, si dichiara tale o venga individuato tale in forza delle caratteristiche del reato.

Su base volontaria e per autorizzazione del giudice si attiva un immediato intervento di risorse e centri accreditati, al fine di acquisire la diagnosi di tossicodipendenza, l'eventuale programma in corso e la valutazione di idoneità del programma terapeutico.

L'estensione di tale iniziativa ad altre città in ambito nazionale è propria di questo anno.

I limiti di questa impostazione, peraltro di notevole valore, sono quelli propri della struttura normativa che richiede l'acquisizione di una certificazione e di un programma operante; ne consegue che finisce per essere riservata, di fatto, ad una popolazione selezionata di tossicodipendenti - quelli già in carico ai Ser.T. - mentre ne restano esclusi quelli non noti ai Servizi o persi di vista.

Per questi ultimi la questione della certificazione e della diagnosi può divenire ardua e la si può affrontare solamente allorché il tossicodipendente è detenuto.

Per i minori la difficoltà di diagnosi è ancora più complessa, in quanto si tratta di soggetti in età evolutiva, spesso consumatori di droghe sintetiche e/o di psicostimolanti di non immediata rilevanza diagnostica.

Altro problema è, altresì, la mancata percezione da parte del minore del proprio stato di tossicodipendenza, consapevolezza necessaria al fine di acquisire il consenso all'intervento specialistico. Molti di questi sono stranieri, privi di identità certa, la maggior parte dei quali minori non accompagnati, entrati clandestinamente nel territorio nazionale e quindi privi di qualsiasi riferimento, ambientale e familiare.

Un'altra significativa esperienza è stata condotta, in via sperimentale, dalla Questura di Milano in collaborazione con la locale Azienda Sanitaria. In questa esperienza le prime valutazioni sullo stato di tossicodipendenza della persona arrestata erano anticipate al momento della restrizione nelle camere di sicurezza. Attraverso una intesa sinergica fra forze di polizia, servizi sanitari e magistratura, si veniva a creare, quindi, un punto di incontro nel rispetto delle prerogative di ciascuno.

Deriva da ciò l'importanza del ruolo svolto dalle forze di polizia nella fase dell'arresto, la cui criticità è spesso amplificata dallo stato di tossicodipendenza della persona e la conseguente necessità di una loro formazione integrata nel settore.

In generale la possibilità di certificare uno stato di tossicodipendenza è normato dal D.M. 186/90, che sembra, però, aver preso a modello per la definizione diagnostica e certificatoria la dipendenza da eroina.

Allo stato attuale è constatazione comune che i criteri indicati dal D.M.186/90 non corrispondano più alla realtà clinica, sia perché il fenomeno tossicomane si è oltremodo diversificato sia perché alcune sostanze oggi oggetto di abuso sono di difficile rilevanza analitica.

Inoltre, la diagnosi di tossicodipendenza effettuata secondo i criteri del D.M. 186/90 non solo non corrisponde completamente alla diagnosi clinica, in quanto non tiene conto delle differenze tra i vari quadri clinici

indotti da sostanze diverse, legali o non, ma può, essa, assumere valenze legali indipendenti dallo stesso D.M. 186/90.

Si veda, ad esempio, la proposta di una terapia nell'ambito di una diagnosi di tossicodipendenza posta nei confronti di un minore, che può essere accettata o rifiutata dal genitore o da chi per esso. E ancora, il profilo psicologico assume risvolti legali, allorquando ad essere in gioco è l'imputabilità o la valutazione dell'idoneità genitoriale.

Il D.M. 186/90, inoltre, non contiene indicazioni in merito così come non dà indicazioni relative alla certificazione di cessazione dello stato di tossicodipendenza. Attualmente tale valutazione viene fatta sulla base di criteri clinici.

In ogni modo, l'apertura di una cartella clinica, sulla base delle sole dichiarazioni dell'interessato, può costituire un criterio per la certificazione di cui al D.M. 186/90. Infine un elemento poco discusso ma significativo è dato dalla certificazione di assenza dello stato di tossicodipendenza richiesto dalla normativa in diversi settori della vita sociale.

E' certamente competenza del Ser.T. diagnosticare e certificare l'assenza dello stato di tossicodipendenza, avvalendosi anche del contributo della medicina legale e delle indagini di laboratorio. Allo stato attuale il D.M. 186/90 appare superato dalla diversificazione delle sostanze d'abuso e dei conseguenti comportamenti tossicomani, nonché dalle esigenze cliniche della diagnostica differenziale. In tal senso è auspicabile una modifica del decreto che tenga conto delle evoluzioni della clinica.

Dunque, allorquando Diritto e Clinica si incontrano, Diagnosi e Certificazione di stato di tossicodipendenza assumono un rilievo particolare con implicazioni medico-legali specifiche e, se da un lato non vi sono problemi per i soggetti noti e in carico ai Servizi, dall'altro tali problemi si pongono nella loro interezza nei casi in cui l'interessato si autodefinisce tossicodipendente.

Vi sono casi in cui l'interessato si dichiara tossicodipendente da sostanze di difficile rilevabilità analitica, come gli amfetamino-simili o che comunque sfuggono alle indagini di screening, risultando necessarie per la loro individuazione l'applicazione di specifiche metodiche di conferma (II livello), quali la gascromatografia/spettrometria di massa, che per la loro natura richiedono tempi lunghi ed esperienza professionale specifica. Trattandosi di indagini analitiche con implicazioni sociali e giudiziarie è necessario anche affrontare il problema dell'accreditamento dei laboratori abilitati a tali tipologie di analisi.

Certamente il problema della certificazione di tossicodipendenza divide le strutture del privato sociale: una parte di esse è favorevole a mantenere la delega al servizio pubblico per questa delicata operazione mentre altri, tra cui la Fondazione Villa Maraini, ritengono che le strutture che rientrino nei criteri previsti dagli accordi di intesa Stato-Regioni e riguardanti l'accreditamento dei vari servizi per le tossicodipendenze debbano avere la possibilità di organizzare un servizio con le stesse caratteristiche professionali ed operative del Ser.t. ivi compresa la diagnosi, la terapia e la certificazione.

In effetti la mole di lavoro, la professionalità profusa dall'ambulatorio di Villa Maraini negli ultimi sette anni in qualità di "ente ausiliario" di Roma e provincia, nonché i dati di affluenza e l'apertura sulle 24 ore giustificano una tale assimilazione. E' chiaro che l'ambulatorio della Fondazione è a conoscenza di possibili usi strumentali che la certificazione di stato di tossicodipendenza può assumere, per cui va richiesta la più rigida e conforme adesione ai parametri di accreditamento con adeguati controlli da parte dell'Istituto a ciò preposto.

D'altra parte il ruolo del Servizio Pubblico per le tossicodipendenze, tenendo presente che per sua natura privilegia la cura e la riabilitazione, rispetto alle esigenze della pena, porta a considerare la necessità di creare un momento particolare, definito per tempi e per spazi, nel quale attraverso una più prolungata osservazione clinica e l'applicazione di risorse e strumenti diagnostici validati, in un regime di sospensione del giudizio, si possa addivenire alla formulazione di una corretta diagnosi di stato di tossicodipendenza, cui possa seguire l'applicazione dei benefici di legge.

Questa proposta nasce dalla constatazione, da un lato, che la sospensione dell'esecuzione della pena o la concessione degli arresti domiciliari per i minorenni le misure della permanenza in casa e del collocamento in comunità, danno luogo frequentemente a problemi maggiori di quelli che vorrebbero risolvere e, dall'altro, dalla convinzione che un intervento che privilegi la cura e la riabilitazione debba subentrare prima che il tossicodipendente si trasformi in detenuto, tenendo soprattutto in considerazione la quota di popolazione tossicomane che sfugge ai Servizi.

Naturalmente una ipotesi di questo genere richiederebbe la piena partecipazione del Privato Sociale Accreditato, sia per le competenze espresse, sia per la disponibilità delle risorse strutturali necessarie allo scopo. In questo senso il modello organizzativo auspicabile potrebbe essere quello del Dipartimento Funzionale, in quanto solo in un'ottica dipartimentale si potrebbero meglio e più tempestivamente affrontare i problemi che si pongono quando il tossicodipendente è chiamato a rispondere di propri atti penalmente rilevanti.

Si ritiene inoltre auspicabile che l'intervento destinato ai minori assuntori di sostanze stupefacenti ed entrati nei circuiti penali, preveda, al pari delle esperienze ormai consolidate in alcuni Tribunali Ordinari, un "presi-

dio" del Ser.T. nei tribunali per i minorenni in sede di udienza, al fine di una presa in carico congiunta con i Servizi Minorili.

Quando il tossicodipendente si trova nelle vesti di detenuto è necessario che sia garantito un servizio di assistenza pari a quello territoriale, compresa la continuità terapeutica in occasione dei trasferimenti e dell'uscita dall'istituto penitenziario.

La legge 230/99 si ispira a questa equivalenza ma è constatazione comune che la presenza dei Ser.T. all'interno degli istituti penitenziari sia largamente difforme sul territorio nazionale. E' necessario e non ulteriormente procrastinabile che all'interno degli istituti penitenziari operino costantemente professionisti del Ser.T. in grado di assicurare la continuità terapeutica e che siano responsabili dei programmi e dei progetti terapeutici specifici.

Anche nel contesto dell'istituzione penitenziaria si sente il bisogno di linee guida per l'assistenza al detenuto tossicodipendente e, richiamando le conclusioni della Conferenza di Oldenburg su Carcere e Tossicodipendenza (12/14 marzo 1999), si può, oggi, ad avviso del gruppo di lavoro, condividerle nella quasi totalità. Prevenzione delle ricadute, trattamenti drug-free, trattamento sostitutivo, sostegno tra pari e programmi di riabilitazione sono attività professionali che dovrebbero essere garantite.

La questione dell'assistenza al tossicodipendente in regime di espiazione della pena pone problemi in ordine alla formazione del personale del Ministero della Giustizia operante all'interno degli Istituti Penitenziari e alla formazione del personale convenzionato, quali i professionisti sanitari.

Sarebbe auspicabile che in forza del passaggio di competenze previsto dalla legge 230/99, anche il tema della formazione non venisse tralasciato, ma che assumesse un profilo univoco nell'ambito del mandato dell'Azienda Sanitaria Locale.

Si supererebbero, in tal modo, le dispersioni attualmente presenti e che vedono spesso le tre istituzioni, Dipartimento per la Giustizia Minorile, Amministrazione Penitenziaria e Azienda USL, percorrere strade non comunicanti.

Se da un lato occorre ribadire che anche in regime di espiazione della pena si possono realizzare percorsi riabilitativi è necessario prendere atto che la storia delle sezioni a custodia attenuata s'è conclusa con un sostanziale fallimento su scala nazionale, pur riconoscendo la realizzazione di significative esperienze locali.

Del resto la norma vigente parla di acquisizioni di strutture intere da destinare alla riabilitazione del tossicodipendente. Su questi temi gli animi sono divisi.

Il detenuto tossicodipendente ha diritto alla continuità terapeutica, al pari di qualunque altro cittadino in trattamento terapeutico, mentre spesso avviene che il tossicodipendente detenuto sia scarcerato o trasferito senza che ne sia data tempestiva informazione al Ser.T. di competenza. Ciò può esporre il tossicodipendente a rischi diversi, specie se è in trattamento sostitutivo scalare o abbia terminato un trattamento analogo.

La comunicazione al Ser.T. dovrebbe essere un atto dovuto ed espresso in tempi coerenti con le esigenze della cura.

E' necessario, inoltre, che si approntino studi epidemiologici di settore, per analizzare l'esito delle applicazioni dei benefici di legge in ordine agli articoli 90 e 94 del DPR 309/90. E', altresì, necessario che si adottino anche all'interno del carcere gli stessi criteri di gestione del tossicodipendente presso il Ser.T., è, infatti, incomprensibile la disparità di trattamento in tema di terapia sostitutiva che si verifica tra il territorio e l'interno del carcere, dove al 2003 solo il 10% dei detenuti tossicodipendenti risultava in trattamento sostitutivo.

Analogamente dovrebbe essere migliorata la comprensione dell'incidenza, prevalenza e trattamento delle patologie infettive, specie quelle a trasmissione sessuale, nell'ambito della popolazione specifica e, coerentemente, dovrebbero essere accessibili quei presidi medico-chirurgici di prevenzione quali i profilattici.

