

**GIUNTA DELLA REGIONE EMILIA ROMAGNA**

**Questo giorno** mercoledì 21 **del mese di** dicembre  
**dell' anno** 2016 **si è riunita nella residenza di** via Aldo Moro, 52 BOLOGNA  
**la Giunta regionale con l'intervento dei Signori:**

1) Bonaccini Stefano	Presidente
2) Gualmini Elisabetta	Vicepresidente
3) Bianchi Patrizio	Assessore
4) Caselli Simona	Assessore
5) Corsini Andrea	Assessore
6) Costi Palma	Assessore
7) Donini Raffaele	Assessore
8) Gazzolo Paola	Assessore
9) Mezzetti Massimo	Assessore
10) Petitti Emma	Assessore
11) Venturi Sergio	Assessore

**Funge da Segretario l'Assessore** Costi Palma

**Oggetto:** PROGRAMMA REGIONALE DIPENDENZE PATOLOGICHE - OBIETTIVI 2017-2019

**Cod.documento** GPG/2016/2327

**Num. Reg. Proposta: GPG/2016/2327**

**-----  
LA GIUNTA DELLA REGIONE EMILIA-ROMAGNA**

Richiamate:

- la Legge regionale n. 14 del 2008 recante "Norme in materia di politiche per le giovani generazioni";
- la deliberazione dell'Assemblea Legislativa della Regione Emilia-Romagna n. 175 del 22 maggio 2008 "Piano Sociale e sanitario 2008-2010" ove vengono individuati gli obiettivi prioritari dell'area salute mentale, dipendenze patologiche e salute nelle carceri, in particolare per quanto attiene le modalità di realizzazione delle linee di sviluppo nei servizi per le dipendenze patologiche;
- il D. Lgs. 14 marzo 2013, n. 33 "Riordino della disciplina riguardante gli obblighi di pubblicità, trasparenza e diffusione di informazioni da parte delle pubbliche amministrazioni.";
- le proprie deliberazioni:
  - n. 313 del 23 marzo 2009 "Piano Attuativo Salute Mentale 2009-2011" che ha definito le politiche di salute mentale e dipendenze patologiche in modo integrato, al fine di garantire una visione strategica unitaria tra psichiatria, neuropsichiatria dell'infanzia e dell'adolescenza, dipendenze patologiche, in particolare nella programmazione degli interventi che richiedono la sinergia tra questi settori;
  - n. 1533 del 6 novembre 2006 recante "Approvazione prime linee di indirizzo regionali in tema di prevenzione e di contrasto del consumo/abuso di sostanze stupefacenti e psicotrope";
  - n. 284/2013 "Indicazioni attuative del Piano Sociale e Sanitario regionale per il biennio 2013-2014";
  - n. 590/2013 "Linee di indirizzo regionali Promozione del benessere e prevenzione del rischio in adolescenza: Progetto Adolescenza";
  - n. 152/2015 "Piano regionale della Prevenzione 2015-2018";
  - n. 66 del 25 gennaio 2016 recante "Approvazione del Piano triennale di prevenzione della corruzione e del programma per la trasparenza e l'integrità. Aggiornamenti 2016-2018.";

Richiamata la propria deliberazione n. 999/2011 "Programma regionale Dipendenze patologiche - Obiettivi 2011 -2013", con la quale sono stati definiti mandato e obiettivi del Programma regionale dipendenze patologiche, mandato dei Programmi aziendali dipendenze patologiche e obiettivi prioritari per triennio corredati con indicatori e tempi di attuazione per permettere un efficace monitoraggio dell'attuazione;

Valutato che il monitoraggio degli obiettivi 2011-2013 approvati con la citata deliberazione ha evidenziato l'utilità di mantenere a livello locale un programma specifico per indirizzare e valutare l'attività dell'Azienda USL rivolta alla cura delle dipendenze patologiche e a livello regionale un programma specifico con funzioni di supporto, coordinamento e monitoraggio del raggiungimento degli obiettivi assegnati a livello locale;

Dato atto pertanto dell'opportunità di aggiornare il Programma regionale Dipendenze Patologiche sulla base dei cambiamenti degli stili di consumo e dell'epidemiologia delle dipendenze, definendo obiettivi strategici e organizzativi da raggiungere nel triennio 2017-2019;

Preso atto dei pareri di fattibilità sul suddetto Programma, espressi dal Coordinamento Regionale dei Programmi Dipendenze patologiche e dal Coordinamento regionale Enti ausiliari;

Richiamata la L.R. 26 novembre 2001 n. 43 "Testo unico in materia di organizzazione e di rapporto di lavoro nella Regione Emilia-Romagna" e successive modifiche;

Richiamate inoltre le seguenti proprie deliberazioni, esecutive ai sensi di legge:

- n.2416 del 29 dicembre 2008 concernente "Indirizzi in ordine alle relazioni organizzative e funzionali tra le strutture e sull'esercizio delle funzioni dirigenziali. Adempimenti conseguenti alla delibera 999/2008. Adeguamento e aggiornamento della delibera 450/2007." e s.m.;
- n.193 del 27 febbraio 2015 recante "Contratto di lavoro ai sensi dell'art. 43 LR 43/2001 e affidamento dell'incarico di Direttore Generale "Sanità e Politiche Sociali";
- n.516 dell'11 maggio 2015 recante "Soppressione e modifica servizi della Direzione Generale Sanità e Politiche Sociali";
- n.628 del 29 maggio 2015 concernente "Riorganizzazione della Direzione Generale sanità e Politiche Sociali";
- n. 56 del 25 gennaio 2016 concernente "Affidamento degli incarichi di Direttore Generale della Giunta regionale, ai sensi dell'art. 43 della L.R. n.43/2001";
- n. 106 del 1 febbraio 2016 concernente "Approvazione incarichi dirigenziali prorogati e conferiti nell'ambito delle Direzioni Generali - Agenzie - Istituto";
- n. 270 del 29 febbraio 2016 concernente "Attuazione prima fase della riorganizzazione avviata con delibera 2189/2015";
- n. 622 del 28 aprile 2016 "Attuazione seconda fase della riorganizzazione avviata con delibera 2189/2015;
- n. 702 del 16 maggio 2016 "Approvazione incarichi dirigenziali conferiti nell'ambito delle Direzioni Generali - Agenzie - Istituto e nomina dei responsabili della

prevenzione della corruzione, della trasparenza e accesso civico, della sicurezza del trattamento dei dati personali e dell'anagrafe per la stazione appaltante”;

- n. 1107 del 11 luglio 2016 “Integrazione delle declaratorie delle strutture organizzative della Giunta regionale a seguito dell’implementazione della seconda fase della riorganizzazione avviata con DGR 2189/2015”;
- n. 1681 del 17 ottobre 2016 “Indirizzi per la prosecuzione della riorganizzazione della macchina amministrativa regionale avviata con DGR 2189/2015”;

Richiamate altresì le determinazioni:

- n. 7098 del 29 aprile 2016 “Conferimento incarichi dirigenziali presso la Direzione generale Cura della Persona, Salute e Welfare”;
- n. 7267 del 29 aprile 2016 “Conferimento incarichi dirigenziali e modifica di posizioni dirigenziali professionali nell’ambito della Direzione Generale Gestione, Sviluppo e Istituzioni”;
- n. 12096 del 25 luglio 2016 “Ampliamento della trasparenza ai sensi dell’art. 7 comma 3 D.Lgs. 33/2013”;
- n. 16722 del 26 ottobre 2016 “Incarico ad interim di Responsabile del Servizio Assistenza Territoriale. Conferma deleghe in capo ad alcuni dirigenti professionali”;
- n. 17348 del 7 novembre 2016 “Determinazione n. 16722/2016. Modifica”;

Dato atto dei pareri allegati;

Su proposta dell'Assessore alle Politiche per la Salute;

a voti unanimi e palesi

D E L I B E R A

- a) di approvare il “Programma regionale Dipendenze Patologiche - Obiettivi 2017 - 2019”, che si allega quale parte integrante della presente deliberazione;
- b) di pubblicare il presente provvedimento, comprensivo dell'allegato, nel Bollettino Ufficiale della Regione Emilia-Romagna;
- c) di dare atto infine che, per quanto previsto in materia di pubblicità, trasparenza e diffusione di informazioni, si provvederà ai sensi delle disposizioni normative ed amministrative richiamate in parte narrativa.





Direzione generale Cura della persona, salute e welfare  
Servizio Assistenza territoriale  
Area Salute mentale e Dipendenze patologiche

# **PROGRAMMA REGIONALE DIPENDENZE PATOLOGICHE**

## **OBIETTIVI PER IL TRIENNIO 2017-2019**

## Indice

IL PROGRAMMA DIPENDENZE PATOLOGICHE.....	3
Uno sguardo storico.....	4
UNO SGUARDO EPIDEMIOLOGICO .....	6
L'uso di sostanze nella popolazione .....	6
IP SAD – Popolazione generale .....	6
ESPAD – Popolazione studentesca .....	7
L'evoluzione della domanda di cura .....	8
Caratteristiche socio-anagrafiche dell'utenza .....	10
I canali di invio ai SerDP.....	11
Le sostanze d'abuso.....	12
Inserimenti in strutture residenziali .....	13
Le Unità di strada e le strutture a bassa soglia.....	14
IL SISTEMA DEI SERVIZI .....	15
Principi ispiratori:.....	15
Il Programma dipendenze patologiche .....	17
Funzioni dei SerDP .....	18
IL MODELLO STEPPED CARE PER INTENSITÀ DI CURA .....	19
Bassa intensità .....	19
Accoglienza e trattamento .....	20
Indicazioni operative .....	21
Promozione della salute, prevenzione dei comportamenti a rischio e riduzione del danno.....	22
Reinserimento sociale.....	25
Media Intensità .....	26
Valutazione.....	26
Indicazioni operative .....	26
Trattamenti .....	27
Indicazioni operative .....	27
Trattamenti psicoterapici .....	28
Indicazioni operative .....	29
Trattamenti Socio-educativi .....	29
Indicazioni operative .....	29
Dimissioni .....	29
Indicazioni operative .....	30
Alta intensità .....	30
Trattamenti per la disintossicazione .....	31
Gestione delle urgenze psico-patologiche .....	32
Gestione di altri casi complessi che necessitano di trattamento in strutture sanitarie residenziali, semi-residenziali, terapeutiche o specialistiche .....	32
Gestione dei ricoveri in emergenza .....	33
LA CURA DEI DETENUTI AFFETTI DA ABUSO/DIPENDENZA PATOLOGICA.....	34
Equipe Dipendenze.....	34
Assessment clinico del paziente .....	34
Interventi psicologici e sociali, sia a scopo diagnostico che a scopo terapeutico.....	35
Interfaccia territorio-misure alternative.....	36
La custodia attenuata .....	36
Le aree problematiche .....	37
Alcol.....	37
Tabacco .....	37
Gioco d'azzardo patologico (GAP).....	37

## IL PROGRAMMA DIPENDENZE PATOLOGICHE

Il documento che segue nasce dalla necessità di proporre un nuovo programma regionale dipendenze che ridefinisca gli interventi e la mission dei Servizi per le dipendenze patologiche (SerDP) a partire dalle caratteristiche attuali del fenomeno e dei bisogni e senza abbandonare le specifiche modalità di lavoro, le competenze e le esperienze maturate dai SerDP.

I SerDP e i servizi del privato sociale hanno infatti consolidato negli anni un bagaglio di competenze specifiche e un modello di relazione con l'utenza, che, sorto intorno allo sviluppo della motivazione al cambiamento, si è tradotto in modalità di contatto e tecniche di relazione caratterizzate da una forte penetrazione sociale e, insieme, dalla proposta dell'offerta di cura su di un piano di negoziabilità con l'utenza. L'offerta di cura, organizzata secondo percorsi differenziati per popolazioni target, profili di abuso di sostanze e, più di recente, dipendenze comportamentali, ha come sfondo e matrice comune un modello di relazione basato sul rispetto della posizione dell'utente, qualunque essa sia, la tensione verso il miglioramento realistico delle condizioni di salute e la promozione della responsabilità e della autoefficacia come presupposti di una posizione attiva dell'utente. Gli interventi di riduzione del danno, che hanno avuto, e hanno tuttora, un ruolo fondamentale nel ridurre la mortalità e migliorare le condizioni di salute dei tossicodipendenti, sono stati il prototipo di una visione piramidale gerarchica dei fabbisogni intercettati dai servizi in una logica di crescita evolutiva della risposta ai bisogni di sopravvivenza, di sicurezza, di salute e di benessere psicofisico.

Il modello dei percorsi differenziati per intensità di cura, che qui viene proposto, guarda al modello anglosassone della "stepped care", come matrice organizzativa e motore intrinseco delle dinamiche dell'offerta di cura. Per molti versi il modello è riconducibile al concetto, più familiare, di appropriatezza delle cure, laddove il suo principale costrutto è quello del posizionamento dell'intervento al livello minimo di invasività. La stepped care differisce dall'appropriatezza in quanto colloca le singole scelte di "appropriatezza" in seno ad un progetto di configurazione dei servizi che favorisce e asseconda quelle scelte, avendo predisposto i percorsi ottimali. La stepped care unisce il disegno generale di una rete di servizi funzionale ad una gestione delle patologie per rilevanza epidemiologica, con l'orientamento dei comportamenti professionali alla ricerca degli interventi efficaci di minore invasività nella sfera dell'utente, sia essa invasività di tipo biologico, psicologico o relazionale e sociale. E' evidente quanto questo modello sia affine alla cultura di servizi centrati sull'autonomia dell'utente e sullo sviluppo di pratiche di autoefficacia come indispensabile corollario degli interventi tecnico professionali. Completa la filosofia della stepped care la tensione continua verso lo scivolamento su livelli di intensità decrescente, che rimangono compatibili con la possibilità inversa, cioè la richiesta di interventi di maggiore complessità, in ragione delle possibili e diversificate evoluzioni delle fasi di bisogno dell'utente.

Il documento si basa sul lavoro di 4 gruppi distinti, composti da professionisti dei SerDP, uno per ciascun livello di intensità di cura ed uno specifico dedicato al carcere.

In una prima fase i gruppi hanno effettuato una ricognizione dell'esistente ed un approfondimento per ciascun livello di intensità e per il carcere, proponendo 4 documenti riassuntivi con le indicazioni operative per ciascun livello assistenziale e per il carcere. I documenti sono poi stati unificati e integrati da un gruppo di lavoro con i rappresentanti del CEA (Coordinamento regionale degli Enti Accreditati). Il documento finale è stato quindi discusso con i Direttori dei Programmi aziendali Dipendenze Patologiche e con i Direttori dei DSM-DP.



## Uno sguardo storico

I Servizi di cura delle dipendenze patologiche sono nati negli **anni '70** in una fase di forte allarme da parte del contesto sociale per l'estensione che il fenomeno del consumo e della dipendenza da oppiacei stavano assumendo. Da allora è cresciuta la cultura tecnica e professionale degli operatori ed è stata avviata una crescente collaborazione con le **Comunità terapeutiche**: gli enti del Privato sociale sono ormai divenuti partner istituzionali che, con la loro autonomia, rendono possibili molteplici offerte di servizio altrimenti irrealizzabili. La comunità terapeutica, nata come risposta complessiva alla persona dipendente, si è evoluta nella logica di **risposta ai bisogni dei territori e di integrazione tra pubblico e privato sociale accreditato**. Le Comunità effettuano una **presa in carico globale** (anche sociale) della persona accolta e della sua famiglia con l'obiettivo del coinvolgimento (e, quando possibile, del cambiamento) del contesto familiare, sociale e lavorativo, perchè diventi di supporto e non di ostacolo al cambiamento della persona.

L'utilizzo e la **spesa dei trattamenti residenziali** per le dipendenze sono regolati dal 2002 tramite **accordi regionali** che definiscono le regole generali del sistema - modalità di accesso, utilizzo delle strutture, debito informativo, monitoraggio - e le tariffe applicabili. A livello locale sono siglati analoghi **protocolli tra Aziende USL ed Enti gestori**, monitorati da organismi tecnici e paritetici. Dal **2008** le Comunità convenzionate sono state **accreditate** come strutture sanitarie e partecipano insieme ai SerDP alla verifica e al miglioramento continuo dei percorsi residenziali, con programmi di formazione, audit e innovazione organizzativa.

Negli anni **'90**, in seguito all'approvazione del DPR 309/90, sono stati istituiti i **Ser.T**, con potenziamento delle risorse, incremento dell'organico del personale e valorizzazione del **ruolo sanitario dei Servizi, precedentemente ad impianto psico-pedagogico**. La crescita della specializzazione funzionale e la dotazione di un'équipe multidisciplinare con competenze su tutti gli ambiti sono fondamentali per i servizi per le dipendenze ed hanno consentito di affrontare la complessità delle dipendenze con un **approccio multidisciplinare**.

La definizione di dipendenza come malattia cronica recidivante ha concorso ad affrancare la terapia delle dipendenze da visioni moralistiche e punitive. La dipendenza è una malattia curabile, anche se presenta spesso un andamento cronico e recidivante; può essere fortemente invalidante e correlata a disturbi del comportamento, rischi infettivi e psichiatrici, con gravi conseguenze bio-psico-sociali e legali per le persone. L'elevata tendenza alla cronicità ha però anche indotto letture della patologia come "incurabile", con la messa in atto di modalità assistenziali e relazionali che hanno teso a mantenere in carico gli utenti molto a lungo. Un **sistema eccessivamente protettivo** ha mostrato differenti criticità, che vengono alla luce prepotentemente in una fase storica come questa, dove si è fatto stringente il tema delle risorse ed è necessario dare risposte a bisogni sanitari e socio-sanitari differenti e sempre più complessi. Alcuni pazienti hanno come unico riferimento il SerDP anche per le problematiche di tipo sociale e vi è quindi una maggiore probabilità di misconoscimento di patologie organiche non direttamente correlate ai comportamenti tossicomani.

I SerDP attualmente hanno in carico una percentuale significativa di persone invecchiate, con problematiche di cronicità e disabilità, per le quali talvolta è difficile costruire percorsi alternativi, anche qualora la dipendenza dalle sostanze sia in remissione. Il mantenimento del rapporto con le persone va finalizzato ad evitare il rischio di overdose, ottenere la migliore qualità di salute possibile per ogni persona e dare ad ognuno la possibilità di raggiungere la **recovery, intesa come miglior qualità di vita possibile**, cosa che, per alcune persone, significa accettare la convivenza con le proprie disabilità. La risposta ai bisogni socio-assistenziali e di inserimento sociale si costruisce con **progettazioni comuni con i Servizi Sociali degli Enti Locali e** in generale con i Comuni e con il coinvolgimento delle competenze degli Enti accreditati. Allo stesso tempo aumenta la popolazione

in cura per problematiche di dipendenza da cocaina, alcol, tabacco e gioco d'azzardo. Ciò significa che i Servizi Dipendenze Patologiche si sono attrezzati per essere attrattivi e competenti anche per tipologie di dipendenza o di abuso che negli anni passati non accedevano ai SerDP.

## UNO SGUARDO EPIDEMIOLOGICO

### L'uso di sostanze nella popolazione

I dati relativi alla diffusione dei consumi di sostanze psicoattive o di comportamenti additivi in Italia sono stati rilevati da due diverse indagini campionarie nazionali condotte dal Consiglio Nazionale delle Ricerche (CNR) di Pisa:

- IPSAD®Italia (Italian Population Survey on Alcohol and other Drugs), che ha lo scopo di monitorare i consumi delle sostanze psicoattive nella popolazione generale secondo gli standard metodologici definiti dall'Osservatorio Europeo delle Droghe e delle Tossicodipendenze (OEDT), è realizzata utilizzando un questionario autosomministrato e anonimo, inviato per posta ad un campione selezionato di soggetti di età compresa tra i 15 ed i 64 anni;
- ESPAD®Italia (European Population Survey on Alcohol and other Drugs), che fornisce dati relativi alle prevalenze dei consumi di sostanze psicoattive, legali ed illegali, nella popolazione studentesca 15-19enne.

### IPSAD – Popolazione generale

In Emilia-Romagna la cannabis è stata la sostanza psicoattiva illegale maggiormente sperimentata dalla popolazione 15-65enne. Il 33,6% dei soggetti l'ha utilizzata almeno una volta nella vita (Lifetime), contro un 8,1% che ha utilizzato cocaina, 2,2% oppiacei, 3,9% allucinogeni e 4,5% stimolanti. Più alti risultano i valori del consumo Lifetime delle sostanze lecite, quali tabacco (62,8%) e alcol (92,3%). In generale risulta che i cittadini emiliano-romagnoli sono lievemente più esposti all'uso di sostanze rispetto alla media nazionale, soprattutto per cannabinoidi, allucinogeni e stimolanti.

Tab. 1. Prevalenza nella vita (Lifetime) popolazione 15-64enne, confronto Italia-Emilia-Romagna

Sostanza/comportamenti	Italia			Emilia-Romagna		
	Maschi	Femmine	Totale	Maschi	Femmine	Totale
Alcol	96,0	87,3	91,6	96,6	88,0	92,3
Sigarette	64,8	59,6	62,2	65,1	60,6	62,8
Cannabinoidi	38,6	25,4	31,9	40,1	27,1	33,6
Cocaina (totale, incluso crack)	10,5	4,6	7,6	10,3	6,0	8,1
Oppiacei (totale)	2,8	1,3	2,0	2,7	1,7	2,2
Allucinogeni (totale)	5,5	1,8	3,7	5,3	2,5	3,9
Stimolanti (totale)	5,4	3,0	4,2	5,0	4,1	4,5
Azzardo	55,7	30,3	42,9	52,5	24,1	36,2

Fonte: IPSAD®Italia 2013-2014

Relativamente all'uso di sostanze negli ultimi 12 mesi in Emilia-Romagna (prevalenza Last Year), emergono dei risultati molto interessanti:

- Una diminuzione del consumo delle sostanze legali tra il periodo 2007-2008 e 2013-2014: l'alcol passa dall' 84,3% all' 83,5%, il tabacco dal 35,3% al 30,7%. Il calo riguarda prevalentemente le femmine;

- un calo rilevante (-5,4% nei due periodi) del consumo di cannabis, sia per le femmine sia per i maschi, mentre meno evidenti sono i cali delle altre sostanze illegali;
- non vi sono sostanziali differenze con i valori medi nazionali.

I valori cambiano in modo significativo considerando la sola popolazione 15-34enne: diminuisce il consumo di sostanze nel corso degli ultimi 12 mesi, soprattutto per le sostanze legali come alcol (-1,3%) e tabacco (-6,2%); diminuisce anche il consumo di alcune sostanze illegali, quali cannabinoidi (-1,1%) e cocaina (-1,2%).

In base ai dati sopra riportati, è possibile stimare il numero di persone che ha sperimentato negli ultimi 12 mesi per almeno una volta l'uso di sostanze: più di 800 mila hanno fumato tabacco, 26 mila hanno consumato cannabis, 50 mila cocaina, 25 mila oppiacei, 29 mila stimolanti e 19 mila allucinogeni. Buona parte di questo uso lo si deve attribuire a giovani di età compresa tra ai 15 e i 34 anni.

Per quanto riguarda il gioco d'azzardo si rileva che il 22,7% dei cittadini emiliano-romagnoli è coinvolto nel fenomeno; sono prevalentemente maschi (33,2% del totale dei maschi residenti), mentre le femmine sono il 15% del totale delle residenti. In questo ambito i cittadini emiliano-romagnoli sono meno coinvolti rispetto al dato nazionale (-4,1%). Il 3,3% ha un comportamento di gioco definito come a rischio moderato e un altro 1,1% presenta le caratteristiche della dipendenza.

### ESPAD – Popolazione studentesca

Tra i giovani studenti vi è una ampia diffusione di sostanze psicotrope. Il 26,6% di essi ha sperimentato almeno una volta nella vita cannabis, con una prevalenza molto simile negli ultimi 12 mesi (24,0%), il 58,4% ha fumato tabacco. Per molte sostanze vi è un uso elevato almeno una volta nella vita: 4,0% per la cocaina, 4,0% allucinogeni e 4,4% per gli stimolanti. Permane una quota elevata di giovani che ha usato cocaina nell'ultimo anno (2,8%) o negli ultimi 30 giorni (1,7%).

Tab. 2. Prevalenza dell'uso/comportamento nella vita (Lifetime), negli ultimi 12 mesi (Last year) e 30 giorni nella popolazione 15-19enne dell'Emilia-Romagna (%)

	Prevalenza nella vita (%)	Prevalenza ultimi 12 mesi (%)	Prevalenza ultimi 30 giorni (%)
1. cannabis	31,6	25,7	16,2
2. cocaina (totale)	3,8	2,6	1,7
3. eroina (totale)	1,5	1,2	1,1
4. allucinogeni (totale)	4,1	2,8	1,7
5. stimolanti (totale)	4,1	2,8	1,9
6. alcol	87,7	80,4	63,8
7. tabacco	58,9	22,5	
8. psicofarmaci	18,4	10,0	5,9
7. binge drinking (30gg)		32,4	
9. Gioco azzardo		32,2	

Fonte: ESPAD®Italia 2014

## L'evoluzione della domanda di cura

La Regione Emilia-Romagna vanta un efficace sistema informativo sulle dipendenze, basato su una cartella clinica informatizzata unica regionale dei SerDP (SistER). Annualmente i dati anonimizzati sull'utenza che accede ai servizi per le dipendenze sono estratti dalla cartella clinica, costituendo il flusso informativo regionale SIDER, dal quale è possibile analizzare informazioni rilevanti per la programmazione e la valutazione locale o regionale.

A prescindere dalla tipologia, dal livello di intensità del trattamento e dalla provenienza, l'utenza complessiva che ha avuto accesso ai servizi per le dipendenze nel corso degli anni è aumentata passando da 26.201 del 2010 a **27.711 del 2015<sup>1</sup>** (aumento del 5,8%, con un incremento del 1,3% nell'ultimo anno). Le motivazioni dell'incremento sono perlopiù attribuibili sia all'oggettivo aumento degli accessi, sia al miglioramento della qualità delle informazioni, soprattutto per le aree problematiche tabacco e gioco d'azzardo.