Un coerente programma terapeutico, svolto in condizioni intramurarie, dovrebbe avere la possibilità di organizzarsi anche nel suo prosieguo sul piano del reinserimento socio-lavorativo.

Uno strumento valido può essere quello del protocollo d'intesa tra CSSA, Ministero della Giustizia e Azienda USL e ugualmente tra USSM, Ministero della Giustizia e Azienda USL.

Il reinserimento socio-lavorativo ha il suo razionale nella prevenzione della recidiva delinquenziale, che porta il tossicodipendente a ripetere numerose volte il ciclo della detenzione. A questo proposito si pone la questione dei costi.

Attualmente, sia per l'inserimento in Comunità del detenuto sia per il sostegno socio-lavorativo, vi sono delle grandi discrepanze territoriali in ordine agli importi e un comune fattore dato dai grandi ritardi nei pagamenti, ciò pone il Privato Sociale in enormi difficoltà. Sarebbe auspicabile che le competenze e i pagamenti fossero a carico dell'Azienda USL con relativo trasferimento di fondi.

Una attenzione particolare va data al mondo della Giustizia minorile, dove si registra per il 2004 un incremento del 10% del numero di soggetti assuntori di sostanze stupefacenti, dato che tendenzialmente si conferma anche per l'anno in corso.

I Centri per la Giustizia Minorile intrattengono collaborazioni proficue con enti pubblici, del privato sociale

e mondo del volontariato, molto spesso attraverso accordi di programma e protocolli. E' auspicabile la diffusione in tutti i contesti territoriali di protocolli d'intesa in grado di disciplinare organicamente le modalità di raccordo operativo, così come è utile l'estensione a tutto il territorio nazionale di intese tra Centri per la Giustizia Minorile e le Regioni di riferimento, dirette a garantire la presa in carico del minore da parte della Azienda USL sia sul versante terapeutico, sociale, riabilitativo, di reinserimento lavorativo, sia sul versante finanziario così come sancito dalle normative in materia.

III PARTE

DOPPIA DIAGNOSI

1. Introduzione

L'assunzione occasionale, l'abuso e la dipendenza da sostanze psicoattive, legali ed illegali, interessa un numero relativamente elevato di soggetti che per questo motivo vanno incontro a modificazioni cognitive, emozionali e comportamentali di vario grado e di varia natura. L'assunzione di sostanze psicoattive, anche quando non implica conseguenze evidenti sul piano sociale, può essere riconosciuta come concausa importante, come conseguenza o come fenomeno concomitante di manifestazioni psicopatologiche. In alcuni casi i disturbi possono essere indipendenti; più spesso un disturbo psichico pre-esistente aumenta il rischio di esposizione alle sostanze psicotrope d'abuso; in altre condizioni ancora, può esistere un rapporto di causalità diretto tra assunzione di sostanze psicoattive e manifestazioni psicopatologiche, ovvero i due disturbi possono riconoscere matrici patogenetiche comuni.

Soprattutto negli ultimi anni la "doppia diagnosi", la coesistenza cioè di abuso/dipendenza da sostanze e di un disturbo mentale (intesi come entità distinte che soddisfino i criteri diagnostici di un sistema di classificazione di riferimento), ha quasi assunto le connotazioni di entità nosografia autonoma, suscitando particolare interesse sia nel campo clinico che nel campo della ricerca. Nella pratica clinica è sempre più frequente una associazione diversificata tra abuso di sostanze psicoattive e disturbi mentali, sia in Asse I (DSM IV) nelle aree dell'umore, dell'ansia, della psicosi, dell'alimentazione e del controllo degli impulsi che in Asse II, riferito ai disturbi di personalità in particolare del cluster B (disturbo di personalità antisociale, borderline e narcisistico). La "doppia diagnosi" può manifestarsi con quadri clinici complessi e non immediatamente identificabili, sia come comorbilità vera che come comorbilità spuria (*disturbi indotti dalle sostanze*). Questi ultimi in genere scompaiono con il cessare dell'esposizione alla sostanza d'abuso, ma talvolta possono permanere nel tempo come disturbi persistenti. La complessità della "doppia diagnosi", concetto ormai sostanzialmente condiviso dalla comunità scientifica, pone quindi molteplici problemi di natura patogenetica, diagnostico-clinica, terapeutica, riabilitativa e organizzativa.

2. Storia, definizione, epidemiologia

La storia dell'approccio alla "doppia diagnosi" in Italia è parallela all'evoluzione delle strategie diagnostico terapeutiche per le tossicodipendenze e comprensibile con una chiave di lettura complessa che emerge dai recenti cambiamenti dei Servizi pubblici e del Privato Sociale, dai manifesti mutamenti del fenomeno e degli stili di consumo.

Per ridefinirne i "percorsi" ed identificare le appropriate opzioni terapeutiche è necessario considerare alcuni passaggi essenziali degli ultimi trent'anni. Una lettura sociologica del fenomeno della tossicodipendenza ha contribuito a una attenzione ridotta rispetto alle condizioni psico-biologiche individuali e alla sofferenza psichica della persona. Ne è derivato un sostanziale isolamento del settore rispetto alle altre discipline mediche, caratterizzato da empirismo e da iniziative volontaristiche lodevoli, ma avulse da riferimenti scientifici. Tale approccio è giustificato da condizioni storiche che hanno orientato le scelte di parte degli operatori e dell'opinione pubblica

Tra queste condizioni è opportuno citare, quali esempi paradigmatici, alcuni elementi-chiave che ancora oggi influenzano le risposte del sistema ai nuovi bisogni degli utenti.

1. La sostanziale separazione della psichiatria dall'area delle tossicodipendenze ad opera della prima legge di riordino del settore (n° 685/1975), avvenuta peraltro in concomitanza ad un periodo di profonda discussione della stessa disciplina psichiatrica. Basti pensare all'intensità del dibattito nel corso degli anni Settanta sugli aspetti nosografici della malattia mentale e sul ruolo dell'istituzione, con i rilevanti investimenti legislativi e organizzativi sulla trasformazione dell'assistenza psichiatrica. In quegli anni i disturbi da uso di sostanze uscivano rapidamente dalla area di interesse della psichiatria, insieme con i disturbi di personalità, i disturbi dell'alimentazione e diverse "patologie del controllo degli impulsi".

2. Nel decennio tra la metà degli anni settanta e la fine degli anni ottanta il ruolo inizialmente vicariante assunto dal "privato sociale", proprio in relazione alle incertezze e ai rallentamenti che hanno segnato la cos-

tutuzione della rete dei servizi pubblici per le tossicodipendenze. Le implicazioni psicopatologiche del fenomeno non risultavano percepibili a chi stava ridisegnando un sistema ancora carente di risorse “ufficiali” e di investimenti istituzionali.

3. Il dibattito sulle cause del fenomeno, e sulle possibili strategie per affrontarlo, improntato più a forme di strumentalizzazione a carattere ideologico che non a posizioni scientifiche e a motivazioni cliniche oggettive. Tale confronto valorizzava gli strumenti terapeutici uni-dimensionali, spesso trascurando le variegate caratteristiche cliniche e comportamentali dei pazienti e le necessarie risposte diversificate e multi-dimensionali.

La attuale aspecificità del concetto di “doppia diagnosi” ancora oggi risente di tale percorso storico-culturale e continua ad incontrare molteplici difficoltà in relazione a:

- competenze degli operatori nel campo della psicopatologia
- difficoltà nel superamento di modelli riduzionistici utilizzati nell'affrontare il fenomeno
- mancanza di riferimenti a linee-guida accreditate scientificamente nella progettazione dei percorsi diagnostico-terapeutici.
- costi per corrispondere fattivamente ad una reale professionalizzazione degli operatori nel sistema di cura e di assistenza.

Il termine “doppia diagnosi” definisce la concomitanza di disturbi da uso di sostanze (uso problematico, dipendenza e abuso) e disturbi mentali conclamati, quando essi si presentino insieme indipendentemente dagli stati acuti di intossicazione ed astinenza, facendo riferimento a quell'evidenza diagnostica che deriva dal concetto di comorbidità (termine appropriato per indicare la coesistenza di malattie diverse). Una accurata verifica anamnestica può evidenziare se i disturbi mentali concomitanti siano pre-esistenti, associati o conseguenti all'esposizione alle sostanze nell'evoluzione clinica, anche se la doppia diagnosi non implica in sé la definizione certa di rapporti causali. In ogni caso, la condizione di comorbidità dovrà essere riservata a quei quadri in cui il disturbo psichiatrico mantenga una propria autonomia rispetto agli effetti delle droghe e dell'alcool.

Il DSM IV-TR dell'Associazione Americana di Psichiatria e l'ICD-10 dell'Organizzazione Mondiale della Sanità riprendono precedenti modelli di classificazione dei disturbi (non necessariamente eziopatogenetici) e li rigenerano alla luce della ricerca dei criteri di inclusione/esclusione, se possibile anche suffragati da indicatori temporali, per crearne delle categorie patologiche il più possibile distinte e autonome. Tali categorizzazioni possono non essere pienamente esaustive in particolare di quelle realtà complesse che, in termini evolutivi, caratterizzano il continuum tra adolescenza ed età adulta, nell'ambito del quale si manifestano prevalentemente sia la tossicodipendenza o l'alcoolismo che un disturbo mentale. Le patologie mentali ed i loro precursori infatti possono indurre un incremento del rischio per lo sviluppo dei disturbi da uso di sostanze che, a loro volta, possono essere in grado di produrre o slatentizzare quadri clinici riconducibili a disturbi mentali.

In sintesi, partendo dal fatto che le classificazioni internazionali (DSM IV e ICD 10) considerano il disturbo da abuso di sostanze psicotrope (compreso l'alcol) nella categoria dei disturbi mentali, si parla di doppia diagnosi quando in un soggetto “dipendente” viene riscontrato un altro disturbo mentale specifico (che risponda, cioè, ai criteri diagnostici indicati nelle classificazioni internazionali).

Le ricerche epidemiologiche disponibili sono numerose e, soprattutto nelle realtà anglosassone, rivelano la diffusione del fenomeno “doppia diagnosi” e la sua importanza come fattore prognosticamente negativo per il trattamento e per i suoi esiti. Se si sommano i disturbi psichiatrici maggiori e i disturbi di personalità la letteratura scientifica indica che poco meno del 50% dei pazienti tossicodipendenti sono affetti da comorbidità psichiatrica.

La comorbidità psichiatrica tra i tossicodipendenti del nostro paese mostra valori di prevalenza non dissimili da quelli registrati dalla comunità scientifica internazionale anche se tali risultanze sono limitate dalla bassa numerosità dei campioni indagati o dalla visione “puntiforme” del fenomeno che non si giova della possibilità di generalizzare il dato attraverso il confronto tra bacini di utenza diversi.

Ricerche epidemiologiche italiane, più o meno recenti, mostrano che circa il 30% dei soggetti in trattamento presso i Servizi per le Tossicodipendenze è affetto da disturbo psichiatrico maggiore (Asse I) e circa il 50% da disturbi della personalità (Asse II). Non raramente i disturbi da uso di sostanze, i disturbi di personalità e disturbi maggiori coesistono in forme di comorbidità multipla.

I dati sulla doppia diagnosi nei pazienti in trattamento presso i DSM, pur non potendo riferirsi ad evidenze quantitativamente significative, confermano l'incremento della prevalenza di pazienti primariamente psichiatrici (affetti da schizofrenia, disturbi dell'umore, PTSD, ADHD adulti) che si avvicinano alle sostanze. Inoltre pazienti gravi e dai “percorsi terapeutici” complessi (affetti da disturbi della personalità) divengono ancora più problematici a causa del concomitante disturbo da uso di sostanze. In particolare appare sempre più evidente che pazienti giovani affetti da disturbi psichiatrici sono fortemente a rischio per disturbo da uso di sostanze.

Tra i soggetti valutati presso le Comunità terapeutiche o presso gli Istituti penitenziari i tassi di prevalenza della “doppia diagnosi” sembrano ancora più rilevanti e indicano che, qualora si possa arrivare ad una stratificazione per tipologia di trattamento, la prevalenza di patologia psichiatrica diviene ancora più consistente.

3. Fattori di rischio ed evoluzione

I disturbi da uso di sostanze psicoattive si esprimono nel contesto clinico con una fenomenologia estremamente complessa e diversificata, condizionata dalle interazioni tra sostanza e organismo in un determinato contesto socio ambientale.

Ciò ha reso tali disturbi oggetto di studio e d'interesse da parte di aree scientifiche e culturali diverse, quali tra le altre, la neurobiologia, la farmacologia, la psichiatria, la psicologia e la sociologia. In tale dimensione le tossicodipendenze e le situazioni di comorbidità psichiatrica si collocano all'interno di un modello bio-psico-sociale, in cui molteplici fattori concorrono, in proporzioni e modalità differenti, all'instaurarsi e al mantenimento del fenomeno in modo dinamico.

In quest'ottica si inserisce quindi la nozione di “psicopatologia delle dipendenze” che si delinea proprio in funzione dei fattori biologici, psicologici e sociali che possono influire sulla storia naturale, sul decorso, sulla prognosi e sul trattamento del disturbo.

1) Tra i fattori biologici appare di particolare rilevanza il ruolo della vulnerabilità genetica, capace di influenzare significativamente il temperamento: un assetto temperamentale problematico può divenire, in associazione ad altri fattori di rischio ambientali, uno degli antecedenti essenziali per l'instaurarsi dei disturbi da uso di sostanze e dei disturbi psichiatrici concomitanti.

2) Tra i fattori psicologici non può essere trascurato il ruolo del carattere, dei tratti della personalità, in grado di costituire la base per l'emergere di forme di disagio psichico e sociale. Tale disagio si può esprimere in uno spettro di manifestazioni che vanno da condizioni sintomatiche aspecifiche a veri e propri disturbi mentali (disturbi dell'umore, disturbi d'ansia, disturbi psicotici e schizofrenia) fino ai disturbi della personalità. Sui fattori psicologici influiscono quindi in modo talvolta determinante gli eventi traumatici, le problematiche dell'attaccamento parentale, le forme di abuso emotivo, fisico e sessuale, le condizioni di negligenza e di abbandono.

3) Tra i fattori sociali si collocano condizioni di esposizione ambientale quali, ad esempio, l'appartenenza ad una famiglia multi-problematica, a un contesto di emarginazione sociale o a gruppi etnici svantaggiati, la disponibilità delle sostanze, le pressioni dei gruppi di coetanei.

La possibile interazione tra i fattori di rischio è comunque da interpretare alla luce di una condizione individuale, multifattoriale, suscettibile anche di forti variazioni secondo un concetto non deterministico.

Fattori biologici, psicologici e ambientali possono spiegare anche la comparsa di manifestazioni comorbili tra le dipendenze e i disturbi dell'umore, i disturbi d'ansia, i disturbi psicotici e la schizofrenia, conferendo un valore all'ipotesi dell'automedicazione, frequentemente citata in letteratura.

4. Assessment del paziente in “doppia diagnosi”

Implica una valutazione multidimensionale che definisca un profilo di gravità a partire dall'esame delle aree problematiche. L'assessment tende a superare la semplice categorizzazione diagnostica dei due disturbi, prendendo in considerazione il funzionamento psico-sociale, gli aspetti relazionali, i fattori di rischio individuali ed ambientali, secondo una dimensione temporale longitudinale. Tale valutazione si declina in funzione della compatibilità con un sistema di interventi adeguati ai bisogni terapeutici e riabilitativi del paziente, invertendo la tendenza attuale ad adattare le esigenze del paziente alle risorse disponibili. Questo indirizzo dovrebbe essere esteso a tutti i pazienti ma appare irrinunciabile per quelli in “doppia diagnosi” per i quali gli elementi di complessità impongono una maggiore articolazione e approfondimento del processo valutativo. La flessibilità clinica dovrebbe cioè governare qualsiasi scelta terapeutica, inducendo a rinunciare ad una rigidità concettuale e culturale che ha contribuito alla realizzazione di un modello di sostanziale omologazione diagnostica e terapeutica. Questo obiettivo deve prevedere uno standard formativo-professionale adeguato per i professionisti del pubblico e del privato, appropriato alle varie figure professionali. Devono essere condivise procedure e metodologie validate che permettano, tra l'altro, un linguaggio comune tra operatori del Ser.T. e del Dipartimento di Salute Mentale (DSM), delle Comunità Terapeutiche e delle strutture carcerarie.

L'approfondimento diagnostico si deve avvalere di strumenti clinici di base quali le interviste strutturate secondo le correnti nosografie psicopatologiche, dei test psico-diagnostici, dei test laboratoristici bio-umoral, strumentali e tossicologici, in un setting “dinamico” che permetta una osservazione personalizzata del paziente nel tempo. E' possibile che, in base alle necessità di valutazione di ciascun caso, si creino delle “equipe affidatarie” che coinvolgano gli operatori di diversi servizi specialistici e/o del privato sociale.

In particolare, lo screening psicopatologico dell'alcolista e del tossicodipendente richiedono l'integrazione della valutazione psichiatrica con quella internistica e neurologica.

L'assessment psicopatologico non può essere definitivo non può essere effettuato durante la crisi astinenziale, o nei giorni appena successivi alla disassuefazione, e può richiedere una osservazione del paziente in ambito residenziale.

In particolare, per i pazienti in doppia diagnosi, un'indagine anamnestica che tenga conto anche delle informazioni raccolte dai congiunti del paziente consente spesso un punto di vista più approfondito, proprio rispetto agli antecedenti problematici durante l'infanzia-adolescenza. Analogamente la valutazione diagnostica dei famigliari e delle dinamiche in famiglia costituiscono un notevole arricchimento della valutazione del paziente.

5. Evoluzione e integrazione dei servizi

Esiste nella prassi d'intervento dei Servizi per le Tossicodipendenze (SER.T), una modalità di condivisione e di discussione delle ipotesi diagnostiche prodotte dai singoli professionisti che consente quell'approccio multifattoriale tipico della disciplina delle farmacotossicodipendenze. La formulazione diagnostica si presenta come una sintesi "ragionata" delle conoscenze acquisite sui singoli casi dai diversi "tecnici" negli specifici settori disciplinari e si configura come l'ipotesi atta a guidare la pianificazione di un adeguato trattamento terapeutico. Proprio questa ottica capace di affrontare la complessità, tipica dei Ser.T. e delle Comunità, può orientare le modalità di intervento adatte ai pazienti in doppia diagnosi che dovrebbero prevedere una stretta collaborazione tra le risorse e le competenze del SER.T e della Comunità Terapeutica e quelle del Servizio di Salute Mentale. In una parte dei casi, esiste una zona di sovrapposizione di ambiti e specificità tra Servizi che rappresenta una possibile causa di problemi di appartenenza e di riferimento e da cui può scaturire una scarsa chiarezza dei limiti, delle responsabilità, degli obblighi istituzionali e del ruolo di collaborazione. Per svolgere il trattamento clinico-riabilitativo di soggetti con dipendenza da sostanze psicoattive e comorbidità psichiatrica è necessario individuare una definizione dei ruoli e delle funzioni dei Servizi coinvolti, misurandosi soprattutto con le situazioni cliniche che si collocano sulla linea di confine tra i due ambiti. Questo settore di intervento, particolarmente complesso in quanto comporta il coinvolgimento a diverso titolo e con diversa intensità assistenziale di più Servizi, apre problemi di tipo etico, tecnico e gestionale. Il primo è quello della titolarità della presa in carico di questi pazienti, con le responsabilità connesse all'attuazione dei percorsi terapeutico-assistenziali durante le diverse fasi del percorso di trattamento. La valutazione iniziale è fondamentale per la pianificazione del trattamento riabilitativo e per la definizione della sua intensità assistenziale; inoltre la valutazione deve essere mantenuta con periodicità significativa per tutta la durata del trattamento, in quanto è fondamentale per il management del singolo caso clinico.

In riferimento alla gravità del disturbo da cui il paziente è affetto, è possibile ipotizzare trattamenti di diversa intensità assistenziale, determinata dalla tipologia degli interventi e delle prestazioni rese dagli operatori delle équipe multi-professionali che vengono coinvolti.

I pazienti dipendenti da sostanze psicoattive con comorbidità psichiatrica più difficili e gravi presentano una maggiore complessità psicopatologica e sociale, una scarsa compliance terapeutica ed una debole alleanza con il terapeuta; frequentemente sono non collaborativi ed oppositivi; presentano un maggior rischio di abbandono precoce, frequenti ricadute, una maggiore difficoltà della gestione terapeutica, un maggior rischio di ricovero ospedaliero, di suicidio e di overdose, nonché di episodi etero-aggressivi. A tali caratteristiche occorre rispondere con un modello organizzativo basato su una integrazione culturale e gestionale delle strutture, a vario titolo coinvolte, che permetta lo sviluppo di Servizi di "trattamento integrato", caratterizzati dalla specializzazione nei due settori della dipendenza da sostanze psicoattive e del disturbo psichiatrico.

E' indispensabile garantire una facile accessibilità ed una effettiva capacità di erogare trattamenti diversificati, flessibili ed adeguati ai diversi bisogni dei pazienti caratterizzati da differenti psicopatologie concomitanti. Questa integrazione, attraverso lo sviluppo di una articolata esperienza clinica e di una adeguata riflessione teorica, permette una continuità della presa in carico complessiva di ciascun paziente, fattore importante per la compliance e per la prevenzione della ricaduta, sia nei comportamenti d' abuso che nei disturbi psichiatrici.

La responsabilità del trattamento, quando esiste un coinvolgimento di più Servizi, non può rimanere indefinita come nel caso della collaborazione generica secondo il modello della "consulenza esterna occasionale", ma dovrebbe almeno essere definita secondo il modello della "compartecipazione" (partecipazione strutturata del SER.T o del Servizio di Salute Mentale). In relazione alle caratteristiche del caso (dipendenza primaria e disturbo mentale secondario o viceversa), un Servizio se ne assume la responsabilità prevalente (case-manager) e ricopre quindi il ruolo di garante dello svolgimento del trattamento terapeutico-riabilitativo. Il Servizio responsabile è titolare delle cure e della gestione terapeutica e un clinico del Servizio stesso assume la funzione di manager del caso: il Servizio "consulente" è responsabile nel proprio ambito di com-

petenza relativo alla diagnosi e al trattamento, con un ruolo più limitato, subordinato alle indicazioni del Servizio responsabile. Questi ruoli e funzioni sono però complementari e possono essere ridefiniti anche in riferimento alla specifica situazione locale e alle risorse disponibili, come la presenza o meno dello psichiatra all'interno del SER.T

È necessario, pertanto, sviluppare una rete di servizi ambulatoriali, territoriali, semi-residenziali e residenziali, che possa salvaguardare la continuità assistenziale dei soggetti dipendenti da sostanze psicoattive con comorbidità, strutturando programmi terapeutico-riabilitativi fondati su una collaborazione permanente tra professionisti di diversi Servizi e di diverse realtà istituzionali.

L'equipe multidisciplinare coinvolta, guidata dal case-manager che ha in carico il paziente, provvede, sulla base delle necessità cliniche, a coinvolgere i servizi pubblici e privati necessari alla gestione del caso; sensibilizza la famiglia sulla necessità di cure integrate, valutando l'opportunità di intervento sulla famiglia stessa e sull'ambiente sociale di appartenenza; programma inoltre periodici incontri per la discussione dei casi e per verificare la realizzazione e l'andamento del progetto terapeutico-riabilitativo, intervenendo tempestivamente in caso di necessità (es. acuzie psichiatrica con possibile richiesta di ricovero presso il Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura - SPDC, abbandono del programma da parte del paziente).

Il trattamento diviene quindi una concertazione di differenti servizi e di differenti professionalità ed è opportuno che sia costituito da diverse fasi di intervento:

Accesso-Accoglienza-Diagnosi di 1° livello: il paziente in carico a uno dei due servizi (Ser.T-Comunità o DSM) riceve prestazioni finalizzate ad una prima valutazione multidisciplinare e ad un intervento sanitario ambulatoriale per le problematiche più urgenti. La valutazione di primo livello è lo strumento attraverso il quale viene definito, se necessario, il "grado" assistenziale del trattamento specialistico e la struttura che garantirà il case-management.