La tabella sottostante riguarda l'utenza dei SerDP e va letta tenendo conto che non sono conteggiati i soggetti che si rivolgono al Servizio per consulenze e non sono portatori diretti del problema (es. familiari).

Tab. 3. Utenza complessiva SerDP per AUSL<sup>2</sup> al 2015 e variazioni % di periodo

AUSL	2015	Variazione % 2010/2015
PIACENZA	2.069	18,7
PARMA	3.039	10,5
REGGIO EMILIA	3.070	15,8
MODENA	4.076	3,9
BOLOGNA	5.520	14,0
IMOLA	936	-6,3
FERRARA	2.140	-8,1
ROMAGNA	7.887	-1,5
RER	28.737	5,5

Fonte: SIDER

L'utenza dei SerDP è caratterizzata da una forte mobilità intra-regionale ed extra regionale. Nel 2015, **4.753 assistiti (pari al 16,5%)** è costituita da non residenti, provenienti sia da SerD extra regionali, per continuità terapeutica o attività lavorativa, sia soprattutto dal carcere. Come si vedrà in seguito la popolazione detenuta costituisce una parte rilevante dell'utenza complessiva. In particolare i non residenti hanno un impatto molto rilevante su alcuni servizi, quali Piacenza (23,6% dell'utenza complessiva) e Bologna (25,5%).

Allo stesso modo varia la prevalenza<sup>3</sup> nei Servizi per le dipendenze, a prescindere dalla problematica presentata. Nel 2015 il **7,87% dei residenti ha avuto accesso ai SerDP**, mantenendo sostanzialmente lo stesso livello degli anni precedenti, ma con consistenti differenze tra AUSL. Le

<sup>1</sup> L'utenza afferita a più AUSL è stata conteggiata una sola volta.

<sup>2</sup> L'utenza afferita a più AUSL è stata conteggiata più volte.

<sup>3</sup> Rapporto utenti residenti con almeno un contatto nell'anno su popolazione residenti di età 15-64 anni. Per il calcolo dei tassi specifici è stata considerata la popolazione residente in Emilia-Romagna al 31/12 di ogni anno, fonte ISTAT; per la standardizzazione è stata utilizzata la popolazione residente in Italia anno 2011, fonte ISTAT.

prevalenze maggiori si riscontrano nell' AUSL della Romagna (9,04‰), le più basse nelle AUSL di Reggio Emilia (7,13‰) e Bologna (6,85‰). Il dato bolognese è in parte da attribuire al forte impatto dei non residenti.

Nel corso degli anni l'utenza dei SerDP si è sostanzialmente modificata. Da servizi prevalentemente impostati alla cura delle dipendenze da eroina negli anni '90 i SerDP sono diventati servizi attuali che trattano le dipendenze da sostanze legali ed illegali e le dipendenze comportamentali, come il gioco d'azzardo patologico.

Le differenze si riscontrano sia nella tipologia di utenza, sia soprattutto dal punto di vista quantitativo. Alle problematiche di dipendenza da oppiacei se ne sono aggiunte altre. Nel 1991 l'utenza complessiva dei SerT era di 7.112 persone, di cui 6.918 (pari a 90,3%) con dipendenza primaria da eroina; nel 2015 gli eroinomani in carico nei SerDP sono stati 8.186, cioè:

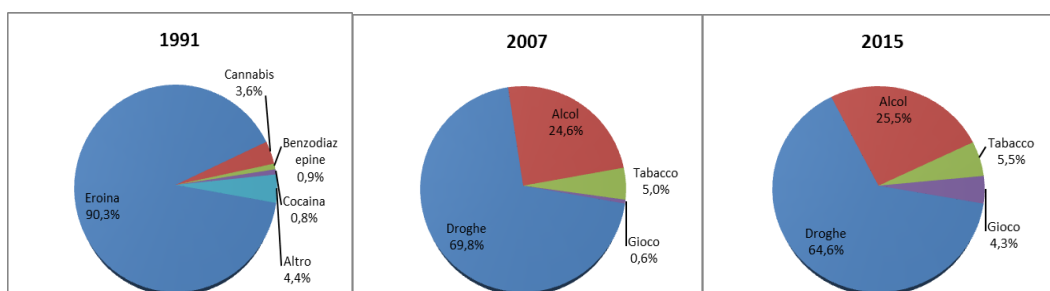
- 33,8% in più rispetto al 1991
- ma pari al 28,5% del totale dell'utenza in trattamento.

I SerDP sono quindi molto cambiati rispetto ai decenni precedenti.

Attualmente l'utenza dei SerDP è composta da:

- 19.695 utenti dell'area problematica **droghe** e/o farmaci, pari al 64,6% del totale dell'utenza. E' l'area che nel corso degli anni si è mantenuta abbastanza stabile (-0,2% nel periodo 2010-2015);
- 7.783 utenti dell'area problematica **alcol**, pari al 25,5% del totale. Dopo un periodo di grande incremento dell'utenza (1996-2000) vi è stato un assestamento del numero di utenti che annualmente si rivolgono ai servizi (7,0% nel periodo 2010-2015);
- 1.682 utenti dell'area problematica **tabacco**, pari al 5,5% del totale. Dal 2010 vi è stato un incremento dell'80,5%, frutto anche della maggiore capacità dei servizi di rilevazione delle informazioni cliniche su questa tipologia di utenti;
- 1.310 utenti dell'area problematica **gioco d'azzardo**, pari al 4,3% del totale. L'incremento nel corso degli anni (erano 512 nel 2010) è l'esito non solo della prevalenza del fenomeno nella società ma anche delle politiche sanitarie che hanno indirizzato l'utenza ai SerDP.

Figg. 1. Evoluzione della composizione dell'utenza dei SerDP nel corso degli anni

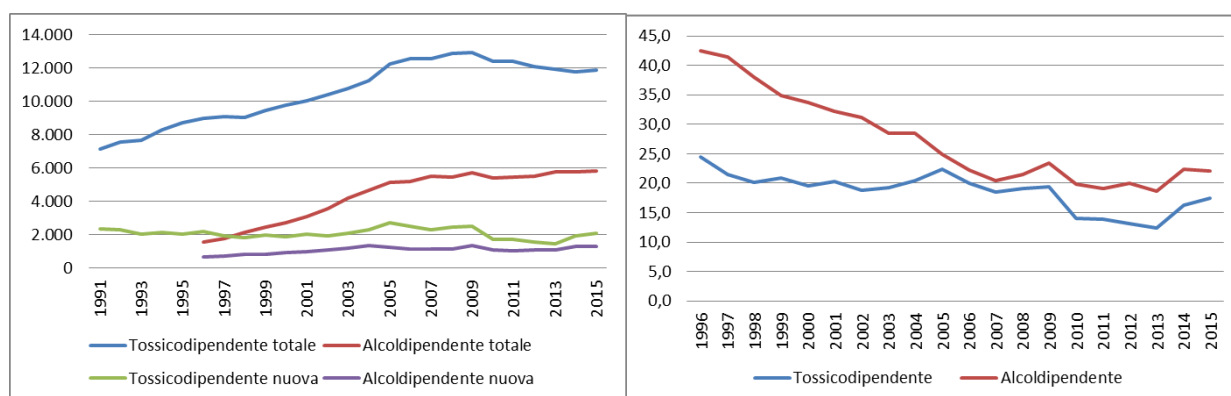


Tab. 4. Composizione utenza SerDP per aree problematiche nel 2015 e variazioni %

Aree problematiche	2015	Variazione % periodo 2015/2010
Alcol	7.783	7,0
Tabacco	1.682	80,5
Gioco	1.310	155,9
Droghe e/o farmaci	19.695	-0,2
Totale	30.470	7,1

Fonte: SIDER

Figg. 2A.B Andamento utenti SerT in carico: grafico 1: andamento totale e nuovi utenti, grafico 2: % di nuovi utenti sul totale.



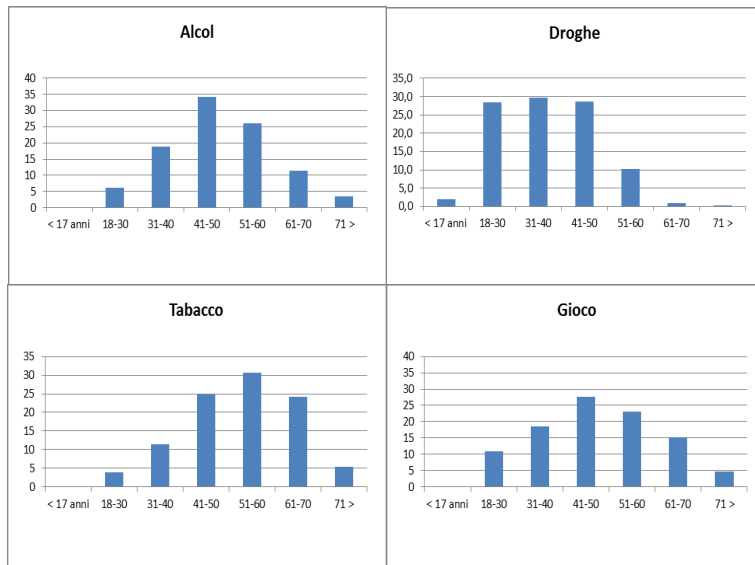
### Caratteristiche socio-anagrafiche dell'utenza

L'uso di sostanze psicotrope o le dipendenze in generale hanno effetti rilevanti sul deterioramento/modificazione delle condizioni sociali, sanitarie, relazionali, familiari, lavorative o personali delle persone che si rivolgono ai servizi. Aumenta sempre più l'età media degli utenti che accedono ai SerDP emiliano-romagnoli, come tra l'altro accade su tutto il territorio nazionale. Considerando solo gli utenti in carico con oltre 39 anni emerge che nel periodo 1991-2015 questa popolazione:

- è quasi triplicata (+165,1%), passando da 2.282 utenti a 6.050;
- è passata dal 21,2% del totale del 1991, al 36,2% del 2009, a 51,2% del 2015.

L'utenza SerDP del 2015 si è presentata con età adulta, anche se con un range di età molto ampio. Le età medie sono elevata: 47,7 anni per l'alcol, 52,4 anni per il tabacco, il 47,7 anni per il gioco e 36,1 anni per le droghe.

Figg. 3. Utenza SerDP per aree problematiche e classi di età (2015, %)



I dati epidemiologici relativi agli utenti che accedono ai servizi per le dipendenze per uso di droghe mostrano che i maschi rappresentano in media i  $\frac{3}{4}$  dell'utenza complessiva, proprio perché in generale consumano più sostanze rispetto alle femmine. Nel corso degli anni si è progressivamente assistito ad un calo della quota di donne che accedono ai SerDP, con un progressivo allineamento alle tendenze del quadro epidemiologico nazionale. La quota di maschi sul totale varia a seconda dell'area problematica: 73,5% per l'alcol, 80,2% per il gioco, l'84,4% per le droghe e il valore più basso per il tabacco: 48,9%.

La scarsa attrattività nei confronti della popolazione femminile va affrontata con nuove strategie che tengano conto delle peculiarità della dipendenza femminile. Le donne hanno una bassa prevalenza per uso di sostanze illecite e per questo sono meno considerate e avviate nei percorsi di cura del genere maschile. I percorsi ambulatoriali presso i SerDP sono ben strutturati per affrontare i temi della dipendenza tossicologica, del sostegno psicologico-educativo ed anche del sostegno alla maternità e alla genitorialità, ma sono carenti i percorsi ambulatoriali di sostegno psicologico e psicoterapico specifico. La dipendenza femminile infatti è spesso nascosta, il quadro psicopatologico è spesso più grave di quello maschile, c'è molta contiguità tra abuso di sostanza e DCA, i Disturbi gravi di personalità hanno caratteristiche specifiche, le donne soffrono spesso a causa di traumi subiti a seguito di abusi, violenze psicologiche e/o fisiche.

Le persone con nazionalità straniera sono divenute una realtà significativa non solo nella popolazione generale, ma anche tra l'utenza che accede ai Servizi per le dipendenze della regione: il fenomeno risulta essere in costante e rilevante crescita. Mentre l'accesso dei cittadini italiani nel periodo 2010-2015 è cresciuto del 2,4%, nello stesso periodo i cittadini non italiani sono cresciuti del 52,5%, passando da 2.665 soggetti del 2010 a 4.063 del 2015. I dati mostrano un trend in crescita che non avrà soluzione di continuità negli anni futuri.

### I canali di invio ai SerDP

Con il modificarsi delle tipologie, si sono modificati anche i canali di invio. Le modalità di accesso più frequenti sono l'accesso autonomo e gli invii da altri SerDP, soprattutto per la continuità dei trattamenti con sostitutivi, il carcere, la prefettura e i Servizi di salute mentale adulti.

L'invio è fortemente mediato dalla tipologia di area problematica. Per l'area droghe sono prevalenti gli accessi autonomi, gli invii da altri SerD per la continuità terapeutica o dalle carceri,



per l'area alcol sono prevalenti gli accessi autonomi, dai Servizi di salute mentale adulti o dai Servizi ospedalieri, mentre per il gioco è significativo l'accesso mediato da un familiare e per il tabacco è molto rilevante l'invio da parte dei medici di famiglia.