Stabilizzazione - Disassuefazione e Diagnosi di 2° livello: il paziente comorbile inserito in una struttura specialistica segue un percorso di disassuefazione dalle sostanze d'abuso e di stabilizzazione per favorire un compenso sufficiente per una valutazione accurata di secondo livello.

Trattamento Specialistico Primario Integrato di Prevenzione della Ricaduta: programma integrato socioriabilitativo, psicoterapeutico e farmacologico - a medio o lungo termine - semiresidenziale o residenziale, in coordinamento e collaborazione con il Sistema delle Dipendenze e della Salute Mentale.

Trattamento secondario di Reinserimento Protetto: moduli di inserimento lavorativo e di social-skills training che prevede un periodo breve-medio di ulteriore supporto finalizzato a sostenere una vita più autonoma possibile. Si noti che queste forme di reinserimento richiedono, per il paziente in doppia diagnosi, particolari forme di protezione, in particolare rispetto a dinamiche relazionali e condizioni di frustrazione che potrebbero favorire lo scompensamento.

Fine programma e Follow-up: la conclusione del progetto terapeutico-specialistico individualizzato viene gestita in accordo con il paziente, la famiglia, i Servizi invianti e la Struttura specialistica. La verifica dell'esito del percorso può essere garantita da un protocollo di valutazione clinica multidimensionale con questionari, scale di valutazione e indagini psicodiagnostiche e con tecniche strumentali, ai tempi prestabiliti (ad esempio 1°, 3°, 6°, 12°, 18°, 24°, 30° mese durante il trattamento specialistico).

Per impostare un trattamento riabilitativo per i pazienti con disturbi da uso di sostanze psicoattive e comorbidità psichiatrica, che sia efficace e rispondente ai bisogni complessi e ai vincoli relativi al rapporto costi-benefici, è necessaria una diagnosi accurata, non sempre facile, per la necessità di distinguere in fase acuta la comorbidità vera (disturbi psichiatrici primari) da quella indotta dall'uso delle sostanze psicoattive.

Per questi pazienti è necessario valutare la gravità, la cronicità e il grado di compromissione funzionale indotti sia dal disturbo da uso di sostanze psicoattive che dal disturbo psichiatrico, nonché le problematiche prodotte sinergicamente dai due disturbi assieme.

La valutazione clinica del paziente avviene, di norma, e con l'esclusione delle emergenze che richiedono immediato ricorso alle strutture di pronto soccorso, presso la sede abituale e di frequentazione del paziente.

Nei casi di emergenza-urgenza per i pazienti in "doppia diagnosi" se la eziologia è organica (tossica, infettiva, etc.) si rende necessaria, ai fini di un corretto assessment clinico, una fase preliminare di trattamento in ambito sanitario protetto (Reparto ospedaliero) con il supporto della consulenza psichiatrica, che riveste un ruolo fondamentale nella iniziale diagnosi differenziale e nella eventuale terapia sedativa. Nel caso la sintomatologia acuta dell'utente si riveli di ordine francamente psichiatrico, il trattamento dovrà avvenire in un Reparto Psichiatrico (SPDC= Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura o Clinica Psichiatrica) con attivazione

della consulenza del Ser.T.

Per attuare un valido percorso terapeutico-riabilitativo dei pz. in “doppia diagnosi” appare opportuno attivare protocolli operativi per interventi integrati tra le varie istituzioni di competenza (Sert, DSM e Servizi del privato-sociale), in modo tale da permettere anche un valido coordinamento con le altre strutture sanitarie (Medicina di Base, Reparti Internistici) e le altre istituzioni territoriali (Centri Diurni, Cooperative di lavoro, Istituti penitenziari) .

Con sempre maggiore evidenza si rivela necessaria, in particolare per i pazienti in doppia diagnosi più gravi, la costituzione di gruppi di lavoro trasversali, rispetto ai programmi di salute mentale e delle dipendenze patologiche, capaci di elaborare un progetto terapeutico individualizzato e di offrire una reale continuità agli interventi terapeutici. Se per i casi meno gravi, con maggiore motivazione e migliore aderenza al programma terapeutico, con un ambiente familiare meglio strutturato e con un grado di socializzazione meno compromesso è prevedibile un percorso terapeutico ambulatoriale gestito direttamente dal Sert o dal DSM in collaborazione, questo non sembra ottenere risultati per i pazienti in cui la comorbidità ha prodotto problematiche cliniche più impegnative.

Per questi pazienti gravi una equipe unitaria, formata dai due servizi di riferimento, disponibile permanentemente, in un setting appropriato, dovrebbe gestire il programma in modo che al paziente vengano proposti tutti gli interventi nello stesso luogo e da parte degli stessi interlocutori. La terapia farmacologica per i disturbi addittivi e quella finalizzata al trattamento dei disturbi psichiatrici devono essere somministrate nello stesso luogo. Gli interventi psicosociali devono attuarsi in un ambito adiacente a quello degli interventi farmacologici. Questi pazienti non possono essere visitati da uno psichiatra differente ogni settimana, di turno per la consulenza; non possono assumere il metadone, la buprenorfina o il naltrexone nell'ambulatorio del Ser.T. e dover raggiungere un quartiere diverso della città per partecipare alla terapia di gruppo e assumere gli antidepressivi o i neurolettici; nemmeno devono trovarsi a trascorrere lunghe ore nella sala d'attesa con gli altri pazienti non affetti da disturbi psichiatrici.

Per i casi ancora più gravi è opportuno attivare un percorso terapeutico residenziale che abbia una “forte” connotazione di tipo psichiatrico: la dimensione relazionale ed umana, educativa e vocazionale della Comunità terapeutica deve essere associata per questi casi ad interventi psichiatrici specialistici, con competenze professionali presenti stabilmente nelle strutture.

6. Formazione di base e formazione permanente dei professionisti dei Servizi

Quanto detto si traduce in forti e diversificate esigenze formative per i professionisti che nel loro specifico ambito si occupano di tossicodipendenza con concomitanti disturbi psichiatrici. In particolare, tali esigenze formative non riguardano solo aspetti contenutistici inerenti la diagnosi e il trattamento di queste complesse forme di disturbo mentale, ma anche e soprattutto competenze relazionali, emozionali, organizzative, strategiche e creative.

L'università.

Le scuole di specializzazione in psichiatria dovrebbero dare maggiore enfasi al proprio piano di studi e di addestramento professionalizzante nell'area delle tossicodipendenze. Allo stesso modo, le scuole di tossicologia clinica dovrebbero garantire elementi formativi nell'ambito psichiatrico. I corsi di laurea in psicologia, quelli per educatore professionale, quelli per assistente sociale e infermiere professionale dovrebbero essere arricchiti con elementi inerenti la comorbidità psichiatrica.

A loro volta, i master e i corsi post-laurea per la medicina delle tossicodipendenti dovrebbero considerare questo ambito così impegnativo della doppia diagnosi, fornendo qualificazione ai professionisti già operanti sul campo.

In Italia potrebbero essere avviate esperienze innovative rese possibili dall'autonomia del singolo Ateneo, soprattutto nelle Facoltà di Medicina, Psicologia o Scienze della Formazione. A questo proposito, raggruppamenti di scuole di specializzazione in psichiatria potrebbero costituire un biennio ad orientamento specifico per l'approccio clinico ai disturbi psichiatrici che si presentano assieme con i disturbi da uso di sostanze.

Formazione permanente

Cogliere il continuo divenire della realtà delle tossicodipendenze porta in primo piano l'esigenza della formazione continua. I professionisti dei Servizi per le dipendenze, sia pubblici che privati, necessitano di conoscenze e competenze sempre nuove rispetto al cambiamento della natura dei disturbi e alle continue trasformazioni gestionali, organizzative, strategiche delle strutture e dei servizi sociosanitari. A tali esigenze, nell'ambito della preparazione ad affrontare i disturbi psichiatrici concomitanti, occorre corrispondere in modo specifico e permanente, offrendo occasioni di formazione capillari per raggiungere chi da molto tempo è

impegnato nel lavoro terapeutico-riabilitativo.

7. Valutazione dell'efficacia

La valutazione dell'efficacia del trattamento per i pazienti con disturbo da uso di sostanze affetti da concomitanti psicopatologie diverse dalla dipendenza richiede un approccio piu' complesso rispetto alle modalita' normalmente utilizzate nel settore delle dipendenze.

Se gli indicatori di efficacia utilizzati nel corso del trattamento e quelli per valutare l'outcome a distanza comprendono routinariamente gli elementi relativi alla ritenzione in trattamento, al monitoraggio delle urine, alla qualita' della vita e alla possibile propensione a commettere reati, la valutazione dell'efficacia del trattamento per i pazienti in doppia diagnosi deve includere la misurazione dei cambiamenti dei sintomi psichiatrici, l'eventuale riduzione dei livelli di impulsivita', il controllo dell'aggressivita' auto- ed etero diretta, nonche' l'incremento dei livelli di socializzazione.

Un approccio piu' approfondito puo' valutare le possibili relazioni tra il miglioramento dei sintomi psichiatrici e quelli inerenti i disturbi addittivi. Particolari indici possono essere utilizzati per verificare quanto la riduzione del craving e il minor ricorso alle sostanze illegali (urine negative) siano correlati ai cambiamenti dei sintomi psichiatrici valutati mediante scale psicometriche o osservazioni cliniche strutturate.

In aggiunta, l'efficacia degli strumenti farmacologici puo' essere valutata in modo disgiunto oppure sinergico, tenendo conto delle possibili interferenze reciproche dei farmaci utilizzati per i due disturbi concomitanti. Ad esempio i pazienti che interrompono l'assunzione dell'eroina grazie al trattamento con agonisti o antagonisti oppioidi possono mostrare alla valutazione un miglioramento dei disturbi depressivi prodotto dalla terapia mirata al trattamento dei disturbi addittivi. D'altro lato, i pazienti tossicodipendenti depressi trattati con antidepressivi, al fine di ridurre il rischio di suicidio, possono riferire un miglioramento del controllo degli impulsi per la sostanza d'abuso. Tali vantaggi reciproci, quando presenti, consentono anche il perfezionamento della diagnosi mediante criteri *ex iuvantibus*.

L'incremento della ritenzione in trattamento, la riduzione dell'assunzione delle sostanze illegali, il miglioramento della qualita' della vita e dei sintomi psichiatrici possono essere l'esito misurabile dell'associazione di piu' strumenti di intervento, farmacologici e psicosociali.

PREVENZIONE, COMUNICAZIONE SOCIALE E FORMAZIONE

1. PREVENIRE GLI ABUSI E LE DIPENDENZE PATOLOGICHE

1.1 Premessa

Il contatto tra l'uomo e le sostanze attive sul sistema nervoso centrale e capaci di interazione e modificazione nei comportamenti umani si può realizzare nelle forme del semplice consumo, dell'uso, dell'abuso e della dipendenza. Si tratta di situazioni apparentemente simili, classificate almeno in parte nel Dsm IV (l'abuso e la dipendenza), spesso considerate come fasi di un unico processo al culmine del quale si produce la dipendenza patologica.

Ciò appartiene probabilmente ed almeno parzialmente alla verità anche se al criterio processuale temporale sembra sfuggire una importante quota di popolazione che rimane nella condizione di un uso delle sostanze saltuario e talora perdurante per anni in queste modalità, salvo cadute verticali in periodi esistenziali particolarmente critici per la persona.

Questa quota di popolazione spesso appartenente a tipologie di consumi e a fasce di età assai diverse da quelle nelle quali il fenomeno sembra assumere un carattere endemico o epidemico (adolescenza e prima giovinezza) sfugge tuttora ad ogni rilevazione e quindi agli attuali interventi di trattamento e prevenzione e può essere catalogata come la categoria dei "consumatori". Per prevenire occorre quindi anzitutto un riequilibrio nell'attenzione differenziata da dedicare alle due popolazioni dei consumatori e dei dipendenti.

Alla popolazione dei consumatori andrebbero dedicati maggiori studi e ricerche oltre che particolari modalità di intervento nell'ambito della prevenzione.

La popolazione alla quale si fa invece più riferimento per la determinazione di tattiche, strategie ed interventi preventivi è quella delle persone patologicamente dipendenti. Da questa popolazione si ricavano di solito i criteri ispirativi delle attività preventive dirette alle fasce di età ed ai soggetti sociali di solito più frequentemente e più direttamente o indirettamente coinvolti nel fenomeno delle dipendenze e cioè agli adolescenti, ai giovani e alle famiglie.