Tab. 5. Canale di invio utenza SerDP solo per i nuovi utenti\* (2015, % per tipologia di problematica\*)

	Alcol	Tabacco	Gioco	Droghe e/o farmaci
Altri SerT	7,2	0,5	1,4	22,5
Prefettura art 121	0,1	0,0	0,0	21,5
Area giudiziaria penale/carcere	9,5	0,0	2,4	15,7
Autonomo	24,8	37,9	58,6	14,6
Prefettura art 75	0,0	0,0	0,0	9,4
Verifica idoneità mansioni a rischio	0,6	0,7	0,0	1,9
Servizio sociale minori	2,9	0,0	0,8	1,5
CML (art 187)	0,7	0,0	0,0	1,5
Servizi Salute mentale	9,0	1,7	8,8	1,4
Familiari	3,3	2,7	11,6	1,2
Servizio ospedaliero	11,5	10,8	2,2	1,1
Unità di strada	0,2	0,0	0,0	1,0
Enti accreditati	0,7	0,0	0,2	0,8
MMG	7,4	31,5	5,4	0,8
Altri servizi AUSL	1,8	2,3	1,0	0,7
NPIA (già Materno infantile)	0,5	0,0	0,2	0,6
Amici	0,5	7,5	2,0	0,3
CML (art 186)	12,5	0,0	0,0	0,3
Altro	6,6	4,3	5,6	3,2
Totale	100,0	100,0	100,0	100,0

\* Cartelle cliniche aperte per la prima volta nel 2015.

## Le sostanze d'abuso

Come evidenziato in precedenza, le sostanze d'abuso tra gli utenti tossicodipendenti in carico si sono modificate nel corso del tempo sia in termini di tipologia, sia nelle modalità d'uso. La maggior parte degli utenti SerDP sono persone con un consumo di stupefacenti per via parenterale oppure un consumo da lunga data/regolare di oppiacei e cocaina. La maggior parte delle dipendenze è dovuta al consumo di tre sostanze: eroina, cocaina e cannabis.

Gli utenti dei SerDP sono spesso policonsumatori: a prescindere dalla rilevanza dell'uso della sostanza (primaria/secondaria), nel 2015 il 71% dei tossicodipendenti ha utilizzato l'eroina, il 31,1% la cocaina e il 19,0% cannabinoidi. Nel corso del tempo l'eroina ha visto un progressivo calo in termini relativi (dal 91,4% del 1991 al 71%), ma non in termini assoluti dove invece si individua un aumento dell'utenza con questa forma di dipendenza; al contrario vi è stato un incremento della cocaina: gli utenti erano il 5,9% nel 1991, il 23% nel 2003 e sono stati il 31,1% nel 2015.

Per i nuovi utenti lo scenario è molto differente:

- la dipendenza da cocaina riguarda il 43,5% dei nuovi utenti, spesso come sostanza secondaria e assunta per lo più per via nasale (ma qualcuno la fuma o la inietta);
- l'eroina segue a breve distanza con il 39,5%, quasi sempre come sostanza primaria, principalmente fumata (circa il 50%). L'assunzione per via iniettiva è la seconda modalità più frequente tra i nuovi casi con circa il 35%.
- il 35,1% dei nuovi utenti ha problemi con la cannabis.

Fig. 4. % utenti tossicodipendenti per singola sostanza d'abuso negli per anni

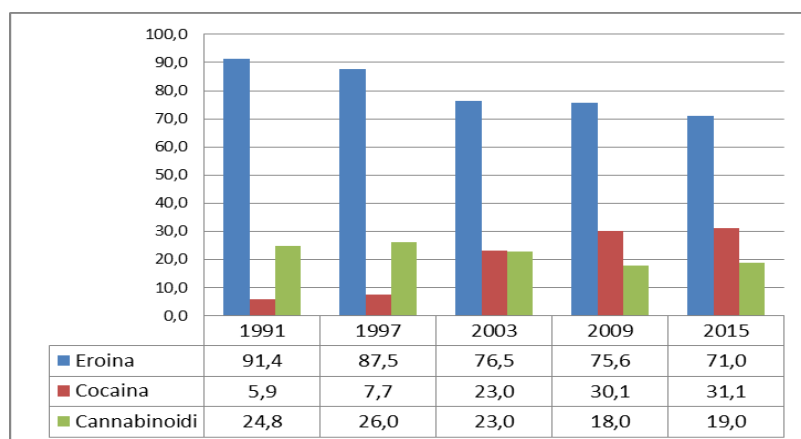
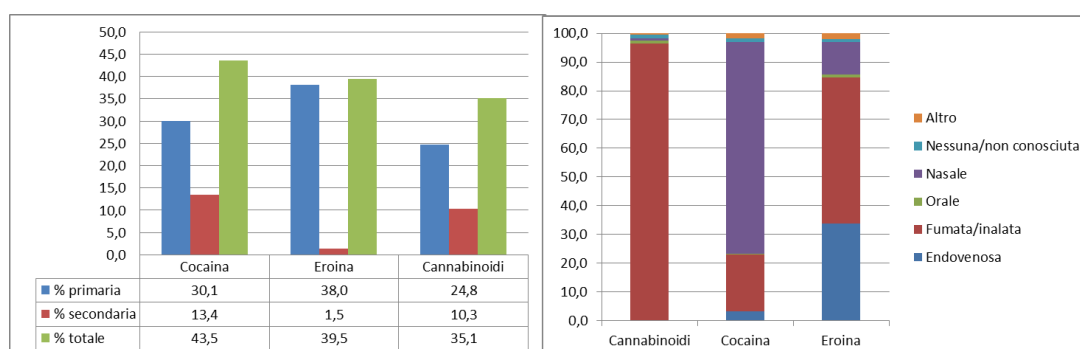


Fig. 5A.B. Utenti tossicodipendenti nuovi nel 2015: grafico 1 - % di utenti per singola sostanza, grafico 2 –modalità di assunzione della sostanza primaria (%).



## Inserimenti in strutture residenziali

La domanda di trattamenti residenziali (numero di utenti) si dimostra in leggero aumento nel corso degli anni, passando da 1.850 persone inserite per almeno un giorno nel 2010 a 1.922 del 2015. In particolare, l'aumento è più consistente per gli utenti con diagnosi di alcolismo (+41,0%, da 384 a 591) e in calo tra gli utenti con diagnosi di tossicodipendenza (-9,0%, da 1.464 a 1.326), con un forte incremento delle altre tipologie di utenti/inserimenti, quali i giocatori d'azzardo (55 nel 2015, 2 inserimenti nel 2010) e gli arresti domiciliari (stabili, 141 nel 2015).

Nel periodo 2002/2015 la spesa sostenuta per gli inserimenti in strutture accreditate da parte delle AUSL si è fortemente modificata:

- la spesa totale è cresciuta dell'83,2% (da 11.429.107 a 20.941.553)
- la spesa per le strutture terapeutiche e pedagogiche cala fortemente (dal 73,2% del 2002 al 50,2% del 2015), a fronte di un aumento nelle specialistiche (dal 7,7% del 2002 al 17,3% del 2015), e in particolare di 'altre strutture non accreditate per le dipendenze' (per la

maggior parte appartamenti supportati) che passano dall'1,7% del 2002 al 14,5% del 2015.

- si riduce in termini assoluti e relativi la spesa per gli inserimenti in strutture extra Regione Emilia-Romagna (da 1.984.796 del 2002, pari al 17,4% del totale del budget, a 868.950, pari al 4,1%)
- vi sono nuovi interventi che in precedenza non esistevano: le spese per gli arresti domiciliari (6,9% nel 2015) e soprattutto per attività territoriali (7% nel 2015).

Tab. 6. Spese sostenute dalle AUSL per gli inserimenti in strutture accreditate negli anni (v.a. e variazioni %)

Tipologia/luogo intervento	2002		2008		2015		Variazione %	
	v.a.	%	v.a.	%	v.a.	%	2015/2002	2015/2008
Terapeutica e Pedagogica Regionale	8.366.219	73,2	10.795.334	64,2	10.508.762	50,2	25,6	-2,7
Specialistica regionale	880.958	7,7	3.374.810	20,1	3.623.195	17,3	311,3	7,4
Attività territoriali	-	0,0	-	0,0	1.460.646	7,0	-	-
Arresti domiciliari	-	0,0	-	0,0	1.449.583	6,9	-	-
Altre strutture RER non accreditate per le dipendenze	197.133	1,7	1.167.247	6,9	3.030.417	14,5	1437,2	159,6
Extra Regione Emilia-Romagna	1.984.796	17,4	1.479.190	8,8	868.950	4,1	-56,2	-41,3
Totale	11.429.107	100,0	16.816.581	100,0	20.941.553	100,0	83,2	24,5

## Le Unità di strada e le strutture a bassa soglia

Gli interventi di riduzione dei rischi legati al consumo di sostanze vengono svolti da 25 Unità di Strada (attivate da Aziende Sanitarie e Comuni e prevalentemente gestite dal Terzo Settore) nei luoghi del divertimento della regione. Gli interventi di riduzione del danno rivolte ai tossicodipendenti attivi sono svolti da 5 Unità di strada, da 3 Strutture a bassa soglia di accesso (Drop In) di Parma, Reggio Emilia e Modena e dall'Unità Mobile di Bologna. Nel 2015 le Unità di strada hanno contattato 69.164 persone con un aumento di oltre 10.000 contatti rispetto all'anno precedente. I contatti nell'ambito della riduzione del danno sono stati 12.545, con un aumento del 50% rispetto all'anno precedente. Sempre nel 2015 sono stati effettuati 18.406 alcoltest; e distribuiti 36.501 profilattici, in entrambi i casi registrando un calo. Le siringhe distribuite sono state 24.548, quelle ritirate 21.883. Sono state consegnate 177 fiale di Narcan. Gli utenti dei Drop-in sono stati 682 con una media giornaliera di accessi di 38 persone.

## IL SISTEMA DEI SERVIZI

Le sostanze illegali continuano ad essere facilmente reperibili ed accessibili, e questo contribuisce alla considerazione del consumo di sostanze come consumo "normale" e le sostanze illegali sono considerate beni di consumo al pari degli altri. I giovani, in particolare, spesso non percepiscono i rischi legati agli stili di consumo.

Il consumo di alcol e di altre sostanze stupefacenti è una delle principali cause di mortalità evitabile tra i giovani, sia direttamente in seguito a overdose (decessi indotti da stupefacenti) sia indirettamente in seguito a problemi sanitari, incidenti, violenze e suicidi connessi al consumo.

Le caratteristiche degli stili di consumo confermano la necessità di organizzare un **sistema di intervento e di cura flessibile, destigmatizzante, accogliente e prossimo alla domanda per tutte le tipologie di consumo.**

La numerosità della popolazione utilizzatrice di sostanze e la labilità del confine tra consumo ed abuso per molte sostanze, rende auspicabile un massiccio investimento nelle attività di accoglienza e cura che andrebbero per l'appunto rese con le modalità proposte sopra.

Il sistema della cura deve:

- avere un atteggiamento attivo, votato alla ricerca dell'utente, alla disponibilità verso di lui ed all'intervento sulla rete sociale in cui è inserito;
- favorire uno scambio ed un confronto tra i professionisti, privilegiando la competenza e non l'appartenenza ad una struttura organizzativa;
- promuovere la formazione congiunta per facilitare la conoscenza reciproca, il lavoro in comune ed una pratica che combini evidenze scientifiche ed esperienze sul campo.

Il SerDP è collettore dei fabbisogni di promozione della salute e di cura nei diversi contesti. A tali bisogni risponde attraverso **percorsi di intervento interni** al DSM-DP ed **esterni**, dentro e fuori l'Azienda USL, **integrati con i Servizi Sociali e con il Privato sociale.**

Le soluzioni organizzative da adottare per l'attuazione dei percorsi di cura devono **superare la logica del servizio a favore della trasversalità**, dell'integrazione delle competenze e della condivisione degli interventi, prevedendo specifiche modalità di **collaborazione tra i diversi servizi** e soggetti che fanno parte del sistema e che concorrono alla realizzazione degli interventi. La promozione della salute dei consumatori e la cura delle dipendenze competono al sistema dei servizi composto dai **Servizi per le Dipendenze Patologiche** (SerDP), in quanto servizi specialistici, dagli **altri servizi sanitari** coinvolti, dai **Comuni e dai loro servizi territoriali**, dai **servizi di strada** e a bassa soglia, dagli **Enti accreditati** e dal **Volontariato** che collaborano all'attuazione degli interventi di cura.

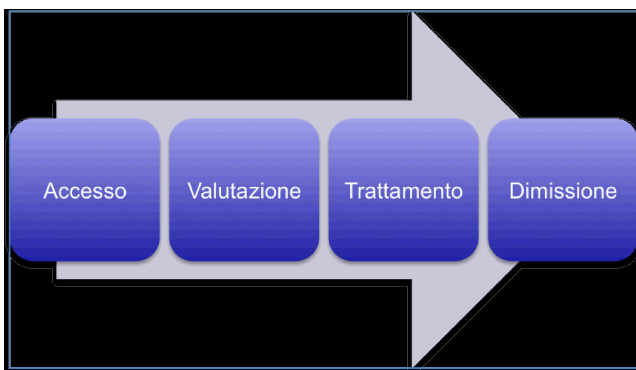
La collaborazione con gli Enti Accreditati si è arricchita e modificata negli anni, ha superato la logica stretta della fornitura e si è diretta verso la possibilità di discutere sui bisogni territoriali e sulle necessità di rimodulazione delle offerte.

### Principi ispiratori:

- **La persona al centro dell'attenzione.** Il sistema dei servizi opera per garantire i diritti delle persone e l'equità nell'accesso alle opportunità della rete territoriale. Opera inoltre per ridurre le disuguaglianze e lo stigma, ridurre le condizioni che favoriscono la cronicizzazione, valorizzando le persone come risorsa del sistema. Gli interventi ed i percorsi sono personalizzati in base alle condizioni di vitae alle esigenze e risorse delle persone con problemi di abuso/dipendenza e dei loro familiari. I progetti di cura comprendono sempre anche un lavoro sul piano relazionale e sociale e la ricerca della condivisione del paziente. L'intero sistema dei servizi (ed anche i singoli operatori)

assumono una posizione non giudicante, intesa come rispetto delle persone indipendentemente dalla loro condizione, stato e comportamento e motivazione al cambiamento del proprio stile di vita. In questa logica va garantita la presa in carico anche delle persone prive di permesso di soggiorno, con gli interventi possibili.

- **Partecipazione e rete dei servizi.** Il sistema dei servizi è una rete collaborativa composta di servizi specialistici dedicati al trattamento degli stati di dipendenza (SerDP), di altri servizi sanitari, di servizi socio-assistenziali pubblici, di servizi offerti dagli Enti accreditati e dalle associazioni di auto-mutuo-aiuto e di volontariato e da altri servizi e opportunità presenti sul territorio. Finalità della rete sono il miglioramento delle condizioni di salute, il mantenimento delle risorse personali del consumatore e la promozione di opportunità e di cittadinanza attiva.
- **Valorizzazione, specializzazione e qualificazione degli operatori/delle operatrici all'interno del sistema dei servizi.** Le diverse figure professionali e la loro interazione hanno un ruolo fondamentale. La qualità dei servizi prestati è determinata anche dalla possibilità di stimolare la motivazione e promuovere le competenze degli operatori. Il rapido evolversi dei consumi, delle condizioni sociali e della ricerca scientifica impone capacità di riadattare le strategie di intervento con un impegno sistematico di qualificazione e di aggiornamento degli operatori/delle operatrici.
- **Recovery e Stepped care alla base del processo di cura.** Le fasi essenziali costitutive del processo generale di cura degli utenti presso i Servizi per le Dipendenze sono schematizzabili in questo modo:



Estremamente importante è la definizione del paradigma di fondo del processo generale, riassuntivo dei valori dei Servizi per le Dipendenze e fondamentale per orientare le metodologie di intervento e le tecniche professionali applicate di cui si compone l'operatività. Si riconosce che il processo generale è informato da due principi di carattere generale che, considerati insieme, nella prospettiva della reciproca sinergia tra cultura e struttura, ne costituiscono il paradigma su cui orientare la riorganizzazione e il rilancio dei Servizi per le Dipendenze:

**Orientamento al recovery:** i Servizi per le dipendenze lavorano con la finalità di migliorare la qualità di vita delle persone con dipendenze patologiche e, laddove sia possibile, di ottenere l'affrancamento dalle sostanze. Le strategie mediche di gestione dei sintomi, sono mezzi e non fini dell'azione terapeutica. L'azione terapeutica si identifica con lo sviluppo delle potenzialità e delle risorse individuali, attraverso processi tesi a promuovere l'autonomia e la responsabilità delle persone con dipendenze nel contesto di vita. Tale orientamento del processo generale si riflette sulla **cultura** professionale del servizio coerente con un atteggiamento non giudicante e rispettoso dell'autonomia.

**Organizzazione per intensità di cure (Stepped Care):** i percorsi di cura sono guidati dal principio della minore invasività possibile e dalla tensione costante verso la riduzione progressiva dell'invasività delle cure. Per realizzare in modo ottimale lo scivolamento verso la minore intensità, occorre una regia che favorisca lo sviluppo nel territorio delle soluzioni di post cura, componendo una precisa **struttura** di offerta disposta, senza soluzione di continuità, tra il sistema di cura e il sistema di comunità.

## Il Programma dipendenze patologiche

L'istituzione dei Programmi aziendali Dipendenze Patologiche ha senza dubbio facilitato l'integrazione tra servizi sanitari diversi, tra pubblico e privato sociale ed il rapporto con gli Enti Locali.

L'integrazione del SERT all'interno del DSM-DP ha favorito la collaborazione tra le UO del Dipartimento. Tuttavia la completa integrazione tra le diverse UO non si è ancora realizzata appieno. Va quindi potenziata la dimensione trasversale del Dipartimento superando le canine d'organo professionali e organizzative che non sono adatte a rispondere alla attuale complessità delle situazioni di abuso e dipendenza.

E' pertanto opportuno mantenere la funzione di Programma Dipendenze Patologiche all'interno di ogni Azienda USL.

Il Programma Dipendenze Patologiche garantisce il coordinamento con gli Enti

Accreditati e con gli Enti Locali e la salvaguardia delle specificità metodologiche dell'intervento del SerDP.

Il Programma DP presidia i seguenti aspetti:

- Sviluppo organizzativo e professionale del sistema di cura delle dipendenze
- Presidio dei percorsi di cura integrati e cura delle interfacce
- Rapporto con il privato sociale ed, in particolare, applicazione locale dell'accordo Regione – Coordinamento Enti Ausiliari
- Supporto e collaborazione agli interventi di promozione di sani stili di vita, di riduzione dei rischi e di integrazione sociosanitaria (prevenzione, prossimità, reinserimento sociolavorativo, riduzione del danno) e collaborazione con gli Enti Locali per l'attuazione degli interventi
- Attività di Osservatorio sulle dipendenze
- Attività di formazione e aggiornamento.

La Regione Emilia-Romagna, con il Programma Regionale Dipendenze Patologiche, persegue l'obiettivo di migliorare la qualità e facilitare l'accesso dei cittadini portatori di bisogni ai programmi ed ai servizi di prevenzione del rischio, di cura, di reinserimento sociale e di riduzione del danno da consumo/abuso di sostanze.

Obiettivi specifici del Programma Regionale sono:

1. Coordinamento del Comitato di Programma, costituito dai Direttori dei programmi aziendali.
2. Monitoraggio sull'applicazione delle normative e delle linee di indirizzo regionali
3. Monitoraggio sull'omogeneità degli standard di intervento
4. Supporto alla sperimentazione e diffusione di buone pratiche
5. Attuazione e monitoraggio di progetti regionali
6. Coordinamento della Commissione di monitoraggio dell' accordo RER – CEA

## Funzioni dei SerDP

I SerDP sono i servizi specialistici per la cura delle dipendenze che operano anche in una logica di prossimità e bassa soglia e partecipano alla pianificazione ed alla valutazione di progetti d'intervento integrati per persone con problemi di dipendenza, i loro familiari ed il loro contesto sociale.

Il SerDP interviene con le proprie competenze professionali su target e percorsi che riguardano:

- consumatori di sostanze psicoattive, compreso alcol
- giocatori d'azzardo
- tabagisti

Gli ambiti di intervento riguardano:

- prevenzione e promozione della salute
- accoglienza e trattamento, compresi gli interventi di riduzione del danno
- reinserimento sociale e prevedono a volte percorsi specifici e differenziati per tipologia ed età.

## IL MODELLO STEPPED CARE PER INTENSITÀ DI CURA

### Bassa intensità

La bassa intensità comprende modelli di intervento caratterizzati da minore intensità terapeutica, anche in presenza di alta intensità assistenziale, quali: interventi di prossimità, accoglienza, continuità assistenziale con i MMG, Case per la salute e altri servizi sanitari e sociali (anche nella fase di dimissioni e reinserimento), promozione delle forme di auto-aiuto, gestione della cronicità stabilizzata (chronic care model) e interventi a bassa soglia a livello ambulatoriale, di prossimità e residenziale.

Il SerDP interviene con le proprie competenze professionali su target e percorsi che riguardano:

- consumatori di sostanze psicoattive, compreso alcol
  - giocatori d'azzardo
  - tabagisti

Vanno in ogni caso salvaguardate le specificità del SerDP quali il carattere multidisciplinare dell'equipe professionale, la capacità di operare con confini flessibili (servizio a libero accesso, anche a bassa soglia) e la disponibilità ad attivare diversi livelli di collaborazione all'interno della rete territoriale.

Questi livelli fanno riferimento a:

- conoscenza reciproca
- consulenza reciproca
- definizione e cura delle interfacce
- disponibilità alla co-progettazione
- formazione reciproca

Tali strumenti organizzativi supportano l'identità del servizio, ne costituiscono la cultura operativa di riferimento e come tali vanno valorizzati anche nell'incontro con altri servizi della rete socio-sanitaria. A questo proposito si ricorda lo strumento dell'accordo di programma come cornice istituzionale per formalizzare i rapporti con l'Ente Locale.

Gli ambiti di intervento riguardano:

- prevenzione e promozione della salute
- accoglienza e trattamento, compresi gli interventi di riduzione del danno
- reinserimento sociale

e prevedono a volte percorsi specifici e differenziati per tipologia ed età. In tali ambiti sono da ricercare e definire collaborazioni con il Privato sociale anche con la sperimentazione di nuove modalità di accoglienza e di intercettazione.

Per gli stranieri è necessario un approccio che tenga conto delle difficoltà culturali e relazionali che possono ostacolare l'accesso ai servizi e va facilitato, superando le attuali difficoltà organizzative e di risorse economiche, il ricorso, al bisogno, di un mediatore culturale/linguistico.

E' inoltre utile:

- strutturare interventi di prevenzione mirata all'aggancio delle persone straniere nella fase iniziale dell'uso di sostanze e favorire un contatto precoce con le persone di più recente migrazione che, anche se non ancora coinvolte nel problema della dipendenza, rappresentano un gruppo ad elevato rischio, soprattutto se irregolari;
- promuovere e sostenere progetti integrati tra servizi di cura e Terzo settore, per favorire la conoscenza e l'accesso ai servizi, attivare iniziative informative su problematiche inerenti temi specifici (ad es: alcol e guida, alcol e lavoro ecc.);



- produrre e diffondere strumenti utili agli utenti stranieri per accedere a tutte le informazioni necessarie ad orientarsi più facilmente all'interno della organizzazione (orari, nominativi, numeri di telefono, mappe ...);
- utilizzare materiale informativo multilingua, al fine di aumentare le conoscenze sulle sostanze e sui rischi ad esse correlate e sui servizi specifici, in modo da facilitare l'accesso. Costituisce valore aggiunto veicolare la diffusione del materiale attraverso un buon contesto relazionale.

Gli interventi di prevenzione vengono svolti nell'ambito del Piano regionale della prevenzione e della programmazione dei Piani distrettuali per la Salute e il benessere.

Nel Piano regionale della Prevenzione gli interventi riconducibili ai SerDP si collocano nel capitolo "Stili di vita (alcol, fumo, alimentazione, movimento) e prevenzione delle dipendenze" in collaborazione con la Sanità Pubblica titolare del Piano. Per il target adolescenti e giovani, in ambito scolastico i progetti a valenza regionale si richiamano alla cornice di "Scuole che promuovono salute" con attenzione a: lavoro sul contesto scolastico, sui curricula, sulle relazioni e sull'educazione tra pari. In ambito extra-scolastico, in collegamento con la programmazione dei Piani distrettuali per la salute e il benessere, il riferimento regionale è con i Servizi di prossimità presenti in ogni territorio delle Aziende UsI in collaborazione con gli Enti Locali e le diverse agenzie del territorio.

I Servizi di consulenza on-line sui temi legati al consumo di sostanze, ai comportamenti di gioco, alla affettività e sessualità sono attivi da anni e costituiscono esperienze da consolidare ed estendere.

Per gli adulti, interventi di promozione di sani stili di vita sono promossi nell'ambito degli ambienti di lavoro in collaborazione con il Dipartimento di Sanità pubblica, mentre nel campo della guida sicura gli interventi sono realizzati in collaborazione con le CML e la Medicina Legale.

Per quanto riguarda le collaborazioni nella comunità locale si evidenzia l'importanza di attivare sinergie con i Centri per le famiglie ove presenti.