Studi, ricerche ed interventi di almeno un ventennio nel nostro Paese ed in tutto il mondo hanno cercato di individuare origini e cause del consumo di droghe ed alcool sulla base di varie ipotesi eziologiche di tipo biogenetico, sociologico, psicologico, educativo.

Nessuno di questi fattori si è rilevato capace da solo di determinare lo sviluppo di una dipendenza patologica ma è emersa con molta evidenza una pluricausalità sia pure con una prevalenza di fattori di volta in volta e di caso in caso di diverso tipo.

La multideterminazione e la pluralità dei rischi ha così condotto alla evidenziazione di fattori di rischio i quali però sono da considerare sempre nell'area delle probabilità e non nella certezza della realizzazione del rischio.

Tale considerazione ha condotto anche alla necessità di individuare fattori che al contrario possono ostacolare o impedire la nascita e/o lo sviluppo e la realizzazione del rischio. Essi sono stati definiti come fattori protettivi.

Una prevenzione scientificamente fondata dovrà necessariamente considerare gli uni e gli altri e soprattutto la interazione tra di essi.

Ciò deve avvenire nella certezza che il rischio fa parte di molte condizioni di esistenza dell'uomo e soprattutto dell'età evolutiva nella quale con grande prevalenza sembra manifestarsi l'inizio di manifestazioni varie di dipendenza patologica.

Una strategia efficace di prevenzione degli abusi e delle dipendenze può essere fondata sulla prevenzione dei rischi e sulla promozione e lo sviluppo dei fattori protettivi.

Nell'attuale fenomeno degli abusi e delle dipendenze da sostanze psicotrope l'età dello svincolo, la preadolescenza e l'adolescenza sembrano essere il crocevia nel quale fattori di rischio e di protezione che talora hanno agito sin dall'infanzia si realizzano in comportamenti che conducono il soggetto alla indipendenza ed all'autonomia o ad una delle attuali forme più comuni di dipendenza patologica.

Tra queste la nostra attenzione non potrà fare a meno di sottolineare che sempre più frequentemente ed in modo integrato alle dipendenze da sostanze d'abuso oggi si realizzano altre forme di comportamenti patologici compulsivi e dipendenti che riguardano il cibo, la sessualità, internet, gli acquisti, il gioco d'azzardo ecc. La lettura preliminare di interessanti dati epidemiologici riferiti all'atteggiamento ed al comportamento dei minori e degli adolescenti italiani nei confronti delle sostanze psicotrope capaci di indurre dipendenza ci aiuterà nel tentativo di definire le strade della prevenzione di questi abusi e di queste dipendenze

1.2 I dati epidemiologici sul rischio di droghe ed alcool tra gli adolescenti

1.2.1 L'indagine ESPAD

Il Progetto ESPAD (The european school survey project on alcohol and other drugs) promosso e coordinato dal Consiglio Svedese per l'informazione sull'Alcool e altre Droghe (CAN), in collaborazione col "Gruppo Pompidou", organismo del Consiglio d'Europa permette di comparare l'uso di alcool e droga nella popolazione studentesca di diversi paesi. L'analisi di queste tendenze può fornire informazioni sulla portata del rischio tra gli studenti adolescenti.

Dal 1995 lo studio viene condotto contemporaneamente in 30 paesi europei ogni 4 anni.

In Italia si è scelto dal 1999 ad oggi di ripetere lo studio ogni anno, ed anche, diversamente dalla rilevazione europea che si limita ai sedicenni, di estendere lo studio alla popolazione studentesca da 15 a 19 anni. I risultati dell'indagine ESPAD articolati nel quadriennio 2000-2004 e le elaborazioni riportate sono relative alle opinioni e agli atteggiamenti degli studenti rispetto alle sostanze, all'età di primo contatto, all'esperienza d'uso delle sostanze che essi hanno in generale nella vita (lifetime), negli ultimi 12 mesi e negli ultimi 30 giorni.

1.2.2 Tolleranza e percezione del rischio in rapporto alle varie droghe (2000-2004)

Per ciò che riguarda l'alcool ed i comportamenti d'abuso si evidenzia nel periodo in esame una crescente tolleranza; all'aumento di tolleranza verso il consumo esagerato di bevande alcoliche corrisponde una diminuzione relativa della percezione del rischio. Restano comunque in maggioranza, anche se in diminuzione, coloro che percepiscono a rischio il bere più di 4 o 5 bicchieri di vino ogni giorno.

La percezione del rischio dell'uso di sostanze illegali nel 2004 costituisce un freno minore per il consumo delle stesse rispetto a quello che avveniva nel 2000.

Questo è particolarmente vero per la cannabis e per la cocaina sostanza quest'ultima per la quale nel 2004 risultano più numerosi gli studenti che la assumono percependo il rischio per la propria salute che gli studenti che ne fanno uso non percependo il rischio

1.2.3 L'iniziazione alle droghe. La Cannabis come droga di ingresso ?

La cannabis sembra costituire un consumo fenomenologicamente correlato in taluni casi allo sviluppo di successive e più gravi forme di dipendenza patologica.

Ciò sembra avvenire in un numero molto limitato di casi laddove il suo consumo è congiunto ad altri fattori di contesto micro e macrosociale e senza che quindi sia stata individuata o si possa individuare una meccanica corrispondenza eziologica del tipo causa-effetto in relazione allo sviluppo di altre forme di dipendenza patologica da sostanze d'abuso.

La popolazione giovanile è particolarmente vulnerabile agli effetti negativi della cannabis.

Quella che viene fumata oggi è molto più potente. Grazie ad innovazioni nelle tecniche di coltivazione si è passati, in 20-30 anni, da prodotti contenenti al massimo l'1-2% di principio attivo a particolari specie di piante contenenti oggi anche fino al 20% di THC.

È peraltro sottolineato che un rischio significativo prodotto dal consumo di cannabis in soggetti probabilmente predisposti è costituito dallo sviluppo di patologie psichiatriche di tipo psicotico o caratterizzate da disturbi dell'umore e che quindi la prevenzione di tale consumo deve essere collocata a cavallo tra gli interventi di prevenzione nella dipendenza patologica e quelli dedicati alla prevenzione nella salute mentale in senso più lato.

L'uso di cannabis è presente praticamente nella totalità di coloro che dichiarano di aver assunto sostanze.

Mentre tra "Cannabis SI" ci sono tanti ragazzi che non usano altro, tra coloro che usano sostanze in pratica molti fanno uso o hanno fatto uso anche di cannabis.

Di conseguenza, si può presumere che il fumo di cannabis abbia rappresentato per questi ultimi ragazzi un primo passo verso l'esperienza di altre sostanze.

1.2.4 L'esperienza del consumo almeno una volta nella vita (2000-2004)

I dati relativi a chi ha riferito di aver fatto uso almeno una volta nella vita delle sostanze d'abuso rilevano un trend in crescita per ciò che riguarda le esperienze di intossicazione alcolica

Per la cannabis il 32% degli studenti intervistati dichiara tale consumo e tra il 2000 ed il 2004 si nota un incremento generalizzato che diventa particolarmente significativo per i 19enni. L'incremento riguarda soprattutto i maschi con un rischio di farne uso superiore di una volta e mezzo rispetto alle femmine.

In aumento anche il consumo riferito di cocaina riferito al 4,8% degli studenti ed anch'esso particolarmente registrato tra i 19enni. I consumatori sono soprattutto maschi ma per la cocaina si nota anche una contro-tendenza. Difatti l'incremento di tale consumo in tale periodo e nella fascia dei 19enni è superiore per le femmine rispetto ai maschi.

Almeno per cannabis e cocaina dunque la tradizionale maggioranza dei maschi tra i soggetti coinvolti sembra ridursi fortemente ed in qualche caso addirittura invertirsi perlomeno nel trend di crescita dei consumi.

L'eroina sembra invece aver perso molto del suo potere attrattivo e gli studenti che riferiscono tale uso passano dal 4% al 2%. I consumatori sono soprattutto maschi e qui la fascia di età più implicata sembra quella dei 17enni.

In controtendenza rispetto alla popolazione generale, tra gli studenti diminuisce anche tale consumo di amfetamino derivati. Ciò avviene in modo più limitato per la fascia dei 19enni.

Aumenta invece l'uso di allucinogeni soprattutto tra i maschi e tra i 18-19enni.

Infine il 10% degli studenti intervistati riferisce tale uso nella condizione del policonsumo. Tra questi il 97% sono consumatori di cannabis e l'associazione riguarda per il 65% il binomio cannabis-cocaina per il 14% cannabis ed amfetamine per il 9% cannabis ed allucinogeni e per il 3% cannabis ed eroina.

Se si considera poi una situazione ancora più grave e cioè l'associazione di tre o più sostanze cannabis, cocaina ed amfetamine interessano il 22% dei soggetti, cannabis, cocaina ed allucinogeni il 7%, cannabis, amfetamine e allucinogeni il 4%, cannabis, eroina ed amfetamine l'1%. E da sottolineare che come si può desumere da importanti studi clinico epidemiologici italiani ed internazionali fra le varie modalità di consumo il policonsumo sembra più spesso associato allo sviluppo di patologie psichiatriche concomitanti (comorbidità psichiatrica).

I dati rilevati ci dicono della prevalenza ampia dei consumi di cannabis come prima sostanza d'abuso e della ormai rapida sostituzione della eroina con la cocaina per quel che concerne la seconda sostanza d'abuso primaria.

Va peraltro detto che l'evoluzione di questi consumi è tutt'altro che già definita e soltanto una osservazione attenta e longitudinale potrà dirci se essi rimarranno concentrati su queste sostanze o, com'è più probabile, mostreranno nel tempo nuovi viraggi (ad es. cocaina versus eroina ...)

Resta evidente il fatto che l'ampio consumo della cannabis si struttura in un'età delicatissima per la crescita della persona (l'adolescenza) ed interferisce certamente con lo sviluppo socio emozionale degli adolescenti potendo provocare disfunzioni cognitive, della memoria, dell'apprendimento e slatentizzare situazioni psichiatricamente significative in soggetti predisposti e più vulnerabili.

Il sostituirsi prima lento ed ora rapido della eroina con la cocaina infine indica l'evidente nuovo significato attribuito dai consumatori alle sostanze. Si passa così dalla ricerca di anestesia e collocamento rispetto a tempo e spazio alla ricerca delle stimolazioni e quindi di una iperpresenza efficientista nello spazio, nel tempo e nelle relazioni che possa essere garantita alle persone che ne fanno uso anche da protesi chimiche quali possono essere considerate le sostanze d'abuso.

Ovviamente gli esiti immediati, e successivi ed indiretti di questi consumi in questa fragile età sono tutti da documentare con apposite attività di ricerca scientifica.

1.2.5 L'età della prima assunzione e la relazione tra il consumo di sostanze d'abuso legali ed illegali (2000-2004)

Rispetto alle sostanze illegali il primo contatto avviene frequentemente entro i 15-16 anni e qualche volta anche prima a partire soprattutto per la cannabis dai 12 anni in poi.

Si evidenzia per la popolazione dei giovani scolarizzati fra i 15 ed i 19 anni di età anche un contatto precoce e consistente con l'alcol.

Nel 2004, nella popolazione generale e tra coloro che hanno fumato sigarette nell'ultimo mese il 60% dei soggetti riferisce di aver usato almeno una volta negli ultimi 12 mesi sostanze illegali. Tra coloro che si sono ubriacati almeno una volta nell'ultimo mese il 61% riferisce di aver usato almeno una volta negli ultimi 12 mesi sostanze illegali.

Se si considera l'uso di sostanze illegali una o più volte nella vita le percentuali diventano del 73% per i fuma-

tori e del 69% per coloro che si sono ubriacati .

Tra gli studenti di Espad il 70 %di coloro che si sono ubriacati ed il 73% dei fumatori riferiscono di aver fatto uso nella vita almeno una volta di sostanze d'abuso illegali

1.2.6 Uso di droghe e scolarizzazione (2004)

La disponibilità a provare droghe è minore allorché cresce il profitto scolastico mentre si registra una prevalenza doppia dell'uso di sostanze illegali tra gli studenti con difficoltà nell'ambito dell'apprendimento rispetto a quelli con elevato rendimento scolastico .Inoltre si osserva una probabilità di assumere sostanze illecite due volte e mezza superiore negli studenti che riferiscono una diminuzione recente del rendimento scolastico Anche i dati sulla scolarità dei genitori sembrano di particolare interesse .Genitori con elevata scolarità sembrano aver figli con miglior rendimento scolastico e con minore esposizione alle sostanze .