### **Accoglienza e trattamento**

In questo ambito è necessario esplicitare e consolidare:

- modello di riferimento per l'accoglienza, comprese le prassi operative da garantire per le prescrizioni degli esami di laboratorio da effettuare all'ingresso;
- differenziazione di modalità e contesti in relazione alle diverse aree problematiche;
- criteri di accesso ed eleggibilità alla presa in carico;
- individuazione del case-manager quando la presa in carico è condivisa con altri servizi;
- canali di invio e interfacce : altri servizi del DSM-DP, enti accreditati, pronto soccorso e reparti ospedalieri, MMG e PLS e Cure primarie, UEPE , Carcere, Prefettura, Servizio sociale Minori, Sportelli sociali , Servizi a bassa soglia, Associazioni del territorio, etc;
- reperibilità di un mediatore culturale/linguistico per l'accesso degli stranieri, poiché la barriera linguistica ostacola l'accesso ai servizi. In tal senso è utile attivare la partecipazione dei soggetti territoriali per favorire il coinvolgimento delle comunità di appartenenza.

La qualità dell'accesso è la cartina al tornasole della capacità del servizio di essere in linea con i bisogni della popolazione e di avere i corretti rapporti di rete con il resto dei servizi alla persona.

La massima riduzione delle barriere all'accesso è garantita da:

- gratuità della prestazione (assenza delle barriere economica)
- distribuzione dell'attività sul territorio,
- sviluppo dell'accesso mediato da altri servizi e/o facilitato dagli interventi di prossimità e/o, per gli stranieri, facilitato dalla mediazione culturale e linguistica (eliminazione della barriera spaziale e linguistica),

- tempestività del contatto in relazione alla richiesta (eliminazione della barriera temporale),
- specificità dell'intervento di accoglienza,
- eventuale riorientamento della domanda (aumento della fruibilità) per convogliare il bisogno verso le risposte più adeguate grazie ad un'utile interfaccia con agenzie o servizi del territorio.

L'accesso deve indirizzare verso percorsi differenziati per popolazione e per tipologia di dipendenza:

- per i giovani, con un lavoro sulla famiglia ed una collaborazione con istituzioni e servizi del territorio come scuole, spazi giovani dei consultori, servizio sociale minori, servizi e offerte degli Enti Locali,
- per le dipendenze da sostanze stupefacenti e per la dipendenza da alcol, che costituiscono ancora il core principale degli interventi,
- per la dipendenza da gioco d'azzardo ed altre dipendenze emergenti, in accordo con le indicazioni della Regione Emilia-Romagna che prevede l'organizzazione di percorsi specifici.

Per gli stranieri non si ipotizza l'organizzazione di un percorso specifico, ma si sottolinea la necessità di un approccio che tenga conto delle difficoltà culturali e relazionali che possono ostacolare l'accesso e la ritenzione in trattamento.

## Indicazioni operative

### Accesso diretto

- Considerare la collocazione e il comfort dei Servizi delle Dipendenze favorendo la neutralità, la contiguità con altri servizi e l'adeguatezza degli ambienti (ad es: Casa della Salute).
- Governare la tempestività
- Rendere disponibili materiali informativi multilingua

### Accesso mediato

I principali punti dell'accesso mediato sono i MMG, i Pronto Soccorso, l'Ospedale ed i Servizi Sociali, Prefettura e Tribunale.

- Utilizzare la formazione quale strumento per condividere percorsi di collaborazione e invio al SerDP da parte di MMG, Pronto Soccorso, Neuropsichiatria Infantile, Unità Operative Ospedaliere (in particolare Cardiologia, Otorino, Gastroenterologia, Ortopedia, Medicina). La formazione deve essere focalizzata sul riconoscimento dei casi intercettati.
- Favorire lo scambio di informazioni e l'istruttoria comune del caso negli invii promossi dai Servizi sociali.
- Definire modalità omogenee e standard operativi comuni per la gestione degli art. 121 e attivare protocolli di integrazione con le Prefetture.
- Garantire la continuità assistenziale per i soggetti che escono dal carcere.

### Accesso Facilitato

- Mantenere e sviluppare la rete dei servizi di prossimità, Unità di Strada e Drop In, potenziando la collaborazione e facilitando la trasmissione verso i Servizi di Cura.
- Utilizzare le agenzie di Mediazione culturale e linguistica per i cittadini stranieri.
- Favorire esperienze di collaborazione con Pazienti esperti e associazioni di auto-aiuto.
- Usare gli interventi di prevenzione per favorire i contatti precoci nei contesti sensibili (scuola, sport, associazioni culturali giovanili, tempo libero...).

Per quanto concerne gli adolescenti e i giovani, si evidenzia che da alcuni anni si assiste ad un abbassamento di età di parecchi nuovi pazienti, spesso consumatori di più sostanze (eroina fumata, cannabis, cocaina), inviati in gran parte dai Servizi Sociali territoriali.

Vi sono nei territori diverse esperienze rivolte agli adolescenti, che possono costituire buone pratiche di riferimento anche per altre realtà. Si tratta di modelli di intervento dove gli operatori di formazione e provenienza SerDP mettono a disposizione la propria competenza specifica, ma in luoghi non connotati sulle dipendenze, anche in équipe integrate tra servizi del DSM-DP e tra dipartimenti. Gli interventi per gli adolescenti e i giovani devono essere facilmente accessibili, erogati da professionisti competenti ed adottare un approccio di prossimità. Occorre porre un'attenzione particolare alla tempestività dell'intervento, poiché questa migliora gli esiti ed al coinvolgimento delle famiglie. E' quindi indispensabile riconoscere precocemente i segnali di rischio e di disagio nei contesti di vita degli adolescenti e dei giovani, compreso il contesto scolastico.

Per quanto riguarda gli stranieri si sottolinea l'importanza di favorire il loro accesso ai servizi, anche a bassa soglia, attivando la mediazione linguistica e culturale se necessaria. La presa in carico anche delle persone prive di permesso di soggiorno aiuta l'attivazione di percorsi di rientro nel loro paese d'origine. A tale proposito è importante considerare e conoscere, anche con attività di formazione dedicate, la possibilità di attivare i percorsi di rientro assistito previsti dalle norme europee e nazionali.

Per quanto riguarda gli Olders, (adulti con più di 45 anni,) con quadri misti, assimilabili all'anziano, devono essere predisposti percorsi personalizzati, anche con la metodologia del budget di salute, sulla base di progetti definiti con le UVM, al fine di favorire le autonomie residue e facilitare la permanenza delle persone presso il loro domicilio, quando possibile. Esistono esperienze significative, da approfondire, per questa tipologia di pazienti (cohousing, gruppi famiglia e comunità di accoglienza.)

La partecipazione del SerDP alle Unità di valutazione multidimensionale è realtà organizzata solo in alcune AUSL e va estesa in tutti i territori.

In generale è necessario valorizzare e diffondere in tutti i territori gli interventi rivolti ai familiari, con particolare riferimento al lavoro di gruppo e alle esperienze di auto-aiuto.

Tale principio vale non solo per il target adolescenti ma deve guidare progetti di miglioramento per tutti i target degli interventi del SerDP: interventi per le famiglie, interventi gruppal, valorizzazione dell'auto-mutuo aiuto, anche nella loro valenza di stimolo alla comunità di prendersi cura della salute.

### **Promozione della salute, prevenzione dei comportamenti a rischio e riduzione del danno**

Gli interventi di promozione della salute e del benessere fanno riferimento alle indicazioni del Piano Regionale di Prevenzione 2015-2018 e delle Linee di indirizzo regionale "Progetto Adolescenza" e si collocano nell'ambito della programmazione socio-sanitaria locale.

La prevenzione dei problemi connessi al consumo di droga, in particolare tra i giovani, rappresenta un obiettivo politico essenziale della Regione Emilia-Romagna, in linea con la strategia europea in materia di droga per il periodo 2013–2020. Ciò non significa che si debba perseguire l'obiettivo di una società senza droghe; obiettivo, come già affermato nella DGR 1533/2006, irrealistico. Negli ultimi anni il dibattito europeo ha suggerito di abbandonare le politiche puramente repressive, risultate fallimentari in tutto il mondo, per adottare approcci di tutela della salute e della sicurezza delle popolazioni e dei consumatori, che evitino lo stigma facendo emergere i rischi che l'uso e l'abuso di sostanze comportano ed affrontandoli con interventi multidimensionali a valenza sociale-sanitaria-educativa.

La prevenzione in questo settore comprende un'ampia gamma di approcci. Le strategie ambientali e universali sono dirette all'intera popolazione, la prevenzione selettiva si concentra sui gruppi vulnerabili, più esposti al rischio di problemi di tossicodipendenza, mentre la prevenzione "mirata" è rivolta agli individui a rischio.

In ambito scolastico gli approcci con maggiori prove di efficacia, (certificate dall'Osservatorio Europeo-EMCDDA e da altri studi e che hanno prodotto risultati positivi sia per il supporto che possono fornire agli studenti ed agli insegnanti, che per il miglioramento del clima scolastico), riguardano i programmi che prevedono la formazione degli insegnanti e la partecipazione attiva degli studenti (peer education) e sono finalizzati a promuovere un ethos scolastico positivo e cambiamenti culturali ed a costruire competenze sociali (life skills). In molte scuole si adottano approcci di individuazione e intervento tempestivi, in genere attraverso gli sportelli scolastici. La funzione di ascolto, consultazione e orientamento, il più delle volte, è sufficiente ad affrontare positivamente le domande. Quando è necessario, i servizi di ascolto debbono poter attivare i servizi specialistici.

Gli interventi di prevenzione basati esclusivamente sull'offerta di informazioni "a spot" sembrano avere scarsa efficacia.

Nei contesti extrascolastici sono stati osservati effetti positivi negli interventi che prevedono il coinvolgimento diretto dei giovani.

L'associazione tra gli ambienti della vita notturna e alcuni modelli di consumo di droga ed alcol ad alto rischio è ben nota ed è quindi necessario attivare in modo generalizzato misure di prevenzione dei rischi collegati. Ciò può avere effetti benefici su una vasta gamma di conseguenze associate, come problemi acuti a causa di policonsumo, violenza, lesioni involontarie, guida sotto l'influenza di sostanze, sesso non protetto o contatti sessuali non desiderati. Un mix equilibrato di prevenzione, riduzione del danno e applicazione della legge richiede integrazione tra l'intervento sui singoli consumatori, strategie ambientali e il coinvolgimento delle parti interessate. Le indicazioni recentemente approvate a livello regionale (Notte di qualità, Riduzione del danno, requisiti delle Unità di Strada) offrono a Comuni ed Aziende Sanitarie una guida per l'attuazione di programmi di prevenzione in ambienti ricreativi e di riduzione del danno. Nella Regione Emilia-Romagna sono già attive 25 Unità di Strada che intervengono nei luoghi del divertimento. E' opportuno estendere la presenza degli interventi di riduzione dei rischi per garantire maggiore copertura degli eventi in cui vengono consumate sostanze legali e illegali. Tale obiettivo si può raggiungere con il coinvolgimento delle AUSL e dei Comuni, la responsabilizzazione dei privati che organizzano eventi e che gestiscono locali e con la definizione condivisa di requisiti e regole che favoriscano la tutela della salute. E' importante costruire procedure di collaborazione e interventi di formazione congiunta con i servizi di Pronto Soccorso (118 e PS ospedalieri).

I cambiamenti nei modelli di consumo delle sostanze hanno favorito lo sviluppo di nuovi metodi di intervento. Internet acquisisce un'importanza sempre maggiore quale piattaforma informativa e di assistenza, che consente di raggiungere un ampio numero di destinatari degli interventi. Tra questi, l'utilizzo del Web può svolgere un ruolo importante, in particolare tra i giovani, come strumento di educazione, prevenzione dei rischi e riduzione di alcuni problemi legati all'uso di sostanze. I vantaggi principali sono relativi alla possibilità di avvicinare gruppi di consumatori non in contatto coi servizi di cura e la facilità e "comodità" di accesso in quanto è possibile un contatto immediato, non ci sono tempi di attesa e aumenta la capacità dei servizi di raggiungere un maggior numero di persone che cercano aiuto. Data l'assenza di contatto faccia a faccia con un professionista, i programmi completamente automatizzati non sono appropriati per il trattamento di tutti i problemi di droga. Possono tuttavia fornire un valido aiuto per le persone il cui consumo non richiede assistenza medica e che per qualsiasi ragione non sono in grado o non vogliono farsi curare dai servizi tradizionali. Via Web si possono offrire programmi di auto-aiuto (contatto online

con o senza consulente e sessioni di chat uno-a-uno) e programmi di trattamento complementari. I programmi online si basano su interventi educativi e psicosociali, orientati a modificare i comportamenti tramite una maggiore consapevolezza e conoscenza dei propri consumi, sostegno alla motivazione, rafforzamento delle abilità interpersonali, favorendo i cambiamenti dello stile di vita e migliorando le strategie di prevenzione delle ricadute. Gli interventi web-based offrono nuove opportunità per il raggiungimento dei consumatori di sostanze e contemporaneamente ampliano i punti di accesso disponibili per un aiuto professionale in un modo economicamente efficiente.

Particolare rilevanza assume la possibilità di organizzare interventi di accoglienza degli adolescenti e dei giovani all'interno dei PS. Le situazioni di disagio in adolescenza si manifestano spesso, infatti, con comportamenti che hanno a che fare con il corpo. Sia gli attacchi autolesivi ed autosoppressivi che le diverse forme di somatizzazione che i disturbi alimentari nonché l'abuso di alcool e sostanze, per citare solo i più comuni, producono alterazioni del sé corporeo. Il Pronto Soccorso appare quindi come uno dei luoghi più idonei ad intercettare alcune delle problematiche evidenziate sopra. L'organizzazione all'interno del PS di un intervento routinario che affianchi le attività di triage favorisce una migliore gestione delle intossicazioni d'abuso e l'identificazione di problematiche mascherate che possono essere trattate con interventi appropriati in PS ed orientate verso processi di presa in cura insieme alle loro famiglie. La letteratura internazionale più recente sottolinea l'importanza di offrire un intervento breve motivazionale nel contesto del Pronto Soccorso in quanto tale intervento offre un'importante "finestra di opportunità" a persone con problemi di uso di sostanze che altrimenti potrebbero non ricevere alcuna forma di valutazione, consiglio o intervento. Tali interventi possono raggiungere obiettivi importanti, come ad esempio il contatto con persone con consumi ad alto rischio o dipendenti da alcol e droghe, per renderli consapevoli della loro condizione e della opportunità di modificare i propri comportamenti e per facilitarne l'accesso alle cure. Possono inoltre costituire un primo importante contatto con la popolazione straniera, in particolare per le persone prive di permesso di soggiorno, per orientarla e informarla sui servizi e le opportunità presenti nel territorio.

I consumatori di droga, in particolare per via parenterale, rischiano di contrarre malattie infettive attraverso la condivisione del materiale utilizzato per il consumo della droga e in seguito a rapporti sessuali non protetti. La prevenzione della trasmissione dell'HIV, dell'epatite virale e di altre infezioni rappresenta quindi ancora un obiettivo importante per le politiche in materia di droghe. Nel caso dei consumatori di oppiacei per via parenterale, è ampiamente dimostrata l'efficacia della terapia sostitutiva per la riduzione dei comportamenti a rischio e alcuni studi indicano un aumento dell'effetto protettivo se è associata a programmi di fornitura di aghi e siringhe.

La necessità di ridurre il numero delle overdose mortali e di altri decessi correlati alla droga rimane una sfida importante per la politica sanitaria pubblica. Le risposte mirate in questo campo si concentrano sulla prevenzione del rischio di overdose o sul miglioramento delle probabilità di sopravvivere in simili casi. Il trattamento della tossicodipendenza, soprattutto la terapia sostitutiva per la dipendenza da oppiacei, previene le overdose e riduce il rischio di mortalità dei consumatori di stupefacenti.

Gli interventi cosiddetti di "riduzione del danno" (RDD) rivolti a persone con uso problematico e dipendenza sono parte dell'approccio non giudicante, centrato sulla tutela della salute e rispettoso della persona che deve caratterizzare il lavoro del sistema dei servizi. Tali interventi sono finalizzati ad attivare una relazione, su obiettivi minimi di tutela della salute ed anche in assenza di una motivazione a sospendere l'uso di sostanze ed ad accedere ai servizi di cura. Hanno quindi come obiettivo quello di migliorare le condizioni generali di salute, ivi compreso il consumo attivo di sostanze e altri comportamenti potenzialmente rischiosi per la salute; le condizioni sociali e legali delle persone; le relazioni con i Servizi Pubblici, le Forze dell'Ordine, gli attori e le organizzazioni

territoriali istituzionali e non istituzionali, le comunità locali. La progettazione di comunità, la valorizzazione dei saperi ed il coinvolgimento attivo degli utenti, l'intervento sulla percezione di sicurezza\insicurezza, l'attivazione di relazioni di vicinato, il supporto al miglioramento delle condizioni di salute nei territori fanno parte del mandato istituzionale dei servizi di RDD. Gli strumenti della RDD sono soprattutto di tipo sanitario e sociale e sono caratterizzati dalla bassa soglia d'accesso. Sono servizi a bassa soglia d'accesso (BSA) quelli in cui le richieste sono ridotte al minimo, i tempi d'attesa sono ridotti, viene rispettato lo stadio motivazionale e le capacità della persona che si rivolge al Servizio stesso e l'accesso non è subordinato al possesso di uno status anagrafico, da documenti di identità, etc. La BSA è anche definita da un minimo di regole irrinunciabili necessarie a garantire il buon funzionamento del servizio. Tali regole devono essere commisurate alle varie tipologia di utenza e condivise. Le regole valide per tutte le progettazioni sono: compatibilità ambientale, rifiuto di azioni di violenza, no spaccio e consumo nel progetto di RDD. I servizi a bassa soglia possono erogare diverse prestazioni: controlli stato di salute; trattamenti farmacologici (metadone, sostitutivi); trattamenti salva-vita; counseling; scambio siringhe; distribuzione di materiale sterile; tutela maternità; prevenzione overdose; prevenzione malattie infettive. Gli interventi di RDD vengono erogati all'interno dei SerDP oppure in servizi e programmi appositi (Drop-in e Unità di strada): quest'ultima modalità può essere preferibile nei contesti urbani più grandi ed ha il vantaggio di consentire una maggiore specializzazione dell'intervento. I servizi di RDD fanno parte del sistema dei servizi e sono una porta di accesso allo stesso. L'accesso può essere sia di primo grado che di ritorno. La migrazione di utenti dai servizi di cura e riabilitazione a quelli di RDD o viceversa non si rappresenta come una interruzione di un percorso ma deve essere interpretato in una ottica di continuità assistenziale e terapeutica. Sul tema della bassa soglia di accesso per pazienti di ogni età esistono esperienze consolidate che garantiscono punti di accesso e ambulatori, decentrati rispetto al SerDP, che forniscono trattamenti farmacologici, visite mediche, colloqui, pasti, servizi igienici.

Per quanto concerne le Case della Salute, in alcuni territori sono stati attivati ambulatori SerDP all'interno delle Case della salute e interventi rivolti a target specifici, come l' "avviso breve" (consiglio a modificare le proprie abitudini di consumo di tabacco e alcol) o la collocazione in alcune Case della Salute dei gruppi per smettere di fumare o delle attività di auto-mutuo-aiuto per pazienti e familiari su alcol e gioco d'azzardo. Tali collaborazioni vanno incentivate, sulla base delle buone pratiche già in corso, definendo gli obiettivi di salute e l'organizzazione collegata.

### **Reinserimento sociale**

Per il target giovani/adolescenti e giovani/adulti il reinserimento sociale si esplica attraverso l'attivazione di collaborazioni con Enti Locali, centri per l'impiego, Centri di formazione, Enti Accreditati, Coop. Sociali, Associazioni di volontariato e gruppi di auto-aiuto, con particolare attenzione alla fase di reinserimento dopo un percorso residenziale e utilizzando gli strumenti previsti dalla normativa vigente per i tirocini e gli inserimenti lavorativi. Si richiama in particolare quanto previsto dalla L.R. 14/2015 "Disciplina a sostegno dell'inserimento lavorativo e dell'inclusione sociale delle persone in condizione di fragilità e vulnerabilità, attraverso l'integrazione tra i servizi pubblici del lavoro, sociali e sanitari" per potenziare l'inclusione sociale attraverso il lavoro delle persone in condizione di fragilità e vulnerabilità.

Per il target Olders, può essere necessaria l'attivazione dell'amministratore di sostegno e l'inserimento in gruppi appartamento, attraverso modalità definite nel budget di salute e abitare supportato.

La metodologia del budget di salute (progetti individualizzati con risorse finanziarie e non solo, sanitarie, sociali e del paziente/famiglia, in alternativa, o in superamento, dell'assistenza residenziale) è attualmente sperimentata per i pazienti dei Csm. L'obiettivo regionale è quello di estendere il modello anche ai pazienti dei SerDP con l'ausilio degli Enti del privato sociale che aderiscono all'Accordo RER-CEA (un punto dell'accordo lo richiama espressamente).

## Media Intensità

Afferiscono all'area della media intensità i servizi dell'offerta di cura che si realizzano come percorsi territoriali di rete.

La media intensità coincide con il case management esperto che dispone gli interventi multiprofessionali secondo una filiera di necessità e di rapporti di complementarità.

L'area della media intensità tende a sovrapporsi a quella dell'alta intensità nella gestione delle comorbidità.

## Valutazione

In relazione alla complessità del fenomeno delle Dipendenze, che deve essere letto con riferimento ad un modello Bio-Psico-Sociale, l'approccio del SerDP al percorso della valutazione, prevede l'attivazione di un'équipe multiprofessionale che, a conclusione del processo, integra le letture dei professionisti coinvolti. Si tratta della valutazione iniziale, che ha l'obiettivo di comprendere lo specifico bisogno portato dalla persona, al fine di giungere alla definizione del percorso di cura da proporre.

Per la definizione della diagnosi categoriale i SerDP fanno riferimento alle "Linee guida regionali per l'utilizzo dell'ICD-10" pubblicate dalla Regione Emilia-Romagna nel 2010. Tale classificazione è stata inserita nella cartella regionale socio-sanitaria informatizzata (Sister). L'apporto dell'équipe multidimensionale del SerDP garantisce, inoltre, una visione dimensionale, dove gli approfondimenti delle varie letture vengono considerati nella progettazione del trattamento da proporre. Nel processo valutativo non sono evidenziate solo le dimensioni della sintomatologia, in un continuum tra patologia e normalità, ma vengono messe in risalto anche quelle risorse personali e di contesto che possono essere decisive nell'evoluzione dell'intervento.

Nella predisposizione del progetto ha un ruolo fondamentale la valutazione familiare per identificare sia possibili nodi problematici che, soprattutto, risorse da attivare. In questa fase è importante valutare la fattibilità del coinvolgimento e ottenere un consenso esplicito del paziente. Individuare la presenza di condizioni adatte ad un intervento di empowerment della famiglia può avere un impatto decisivo sui risultati dell'intervento.

## Indicazioni operative

- Favorire l'aggiornamento continuo degli operatori al fine di consentire l'acquisizione di abilità diagnostiche e trattamentali per rispondere alle nuove dipendenze ed alle esigenze specifiche di alcuni gruppi di popolazione (giovani, stranieri ...)
- Implementare l'appropriatezza degli esami tossicologici in relazione alle fasi di trattamento del percorso
- Aggiornare le diagnosi (spesso anacronistiche) e completarle trascrivendo anche quelle che riguardano patologie somatiche
- Ampliare l'uso del contratto terapeutico come esito del processo di valutazione.
- Favorire la valutazione di esito

## Trattamenti

La scelta del trattamento terapeutico si effettua dopo la valutazione dei bisogni.

Gli interventi sono:

- farmacologici specifici per la dipendenza o indicati per le comorbidità psichiatriche o somatiche,
- psicologici (colloqui di sostegno, psicoterapie, terapia familiare),
- socio educativi

tali interventi possono essere realizzati sia ambulatorialmente che in strutture residenziali o semiresidenziali, in accordo con il Servizio inviante.

Come previsto dai requisiti del percorso residenziale contenuti nella DGR 1718/2013 (Progetto REX), nel caso di trattamenti residenziali va garantita una adeguata integrazione tra SerDP e struttura, per la valutazione clinica all'ingresso e la rivalutazione ogni volta che c'è un cambiamento nell'intensità di cura. L'intensità di cura è infatti determinata dal bisogno della persona, così come l'utilizzo della struttura più idonea. Questo livello di integrazione garantisce la regia di ogni singolo percorso e la definizione del ruolo di case manager.

La comunità terapeutica è prodromica al reinserimento sociale successivo, che richiede: remissione del sintomo, controllo/auto controllo dei farmaci, compenso psicopatologico, contemporaneamente occorre una valutazione aggiornata delle risorse della persona e degli obiettivi raggiunti/raggiungibili in un percorso residenziale.

Ricaduta e scompenso psicopatologico vanno gestiti dentro il percorso riabilitativo in senso evolutivo e con un continuum del percorso.

La durata dei trattamenti farmacologici **specifici per le dipendenze** può svilupparsi sul breve, medio e lungo periodo (disintossicazioni con farmaci sintomatici o con agonisti, trattamenti antagonisti e aversivanti, terapia con agonisti nel lungo termine). La scelta dei farmaci, il dosaggio, la durata ottimale della terapia, nonché le modalità di "take home" sono contenute in raccomandazioni che ogni Unità operativa ha individuato e formalizzato per rispondere ai requisiti dell'accreditamento.

Le comorbidità sono trattate in collaborazione tra CSM, SerDP e, se necessario, NPJA, contemporaneamente alla dipendenza, sulla base di protocolli condivisi anche con il Privato sociale, quando è previsto un inserimento in comunità residenziale. I farmaci vengono scelti tenendo conto delle loro interazioni e degli effetti collaterali (antidepressivi di II generazione, antipsicotici atipici...) oltre che delle condizioni cliniche del paziente. Il trattamento integrato con altri servizi rappresenta il gold standard. Nella cura condivisa, anche per i soggetti minorenni, si individua l'equipe curante appartenente ai servizi di riferimento, che definisce gli obiettivi specifici e le attività (chi fa cosa) e il case manager.