Peraltro invece i genitori con elevata scolarità che hanno figli con insuccessi scolastici vedono i figli più esposti alle sostanze di quanto non avvenga per i figli con insuccesso scolastico di genitori con bassa scolarità .

1.2.7 Il rischio tra gli studenti scolarizzati e non scolarizzati

Se si confrontano nella popolazione giovanile (15-24 anni)i soggetti che frequentano la scuola o l'Università con i coetanei che hanno lasciato la scuola o sono già inseriti nel lavoro(secondo lo studio IPSAD) si evidenzia un maggior rischio (fino anche al 50% in più) tra coloro che abbandonano precocemente la scuola rispetto ai soggetti scolarizzati .Soltanto per la cannabis questa differenza si attenua a conferma della bassa percezione del rischio dell'uso di questa sostanza tra gli adolescenti .

1.2.8 Famiglia e droghe

Gli studenti che riferiscono l'assenza di un controllo costante da parte dei genitori hanno un rischio di contatto con le sostanze d'abuso illegali due volte e mezzo superiore rispetto ai coetanei più controllati dalle famiglie .Il dialogo ,la buona comunicazione ,la possibilità di esprimere emozioni ed empatia sono fattori protettivi quando si associano a supervisione e controllo .

La presenza in famiglia di un membro (in particolare ciò sembra essere più valido per le figure fraterne) che usa sostanze d'abuso illegali o legali può essere , secondo la letteratura scientifica, un fattore di rischio per gli altri membri della famiglia soprattutto per quelli di loro che sono adolescenti .

L'Espad 2004 riferisce un rischio di uso di sostanze illecite tre volte superiore rispetto ai coetanei per gli adolescenti che hanno membri della famiglia in particolare fratelli che usano sostanze illecite .

Nella famiglia e nel sociale i giovani studenti consumatori di droghe sviluppano comportamenti aggressivi in una percentuale tre volte superiore rispetto ai coetanei .Questo rischio varia in relazione alla tipologia di sostanza usata .Per la cannabis il rischio è due volte superiore ,per la cocaina esso è otto volte superiore e per le amfetamine è dieci volte superiore .D'altra parte occorre riflettere e fare ricerca sul carattere primario o secondario di questi comportamenti aggressivi (nascono dalle sostanze o personalità più disturbate usano sostanze o ancora i due fattori agiscono come concause?)

1.2.9 Consumo di sostanze tra i militari

Gli accertamenti tossicologici vengono eseguiti in alcuni casi per controlli tossicologici obbligatori ed in altri su base campionaria casuale .I soggetti risultati positivi a tali accertamenti (1%) appartengono per il 96% a militari di leva ed ausiliari-volontari e per il 4% al personale in servizio effettivo permanente ed ai civili

.La cannabis è la sostanza regina (88% dei positivi) Essa viene usata una volta a settimana o meno nel 45% dei casi ,occasionalmente nel 34% ,e più volte a settimana nel 21% dei casi .

Il 62% dei positivi ha un'istruzione di livello inferiore il 44% è operaio ,il 20 % è disoccupato

Anche qui diminuisce l'uso di oppiacei ed aumenta quello di cannabinoidi

1.3 I dati epidemiologici relativi agli adolescenti ed ai giovani adulti già dipendenti da sostanze d'abuso. La domanda di trattamento 2004

Dalla relazione annuale al Parlamento si possono ricavare i dati relativi alla domanda di trattamento, per i soggetti compresi tra i 15 ed i 24 anni di età .

Per gli oppiacei essi costituiscono il 10% per i maschi ed il 16 % per le femmine ,per i cannabinoidi il 50%

delle femmine ed il 48% dei maschi ,per la cocaina il 20% dei maschi ed il 19% delle femmine ,per le amfetamine il 55 % delle femmine ed il 41 % dei maschi, per l'alcol il 8 % dei maschi ed il 3 % delle femmine . Tra i soggetti in trattamento l'età d'inizio per la cocaina si colloca per oltre il 50 % dei casi tra gli undici ed i diciotto anni e per l'eroina per oltre l'85% tra i dodici ed i diciotto anni .

Va peraltro sottolineato che tali percentuali si riferiscono ai consumatori che si rivolgono ai Sert i quali sono attualmente connotati per il prevalere di una popolazione che vi accede costituita in prevalenza da cronici dipendenti da oppiacei

1.4 Adolescenti, droghe e giustizia

1.4.1 Adolescenti e servizi della giustizia minorile 2000-2004

Nel 2004 il dipartimento giustizia minorile del ministero della giustizia rileva che i giovani (fino a 18 anni) facenti uso di sostanze stupefacenti, venuti a contatto con i diversi servizi della giustizia minorile sono 1032 e costituiscono il 14 % dei minori dei Centri di prima accoglienza ,il 2 % dei minori accolti presso gli Uffici di servizio sociale per i minorenni il 18% dei minori delle Comunità terapeutiche il 20% dei minori degli Istituti di pena Il 27 % sono stranieri (e tra essi prevalgono gli extracomunitari ed il gruppo magrebino) ,il 96 % sono maschi , e l'82% hanno un'età compresa tra i 14 ed i 17 anni . L'80% di questi minori consuma cannabis il 9% cocaina ,l'8%cannabinoidi ,il 21 % associa cannabis e cocaina .Anche in questa popolazione cala il consumo di oppiacei ed aumenta quello di cannabinoidi

E' da rilevare che il dato dei minori che fanno uso di sostanze o ne dipendono è probabilmente sottostimato poiché i minori entrano nel circuito della giustizia per motivi diversi pur essendo spesso consumatori di droghe e che rispetto a questo dato tanto loro che le loro famiglie rimangono spesso reticenti . Sarebbe pertanto opportuno rafforzare il sistema di rilevazione della giustizia minorile soprattutto per questa fascia della popolazione minorile che giunge alla sua attenzione poiché l'abuso e la dipendenza da droghe contribuiscono in modo non piccolo alla "carriera" antisociale successiva che spesso caratterizza le storie di vita di coloro che giungono all'attenzione della giustizia ..

1.4.2 Segnalazioni ex art. 75 Dpr 309/ 90 (2000-2004)

I giovani di età compresa tra i 15 ed i 24 anni di età segnalati nel corso del 2004 risultano essere 114511. Essi sono stati trovati in possesso di cannabis per l'88% dei casi ,per il 5 %di cocaina ,per il 3% di eroina ,per l'1% di di amfetamine ,sotto l'1% per gli allucinogeni .

Nel periodo citato decrescono cannabis ed eroina ed aumenta la cocaina . I dati sono da considerarsi come indicativi del sommerso che parzialmente emerge a seguito dei controlli delle FF.OO. Particolarmente indicativo è il rapporto tra casi segnalati per questa fascia di età e casi avviati piu volte al trattamento (oltre il 50%

1.5 Fattori di rischio e di protezione dalle droghe .Studi internazionali

Per cercare di chiarire quali siano le variabili che, nel corso di tutta l'adolescenza, possono favorire o impedire l'uso di droghe sono necessari studi prospettici, che seguano i bambini e gli adolescenti per diversi decenni. I risultati finali di alcuni di questi studi realizzati soprattutto nei paesi anglosassoni dimostrano come dalla prima elementare o anche prima i bambini mostrino dei tratti temperamentali e dei comportamenti che sono potenti indicatori della loro inclinazione all'uso ed abuso di droghe nell'adolescenza e nell'età adulta.

Recenti elaborazioni dei dati delle ricerche hanno consentito non solo di individuare significativi fattori di rischio ma anche fattori che proteggono dall'uso di sostanze sin dalla prima adolescenza.

Gli studi fanno rilevare come sia errato concentrare la nostra attenzione solo sugli adolescenti a rischio senza occuparci di quelli che non hanno mai avuto problemi di droga perché anche loro possono insegnarci qualcosa di altrettanto importante.

Tra i fattori di rischio sono stati individuati almeno quattro fattori endogeni come l'introversione-timidezza , l'aggressività-irritabilità e l'ipertimia (La timidezza e l'aggressività sono sintomi di uno scarso adattamento sociale e come tali vanno del tutto distinti dall'ansia e della depressione), la tendenza alla ribellione e l'appartenenza al sesso maschile (in cui questi modi comportamentali sono piu accettati come normali) . Fattori di rischio esterni all'adolescente sono considerati nella famiglia e nel gruppo sociale di appartenenza l'uso di sostanze, la povertà,la fragilità della presenza e supervisione genitoriale , i comportamenti illegali . I fattori protettivi endogeni sono principalmente costituiti da una certa stabilità dell'umore ed un buon controllo dell'impulsività mentre tra i fattori protettivi esogeni sono importanti i solidi legami affettivi familiari fondati su significativi legami di attaccamento, i contesti ambientali dove le regole antidroga siano un fattore universal-

mente condiviso e dove si possano realizzare significative relazioni le buone competenze ed i buoni risultati scolastici, l'impegno in attività dopo- scuola che puntino a sviluppare il potenziale umano, la dedizione all'impegno sociale e religioso .

1.6 Le differenze tra maschi e femmine

La contemporanea presenza di sintomi attribuiti sia all'aggressività che alla timidezza e l'ipertimia sembrano conferire il massimo rischio rispetto alla presenza di uno dei due fattori singolarmente. L'aggressività nei maschi è spesso associata con l'incapacità a mantenere la concentrazione per periodi sufficienti a svolgere con profitto i compiti scolastici. Nelle femmine la situazione sembrerebbe completamente diversa, né l'aggressività, né la timidezza né tantomeno problemi di concentrazione avrebbero alcuna relazione con la tendenza ad usare droghe in un secondo momento. Queste differenze di genere (maschile o femminile) devono essere tenute in grande considerazione e non escluse a priori come si tendeva a fare in passato. Le aspettative materne e la salute psichica della madre sono i fattori protettivi più validi contro l'abuso di sostanze nelle ragazze . Le ragazze con solidi rapporti affettivi all'interno della famiglia tendono ad usare meno sostanze di quelle che provengono da famiglie in crisi, ma la stessa situazione non è valida per i loro fratelli per i quali l'aggressività rimane uno dei comportamenti predittivi più importanti dell'abuso di sostanze soprattutto di tipo stimolante

1.7 Ciò che possono fare i genitori per proteggere gli adolescenti dal rischio di alcool e droghe

Gli studi scientifici internazionali hanno evidenziato il ruolo della famiglia e delle figure genitoriali nello sviluppo di fattori protettivi nei loro figli contro il rischio di uso abuso e dipendenza dalle droghe e dall'alcool . I genitori possono utilizzare le informazioni sul rischio e sui fattori di protezione per aiutare i figli a sviluppare azioni preventive positive (per esempio parlare della convivenza familiare e delle sue regole) prima che i problemi abbiano modo di manifestarsi .

In questo i genitori possono essere attenti ed autocritici osservatori della propria famiglia e della crescita dei propri figli

L'aggressività nei primi anni se combinata con la sociopatia della famiglia d'origine e l'uso di droghe nel gruppo di coetanei frequentati è altamente predittiva di comportamenti d'abuso.

Un temperamento relativamente stabile e l'astensione dalle droghe nella prima adolescenza in combinazione con una stabilità familiare e la presenza di comportamenti socialmente adeguati è la combinazione più favorevole per una successiva astensione dalle sostanze d'abuso.

L'uso di alcool o droghe nei genitori aumenta la frequenza dell'uso delle stesse sostanze anche nei loro figli.

I fattori protettivi che i genitori possono sviluppare sono: la tendenza ad avere delle mete da raggiungere, l'impegno sociale o religioso, le solide relazioni familiari e la aspirazione a diventare qualcuno od avere dei modelli di riferimento. I genitori possono essere attenti a sostenere i figli perché ottengano buoni risultati scolastici, perché essi abbiano buoni rapporti con i propri fratelli e sorelle, ed occupino la giornata in attività dopo-scuola mirate a sviluppare il potenziale umano. Molti di questi ragazzi non solo non usano droghe ma diventano persone di successo

In alcuni studi longitudinali americani è stato osservato che nel 90% dei casi la progressione nell'uso di sostanze è stata la seguente: astinenza, alcool, tabacco, marijuana e droghe pesanti. L'uso più elevato di sostanze avviene tra i 13 ed i 14 anni quando gli adolescenti passano dalla scuola media alla scuola superiore.

L'uso di sostanze da parte dei genitori compreso il tabacco è, anche in questo caso, uno dei fattori di rischio associato con l'uso di droghe nei figli.

Il comportamento dei padri bevitori sembra avere un impatto negativo sia sui figli maschi che sulle femmine, maggiore rispetto a quello delle madri bevitrici il cui cattivo esempio vale solo sui figli nella primissima adolescenza e forse in età ancora minori

Genitori che fumano e bevono aumentano nei loro figli il rischio di abuso non solo di tabacco ed alcool ma anche di altre sostanze illecite.

Conflitti distruttivi all'interno della famiglia e la scarsa capacità di confrontarsi e risolvere i problemi di tutti i giorni in un clima anche conflittuale ma costruttivo sono associati con un netto aumento del rischio di abusare droghe ed alcool nei ragazzi che hanno difficoltà nel rapporto con i loro genitori e/o nell'affrontare i momenti di crisi.

La scarsa coesione familiare e l'uso di sostanze tra gli amici più cari è predittivo dei livelli (tipo e ostacolo) iniziali dell'abuso di droghe. Una buona relazione familiare può rappresentare un ottimo ostacolo contro la tendenza dei giovani tra i 13 ed i 23 anni a sperimentare le sostanze anche sotto l'influenza di amici tossicodi-

pendenti.

La pressione ad usare sostanze d'abuso è viceversa molto più forte e pericolosa nella prima infanzia, tanto da suggerire, in un'opera di prevenzione efficace, controlli sui gruppi di coetanei sin dai primi anni di vita sociale.

1.8 Il contributo degli educatori e della comunità alla costruzione di fattori protettivi

E difficile pensare che un disturbo che nasce nell'adolescenza o nell'età giovanile non abbia spesso i suoi precursori nelle storie infantili e preadolescenziali delle persone che ne soffrono.

La corrente sottovalutazione dei disturbi infantili e la separatezza degli educatori e dei terapeuti e dei servizi educativi e sanitari che operano nell'infanzia e nell'adolescenza e nella gioventù costituisce un fattore favorente il lento strutturarsi di sintomi e disturbi che poi appaiono nelle loro forme più conclamate in età giovanile o ancora più avanzata. E da sottolineare peraltro che una delle ipotesi oggi più accreditate per la genesi delle dipendenze patologiche da sostanze da abuso è quella della self medication cioè dell'automedicazione di disturbi preesistenti nell'infanzia e nella preadolescenza e nell'adolescenza mai riconosciuti come tali.

Da questo punto di vista non si dovrebbe mai dimenticare che l'azione degli educatori e della comunità con i suoi servizi sociali, sanitari ed educativi nelle aree della salute e della disfunzione e del disturbo infantile, preadolescenziale ed adolescenziale dovrebbe avere caratteri simili a quello del cibo quotidiano, che rende possibile la crescita fisica del soggetto in età evolutiva, differenziandosi per qualità e quantità degli apporti nelle diverse fasi e nei diversi momenti della crescita della persona.

Invece, talora anche nei casi e nelle situazioni che si scoprono o si configurano come più gravi e preoccupanti assistiamo ad una sorta di fuga generalizzata dalla responsabilità da parte di educatori ed istituzioni, quasi affidandosi ad una normale capacità "salvifica" (e direi "magica") delle persone e delle relazioni in sé stesse, a prescindere da specifici progetti di intervento.

Gli educatori possono favorire l'apprendimento ed il legame con la scuola e le istituzioni sociali cercando di cooperare con la famiglia nell'osservare ed affrontare comportamenti aggressivi e scarsa concentrazione che costituiscono grossolani rischi associati all'inizio dell'uso di sostanze ed ai relativi problemi. In questo insieme un particolare significato nella prevenzione degli abusi e delle dipendenze va dato all'azione da esercitare perché cresca una cultura della legalità come fattore di protezione della vita di tutti i cittadini ed al coinvolgimento di esperti appartenenti anche alle FF.OO. in programmi di sostegno e di educazione a tale cultura.

Sempre in relazione all'accrescimento dei fattori conoscitivi del fenomeno e protettivi nei confronti della comunità, dei singoli e delle famiglie coinvolti nel problema una particolare attenzione deve essere dedicata alla piena attuazione dei provvedimenti di controllo per quelle professioni che comportano funzioni di particolare responsabilità per la comunità e per i cittadini ma anche ad un rafforzamento dei provvedimenti che consentono di accertare il nesso di causalità tra le morti registrate nei competenti luoghi pubblici e l'eventuale nesso di causalità con l'assunzione di sostanze d'abuso. Il fenomeno appare per molti motivi sottovalutato.

1.9 Le priorità dell'azione

I dati a nostra disposizione ci dicono che :

Nella famiglia grande attenzione deve essere posta dai genitori allorché sono presenti in uno o più di uno dei membri della famiglia ,malattie mentali ,problemi di abusi e dipendenze , scarso dialogo,scarsa attenzione e controllo ,scarsa valorizzazione dell'autonomia psicologica dei membri.

Gli adolescenti che abbandonano la scuola sono più a rischio di intraprendere l'uso di droghe rispetto a quelli che la frequentano .L'azione anti dispersione è dunque fondamentale.

Nella popolazione studentesca sembra diminuire progressivamente nel periodo esaminato la percezione del rischio per alcool, cannabis ed ultimamente cocaina ,ma anche il fumo di tabacco in certe condizioni e quantità può fare da vettore al consumo di droghe. Le azioni dirette alla cannabis ed all'alcool come sostanze d'ingresso appaiono fondamentali.

L'iniziazione prevale ancora tra i maschi ,ma si sta progressivamente riducendo la distanza tra i generi soprattutto nelle nuove generazioni. Le azioni preventive vanno dirette ad ambo i sessi cogliendone la diversa specificità e differenziando le modalità operative

Tendenze analoghe nelle tipologie di consumo si segnalano per i minori sottoposti a provvedimenti giudiziari tra i quali si rileva la percentuale crescente di minori stranieri .Azioni specifiche devono essere indirizzate verso questa nuova fascia di utenza .

Tra i segnalati alle Prefetture il gruppo principalmente a rischio è costituito dai plurisegnalati .Azioni mirate a questa fascia a rischio devono essere pensate ed attuate .

Alcuni fattori temperamentalmente endogeni ,familiari ,e del nucleo sociale di appartenenza sembrano facilitare il contatto con le droghe e l'instaurarsi di una dipendenza patologica una volta realizzatasi una molteplicità di contatti.

Altri fattori temperamentalmente ,familiari e sociali sembrano invece proteggere da tali contatti .Azioni di precoce individuazione delle situazioni di rischio e protezione devono essere messe in atto nei vari contesti dove esse sono osservate .

Tutte queste evidenze rendono necessaria specifiche azioni sui fattori di rischio e sui fattori protettivi nei contesti della famiglia ,della scuola, della comunità

Perché questo possa avvenire realmente i rappresentanti della comunità e delle istituzioni sociali e politiche debbono superare nell'interesse comune atteggiamenti di superficialità e svalutazione nei confronti del problema e valutare correttamente e con l'apporto di tecnici qualificati i rischi ed i fattori protettivi della persona ,della famiglia,della scuola ,della comunità associati al problema delle droghe per tarare meglio e sviluppare i servizi per la prevenzione degli abusi e delle dipendenze dalle droghe ..

Inoltre per tutti e tre questi soggetti i genitori ,gli educatori ed i rappresentanti della comunità deve essere evidente che la prevenzione dell'uso di droghe non è un'azione casuale o solamente emotiva e sentimentale ma è fondata anzitutto sulla ricerca ed individuazione di fattori di rischio e protettivi contestuali al territorio e successivamente su una adeguata pianificazione e valutazione degli interventi in ciascuno dei contesti di loro appartenenza .

1.10 Un metodo per la prevenzione degli abusi e delle dipendenze

Le azioni preventive in questo campo non possono pertanto essere il frutto di semplici intuizioni e istanze emotive ma per ottenere risultati valutabili e tangibili debbono necessariamente strutturarsi secondo un metodo e considerare i seguenti ambiti nei quali realizzarsi :

-individuale .In questo ambito agiscono i fattori temperamentalmente e di comportamento .

-familiare . In questo ambito agiscono i fattori legati alla coppia ed alla genitorialità

-gruppo dei pari . In questo ambito agiscono i fattori legati alla socializzazione scolastica ed extrascolastica ed alla disponibilità di droga .

-comunità . In questo ambito agiscono i fattori legati al contesto ambientale,alle condizioni socio economiche,alla povertà .

In questi ambiti e con azioni specifiche per ciascuno di essi gli interventi preventivi dovrebbero accrescere i fattori di protezione ed eliminare o ridurre i fattori di rischio

Ad es nell'ambito individuale occorre puntare ad un'individuazione precoce dei temperamenti e comportamenti a rischio ma anche ad una promozione dei fattori protettivi individuali (autostima,abilità sociali,scolastiche ,life skills , ecc).

Nell'ambito familiare occorre individuare modalità comportamentali genitoriali che inducono rischio nei figli ma anche promuovere e rafforzare abilità genitoriali,adeguate ai tempi in cui viviamo .

Nel gruppo dei pari occorre addestrare i ragazzi a resistere alla pressione del gruppo ,ma anche sviluppare programmi di peer education e life skills .

Nella comunità occorre agire nei ghetti sociali ,ma anche promuovere un miglioramento di fattori relazionali d'ambiente anche nelle situazioni locali piu difficili .

Nella scuola le azioni potranno essere dirette ai singoli studenti,alle famiglie,agli insegnanti,ai gruppi dei pari e dovranno avere come obiettivi principali la prevenzione dei drop out,della aggressività precoce ,dell'impulsività ,degli scarsi risultati scolastici ,dei difetti o delle forme perverse di socializzazione

Gli interventi preventivi piu efficaci sono fondati sul coinvolgimento attivo dei soggetti coinvolti e sul taglio interattivo delle azioni programmate .Le azioni positive in tal senso sviluppano fattori protettivi

Associare i programmi di prevenzione diretti ad ambiti diversi potenzia in generale l'azione preventiva (ad es. scuola e famiglia).

Quando si associano o si realizzano programmi diretti ad ambiti diversi essi sono efficaci se i messaggi prodotti nei vari ambiti sono coerenti tra di loro.

Il rischio è collegato al numero ed all'intensità dei fattori di rischio ed al loro bilanciamento con i fattori di protezione

In ciascun territorio occorrerebbe individuare le sostanze ed i fenomeni di dipendenza piu diffusi e le risorse preventive già esistenti oltre a quelle da istituire ex novo

Nel determinare le azioni preventive occorre considerare anche la necessità di indirizzare l'azione in senso piu ampio a tutte le sostanze d'abuso ed al terreno che nutre anche altre forme di dipendenza patologica in

quel territorio

Inoltre le azioni preventive devono tener conto delle fasce di età, del genere, dell'etnia, della cultura locale, della necessaria precocità che determini i tempi dell'azione stessa.

Prima di avviare ogni programma preventivo occorre valutare la disponibilità del territorio e se questa è insufficiente bisogna sviluppare azioni preliminari di motivazione utilizzando i media e dialogando con la comunità interessata (essa può affrontare i problemi della comunità)

In tali casi la programmazione e la valutazione devono prevedere la cooperazione della comunità e dei suoi gruppi sociali

I programmi dovrebbero riferirsi non soltanto ad azioni di prevenzione dell'esistente ma anche includere linee di ricerca soprattutto sulle misure di contenimento dei rischi e di promozione della protezione dei singoli, delle famiglie e dei gruppi.

Occorrerebbe poi un piano d'azione con obiettivi a breve, medio e lungo termine ed un programma di valutazione in itinere che accompagni le azioni preventive

Una volta resi attivi e validati i programmi dovrebbero essere istituzionalizzati e replicati regolarmente salvo periodiche valutazioni ed implementazioni ed ulteriori espansioni fino a disporre di programmi differenziati per la popolazione generale e per tutte le popolazioni più interessate dal fenomeno

Le azioni preventive debbono costituire un vero programma di politica sociosanitaria degli enti locali e delle Asl e devono vedere protagoniste le istituzioni specializzate nel settore.

Albi degli enti specializzati in materia dovrebbero essere istituiti all'interno degli Albi regionali e nazionali degli enti ausiliari.

Repertori delle buone pratiche preventive validati da gruppi di esperti bipartisan dovrebbero essere disponibili presso Organismi Centrali dello Stato, delle Regioni e degli Enti locali al fine di implementare progressivamente il patrimonio culturale e scientifico in questa materia

1.11 La formazione come sostegno della prevenzione

La presenza di professionisti e professionalità inadeguate e non formate ad hoc caratterizza il settore delle dipendenze patologiche sin dalla sua nascita e tuttavia non sembrano imminenti modifiche della situazione esistente in campo formativo.

La presenza di professionalità inadeguate aggrava i danni derivanti da una patologia o dalle patologie complesse dell'area delle dipendenze patologiche.

Gli interventi nelle dipendenze patologiche e la prevenzione in modo particolare richiedono per la loro efficacia ed efficienza la disponibilità di professionisti adeguati ai compiti e quindi la realizzazione di una attenta politica della formazione di settore.

Tali scelte in Italia hanno invece avuto una costante caratteristica di precarietà e di collocazione in un ambito di determinazioni spesso di carattere personale o localistico senza che nell'insieme si sia prodotta una autentica politica di formazione nel campo.

La ricaduta di queste mancate scelte consiste nella approssimazione con la quale si procede in molte tipologie di servizi e nella difficoltà di mettere a punto sistemi di valutazione fondati su valori condivisi e su linguaggi il più possibile integrati e comuni.

Nel campo dei professionisti della Salute (medici e psicologi) manca, dopo alcuni tentativi falliti degli anni passati, la individuazione della disciplina che governa la formazione dei professionisti sanitari delle dipendenze patologiche.

Da questa basilare lacuna scaturiscono gravi problemi legati alla qualificazione del personale che, soprattutto per il personale medico, consistono nella presenza nel settore di medici dotati di varie specializzazioni o di alcuna specializzazione che ripiegano in tale settore con uno scarso livello di motivazione e di professionalità specifica e restano privi di strumenti specifici di approfondimento del loro ruolo professionale.

E dunque evidente la necessità di prevedere un percorso formativo di accesso al settore istituzionalizzato e qualificante e quale conditio sine qua non per lavorare nel settore. Ciò per l'area delle professioni sanitarie consiste anzitutto in provvedimenti capaci

di introdurre insegnamenti specifici e monografici nei corsi di laurea delle professioni sanitarie (medici, infermieri, psicologi, educatori professionali ecc)

di istituire specifiche specializzazioni, master e/o di dotare le specializzazioni ed i master già esistenti di specifici insegnamenti

di istituire nuovi profili professionali per figure professionali intermedie (ad esempio tecnici della prevenzione e riabilitazione delle dipendenze patologiche) e relativi percorsi formativi capaci di assorbire e qualificare anche le molte figure indefinite ma attualmente operanti nella prevenzione e riabilitazione (ad esempio gli educatori operanti da anni nelle comunità terapeutiche senza specifico titolo di studio e qualifiche professionali)

Alcune riflessioni particolari devono essere prodotte per ciò che riguarda le professioni del sociale più coinvolte nella pratica preventiva.

L'attuale quadro normativo italiano per quanto concerne il tema dell'integrazione sociosanitaria ed in particolare la legge 328/00 e il D. L.vo 229/99, rafforzano ancor di più, nel settore delle dipendenze patologiche, gli orientamenti ed i principi già previsti e contenuti nel T. U. DPR 309/90.

I Piani di Zona Sociale dei Comuni e del Terzo Settore da una parte e i P.A.T. dei Distretti sociosanitari di base delle AA.SS.LL. dall'altro, costituiscono un'opportunità unica ed una risorsa eccezionale per le enormi potenzialità gestionali, organizzative ed operative che prospettano.

In particolare questi due importanti strumenti, introdotti dalla Legge 328/00 e dal D.L.vo 229/99, permettono la realizzazione di una "politica socio-sanitaria e dei servizi e degli interventi sociali concertata", capace, quindi, di esprimere una "pianificazione ed una programmazione sociosanitaria integrata" soprattutto in materia di prevenzione, e reinserimento sociale e lavorativo dei soggetti dipendenti. Il realizzarsi di tale processo determinerebbe, anche nel settore delle dipendenze, la progettazione e realizzazione di interventi e servizi più calibrati e rispondenti ai reali bisogni degli utenti e del territorio migliorandone pertanto l'efficienza e l'efficacia. Si avrebbe, inoltre, una razionalizzazione dell'offerta che produrrebbe un effettivo controllo sulla duplicazione degli interventi, sulla riduzione della spesa esercitando, dunque, in tale specifico ambito, un'azione concreta sul contenimento dei costi complessivi di gestione.

Un contributo determinante in tal senso può e deve essere fornito dagli operatori sociali che istituzionalmente vi lavorano ormai da molti anni: sociologi, assistenti sociali, educatori professionali, ecc..

Perché ciò possa realizzarsi, così come per le altre Aree d'intervento previste dal DPCM 2001 sui LEA socio-sanitari ed in particolare per le prestazioni ad alta integrazione socio-sanitaria, è però necessario che vengano garantite delle condizioni essenziali che potremmo definire "di base" senza le quali sarebbe impossibile erogare una "performance di servizio di qualità".

Tra queste la necessità dei servizi per le dipendenze, di annoverare nel proprio organico sociologi, assistenti sociali, educatori professionali, dotati di un elevato standard di competenza e capacità professionale

Ovviamente tutto ciò può essere garantito solo se le Università adegueranno i corsi di studi per questi operatori nel senso già indicato per i professionisti dell'area sanitaria cioè includendovi corsi monografici ed insegnamenti specifici e se verranno istituiti qualificati, coerenti ed attinenti percorsi formativi post laurea rilasciati da Enti di formazione riconosciuti ed accreditati dal MIUR e/o da altre agenzie italiane ed Europee autorizzate dalle attuali disposizioni di legge in materia di accreditamento .

Sempre nell'ambito delle attività formative dirette agli operatori ed ai professionisti della prevenzione una particolare attenzione deve essere dedicata al coinvolgimento delle FF.OO particolarmente dedicate alle attenzioni al mondo dei minori e dei giovani in processi formativi di tipo istituzionale .Questi processi devono essere rafforzati laddove esistono ma anche istituiti ex novo al fine di disporre di un ulteriore fattore protettivo istituzionale dotato di specifica competenza .

Infine soprattutto per i professionisti e gli operatori di varie discipline che agiscono nel campo della prevenzione delle dipendenze patologiche si pone anche un problema di formazione umana,relazionale,sociale,esistenziale che sia alla base di un efficace rapporto di counselling con gli adolescenti ed i giovani nella loro qualità di "bersaglio" prima (e soggetto poi) delle attività di prevenzione .

In altre parole chi opera nella prevenzione e nella relazione preventiva deve dotarsi o disporre di un bagaglio di capacità educative ,valoriali ,comunicative e relazionali che non sono acquisibili in corsi di studio di tipo istituzionale perché non sono legate a particolari ambiti disciplinari .

Queste capacità si sviluppano solamente mediante la partecipazione a contesti di esperienza formativa con confronto interpersonale, autoanalisi, messa in gioco della propria persona,assunzione di responsabilità,autocontrollo, capacità di motivazione al miglioramento soggettivo ,tolleranza ed apertura mentale ed emozionale verso l'altro .

Tali doti personali possono essere racchiuse all'interno della formazione al counselling .

Sul piano delle verifiche di tali capacità si pongono questioni rilevanti in ordine agli strumenti anche legislativi per testare adeguatamente tali capacità .E' difatti indispensabile il ricorso ad una analisi approfondita dell'equilibrio psicologico per il personale che viene impegnato in attività importanti come quelle educative e preventive .

Se a tali verifiche sono sottoposti piloti di aereo al fine di garantire ,ad esempio, l'incolumità dei passeggeri si può pensare all'estensione anche più articolata di tali procedure (previste peraltro anche con i relativi strumenti nella psicologia e nella medicina del lavoro) ai professionisti ed agli operatori del versante educativo e preventivo delle dipendenze patologiche

E' dunque indispensabile aprirsi alla comprensione della importanza della formazione al counselling per i professionisti e gli operatori della prevenzione riconoscere questa pratica professionale ed i profili che possono derivarne, regolamentare la materia e prevedere come caratteristica centrale degli enti che curano tale for-

mazione la competenza all'autovalutazione personale e dei progetti o dei percorsi di prevenzione attuati e alla loro supervisione .

1.12 Prevenzione e comunicazione sociale

La capacità di trasferire informazioni e di comunicare socialmente nel campo delle tossicodipendenze è un requisito fondamentale del rapporto tra Stato e cittadini in questa delicatissima materia.

A tal fine uno Stato moderno ha l'obbligo di attivare un sistema integrato di comunicazione educativa al fine di realizzare una efficace prevenzione dei comportamenti a rischio .

Lo scopo di tale comunicazione è quello di sensibilizzare l'opinione pubblica verso valori condivisi condensando e rendendo visibili e pubblici esigenze ed opinioni che sviluppino una maggiore presa di coscienza della collettività in merito alla salute

.Per rendere pubblica un'azione di questo tipo e per comunicare in senso educativo occorre evidenziare in modo specifico target ed obiettivi dell'azione

Condizione necessaria per l'efficacia di queste azioni sono la continuità ,l'inserimento in una strategia pianificata di interventi ,la realizzazione delle stesse da parte di personale esperto nella comunicazione ,ma anche realmente esperto nel problema delle dipendenze ,la centralità della educazione al valore della persona e della vita in senso piu lato .

Tale comunicazione deve fondarsi anzitutto su contenuti relativi al benessere ed alla salute e deve assicurare servizi di informazione capaci di raggiungere varie fasce di età e soggetti sociali coinvolti

direttamente ed indirettamente nel fenomeno curando in modo particolare la prevenzione tra i pari la comunicazione cosciente dei vissuti ,lo sviluppo di una intelligenza emotiva .

Le informazioni devono poi essere diffuse con linguaggi corretti ed appropriati con l'obiettivo anche di correggere atteggiamenti sbagliati con altri favorevoli al benessere ed alla tutela delle persone .

Bisogna essere consapevoli che i mezzi di comunicazione di massa sono quasi sempre insufficienti per attuare questo tipo di cambiamento e che la loro azione deve essere integrata da comunicazioni personali e per piccoli e medi gruppi omogenei da contattare con linguaggi ,toni e contenuti adeguati ad essi .

Una comunicazione siffatta assume il ruolo di una buona pratica educativa e grazie anche alla proposizione di modelli innovativi può costruire veri e propri paradigmi sociali .

Perché avvenga questo passaggio il sistema di comunicazione deve prevedere una costante circolarità ed un continuo feedback diventando così capace di dialogo tra gli interlocutori .

Questo approccio è fondamentale tanto per le strategie comunicative fondate sul marketing (diffusione di nuove idee) tanto per quelle fondate sul demarketing (svalutare il mercato delle droghe).Ambedue le strategie infatti non possono prescindere dall'ascolto dei bisogni del singolo,dei gruppi e della società .

Per questi motivi le campagne di comunicazione per la prevenzione delle dipendenze patologiche non possono essere che campagne articolate che analizzino scrupolosamente il grado di interesse dei soggetti destinatari ed i loro effetti pratici.

Occorre pertanto pianificare comunicazioni di tipo generale e subcomunicazioni dirette a gruppi piu ristretti utilizzando in questo caso in maniera significativa la comunicazione tra pari e/o con percorsi specifici (mailing,e-mailing,web,ecc)o con confronti diretti sugli argomenti trattati .

Inoltre ed infine una buona comunicazione sociale oltre a individuare i target da raggiungere deve fissare obiettivi quantificabili (ad es.la riduzione degli incidenti stradali o del consumo di alcool ecc), individuare canali idonei per raggiungere il proprio pubblico ,pianificare le azioni generali e quelle mirate ,definire i budget necessari alla realizzazione delle azioni ,dare tempi di esecuzione stabilire modi e tempi della valutazione. Quest'ultimo diviene un esercizio fondamentale al fine di evitare sprechi ed esiti controproducenti.