Le tendenze demografiche nella popolazione di consumatori problematici di stupefacenti solleva questioni importanti in merito all'adeguatezza dei trattamenti diretti ai pazienti meno giovani. Poiché la maggior parte dei consumatori problematici di oppiacei sottoposti a trattamento è ormai compresa nella fascia di età superiore a 40 anni, è necessario affrontare, oltre ai problemi di salute connessi alla droga, anche quelli correlati all'invecchiamento, spesso precoce in quanto aggravato dallo stile di vita. Occorre pertanto elaborare programmi di trattamento specifici per questa fascia di età da attuare con un approccio multidisciplinare socio-sanitario, in stretta collaborazione con i Servizi sociali comunali prevedendo, se necessario, una adeguata formazione.

La necessità di ridurre il numero delle overdose mortali e di altri decessi correlati alla droga rimane un obiettivo importante.

## Indicazioni operative

- Attuare una modularità a scalare di intensità – (stepped care) orientata al recovery



- Attivare una documentazione congiunta e accessibile, condivisa per anamnesi, terapie, diario clinico ecc.. per soggetti in trattamento co-gestito con CSM o NPJA;
- Nel caso di trattamenti residenziali la condivisione del progetto e della documentazione viene garantita attraverso i requisiti del percorso residenziale (Progetto Rex – DGR 1718/2013)
- Implementare l'integrazione con i servizi che si occupano di patologie correlate alla dipendenza o alla sua cura: es. malattie infettive, cardiologia, ostetricia , ginecologia , consultorio.
- Definire, per ogni progetto, il contratto terapeutico formalizzato che contenga obiettivi realistici e che faciliti la condivisione e la collaborazione da parte dell'utente ed eventualmente dei suoi familiari.
- Raccogliere il consenso informato con particolare attenzione agli effetti collaterali dei farmaci ed alle complicanze determinate dall'assunzione contemporanea di alcol e sostanze stupefacenti.
- Facilitare l'accesso alle terapie, in particolare per gli utenti in remissione, valutando la possibilità di erogazione delle stesse in ambulatori periferici non direttamente gestiti dai Servizi per le dipendenze
- Effettuare una regolare valutazione degli esiti dei trattamenti per consentire all'equipe curante di riflettere sulle proprie prassi, per il miglioramento delle stesse (efficacia, efficienza).
- Definire le misure e gli standard di esito
- Per gli stranieri occorre valorizzare l'intervento di tipo medico e farmacologico come aggancio/mediatore per favorire un approccio integrato. Infatti, mentre le professioni di medico e infermiere rivestono un carattere universalmente riconosciuto, professioni e ruoli quali quello dell'assistente sociale, dello psicologo, dell'educatore possono non essere sempre accettati e quindi difficilmente avvicinabili, a discapito dei trattamenti integrati specifici dei SerDP; sviluppare una relazione che renda possibile il racconto e la comprensione degli aspetti culturali d'appartenenza, per evitare che premesse diverse blocchino il processo terapeutico; utilizzare in pieno tutti gli strumenti già disponibili e le relative tecniche, come le "storie di vita" e "l'autobiografia", che focalizzano l'attenzione sul percorso migratorio e la sua evoluzione, al fine di instaurare un rapporto costruttivo con il migrante per dare maggiore rilievo ai bisogni socio-sanitari e alle aspettative, all'ambiente e cultura di provenienza.

### Trattamenti psicoterapici

Il tema delle psicoterapie nei SerDP è centrale per la prospettiva del recovery (lavorare per migliorare la qualità di vita del paziente, sempre e comunque nelle condizioni date) e la metodologia della stepped care (organizzazione per intensità di cura), tanto da assumere valore di paradigma fondante della cultura professionale del Servizio. Non solo Psicologi e Psichiatri, titolati alla psicoterapia, ma tutti gli operatori dei SerDP devono condividere una posizione di interlocuzione con l'utenza fondata sulla metodologia dell'ascolto non giudicante, della sollecitazione delle risorse individuali del paziente, della sua fondamentale partecipazione al processo di cura in forma attiva. Su questa matrice di fondo, ispirata alle metodologie del colloquio motivazionale, si devono istituire, secondo un continuum, e non nella forma di prestazioni isolate o peggio ancora decontestualizzate, le psicoterapie strutturate.

I Servizi per le Dipendenze devono avere le seguenti caratteristiche :

- Aver sviluppato un contesto professionale favorente la motivazione,
- Strutturare un approccio di trattamento di servizio preliminare alla psicoterapia manualizzata,
- Aver definito un modello teorico di riferimento esplicito ed integrato;
- Prevedere una supervisione per l'equipe.

Quando si pensa di strutturare un trattamento psicoterapeutico specifico occorre valutare:

- Il livello di motivazione della persona a cambiare la propria condizione psicologica e comportamentale;
- La scelta e la preferenza della persona;
- Il livello di disfunzionalità e la gravità del disturbo;
- Il desiderio della persona di intraprendere una terapia e la motivazione al cambiamento;
- La capacità della persona di rimanere all'interno dei confini di una relazione terapeutica;
- La disponibilità di un supporto professionale.

### Indicazioni operative

- Favorire la formazione trasversale per tutto il personale del SerDP sulle metodologie di base del colloquio motivazionale;
- Definire uno o più modelli teorici di riferimento per i trattamenti psicoterapeutici;
- Attivare trattamenti di Gruppo di social skills training e psicoeducazionali per utenti e per familiari
- Le psicoterapie devono essere effettuate in cicli non ripetibili per evitare il rischio della delega al terapeuta delle problematiche generali

### Trattamenti Socio-educativi

Questo insieme di trattamenti si può riassumere nelle attività di:

- Valutazione sociale: accompagnamento nei percorsi di acquisizione o aggravamento di certificazioni di invalidità, mediazione con Enti locali per interventi di sostegno al reddito e alla domiciliarità, attivazione dell'amministratore di sostegno, richieste di contributi economici, ricerca di alloggio di emergenza,
- Aspetti legali,
- Sostegno educativo per pazienti e familiari,
- Attività riabilitanti (laboratori espressivi, interventi di risocializzazione, inserimenti lavorativi), anche con l'utilizzo degli strumenti previsti dalla L.R. 14/2015.

### Indicazioni operative

- Definire la specificità del trattamento socio-educativo
- Facilitare l'accesso ai tirocini formativi
- Approfondire nuove forme di inserimento lavorativo alla luce della valutazione sociale
- Favorire l'utilizzo dell'UVM, con l'eventuale coinvolgimento del Privato sociale, quale strumento operativo per la valutazione dei bisogni socio-sanitari di tipo complesso, con la finalità di orientare l'uso delle risorse.
- Incrementare l'applicazione del Budget di salute nei SerDP finalizzato alla definizione di "percorsi individualizzati di accompagnamento territoriale e di supporto alla domiciliarità" con l'eventuale coinvolgimento del Privato sociale.

### Dimissioni

I dati che si rilevano attraverso il Sistema Informativo SistER evidenziano una scarsa propensione nei SerDP alla dimissione ("programmi completati"); più frequentemente invece i programmi sono "interrotti" (abbandono, fuga, espulsione, chiusura d'ufficio) o "terminati" (dimissione concordata, passaggio ad altra struttura, arresto, decesso). Il modello stepped care orientato al recovery, verso cui si vuole tendere, ha come filosofia la continua tensione verso uno **spostamento degli interventi su livelli di intensità decrescenti e di minore invasività**, fatto salva la necessità di impostare interventi più complessi, in relazione alle possibili evoluzioni dei bisogni degli utenti. E' un modello affine alla cultura di servizi centrati sull'autonomia dell'utente e sullo sviluppo di pratiche di

autoefficacia come indispensabile corollario degli interventi tecnico professionali. Ciò richiede che nei Servizi diventino prassi operativa la definizione degli obiettivi e la valutazione degli esiti degli interventi. L'esito riguarda non solo l'affrancamento dalle sostanze ma anche l'acquisizione di un'autonomia individuale, la ricostruzione di una vita relazionale e di un tessuto sociale di rete in cui la persona possa trovare la sua collocazione" (Delibera Giunta regionale 1533/2006).

Due sono gli assi principali di valutazione:

1. superamento o miglioramento delle condizioni di uso/abuso di sostanze stupefacenti e o psicotrope;
2. miglioramento della qualità della vita, con sempre più elevato recupero funzionale nell'accezione fisica e psichica.

Gli obiettivi terapeutici così intesi rendono necessario sviluppare modelli organizzativi e pratiche territoriali fortemente integrate con gli altri servizi (distretti sanitari, MMG, specialisti, enti locali, privato sociale). Gli ambiti individuati relativamente ad invii per programmi a minore intensità sono rappresentati dal Medico di Medicina Generale, dal volontariato sociale che si occupa di auto-aiuto, dai Servizi Sociali.

Benchè attualmente i dati relativi all'utilizzo dei gruppi di auto-aiuto mostrino che questi non costituiscano una delle risorse maggiormente utilizzate dai Servizi, né durante il trattamento né successivamente alle cure, il volontariato sociale di auto-aiuto potrebbe rappresentare un ambito verso cui avviare utenti per programmi a minore intensità.

I Servizi Sociali costituiscono un ambito fondamentale di collaborazione per i soggetti in reinserimento sociale. L'integrazione socio-sanitaria è una priorità (Circolare n.12 delibera RER 1533/2006 indicazioni operative).

La dimissione con invio verso i CSM potrebbe essere prevista nei quadri di comorbilità con patologie da uso di sostanze a significato autoterapeutico o come stadio dell'evoluzione della malattia psichica, quadri nei quali l'uso di sostanze appare come una fase della patologia psichiatrica che può quindi andare incontro a remissione e per il quale può essere previsto follow-up presso il SerDP.

### **Indicazioni operative**

La dimissione in quanto riduzione dell'intensità di cura e non abbandono, necessita di una rete articolata per livelli.

E' strategico favorire:

- il collegamento con i MMG,
- la somministrazione delle terapie extra SerDP,
- l'auto-aiuto,
- l'empowerment degli utenti
- gli interventi di monitoraggio post cura,
- il reinserimento sociale, anche con il coinvolgimento del Privato sociale.

### **Alta intensità**

L'alta intensità riguarda gli interventi terapeutici che necessitano di un livello di cura extra-ambulatoriale, quali: ricoveri ospedalieri per disintossicazione e/o gestione delle co-morbilità psichiatriche o internistiche, trattamenti residenziali nelle strutture residenziali terapeutico - riabilitative, COD e strutture doppia diagnosi, nonché i trattamenti terapeutici semi-residenziali.

Per l'alta intensità vengono individuate come principali aree di trattamento:

1. Trattamenti per la disintossicazione

2. Gestione delle urgenze psicopatologiche
3. Gestione di altri casi complessi che necessitano di trattamento in strutture sanitarie residenziali, semi-residenziali, terapeutiche o specialistiche
4. Gestione dei ricoveri in emergenza
5. Trattamenti residenziali nelle strutture terapeutico-riabilitative (DGR 26/2005 e DGR 1718/2013)

### Trattamenti per la disintossicazione

I ricoveri sono programmati dai SerDP e l'invio avviene in modo diretto. Per la disintossicazione da sostanze, anche a seconda dell'offerta assistenziale disponibile sul territorio, i SerDP possono inviare ai posti letto dedicati nei COD e nelle residenze ospedaliere (case di cura). Per le disintossicazioni di pazienti in co-morbilità, sono attivi alcuni percorsi strutturati per intensità di cura che prevedono la parte più intensiva in ambiente ospedaliero e successivamente una fase di stabilizzazione nei COD. Alcune Ausl prevedono per casi meno complessi (assenza di complicanze psichiatriche o internistiche etc..) percorsi di disintossicazione in strutture residenziali terapeutiche e pedagogiche con la supervisione medica del SerDP, senza costi aggiuntivi alla tariffa prevista dall'Accordo per queste tipologie di struttura. In alcuni SerDP possono essere effettuati trattamenti di disintossicazione con percorso ambulatoriale sul modello del day service. Per la disintossicazione degli alcol dipendenti i SerDP si avvalgono dei posti letto nelle case di cura e, meno frequentemente, di posti letto ospedalieri pubblici, prevalentemente reparti di medicina o tossicologia; raramente, e in modo residuale, vengono effettuati invii in strutture ospedaliere extra-regione.

#### Indicazioni operative per trattamenti disintossicazione

- Per i casi con complicanze psichiatriche o internistiche si conferma l'appropriatezza della disintossicazione in ambito ospedaliero, residenze ospedaliere (Case di cura) e COD. Per questi percorsi è utile prevedere l'adozione di protocolli farmacologici condivisi tra SerDP e servizi ospedalieri e residenziali, pubblici e privati, con particolare attenzione alla prescrizione di benzodiazepine.

Nei trattamenti di disintossicazione effettuati nei COD, medici e infermieri, figure già previste dai requisiti di accreditamento (Dgr n. 26/2005), devono garantire le funzioni di prescrizione e monitoraggio delle terapie farmacologiche.

- Le disintossicazioni da alcol in ambiente non ospedaliero richiedono maggiore monitoraggio clinico che può essere realizzato dai medici del SerDP o da quelli del COD. L'indicazione al ricovero rimane nei casi di comorbilità psichiatrica o di altre problematiche mediche rilevanti associate alla dipendenza.

Nelle disintossicazioni da alcol effettuate in contesto non ospedaliero, il supporto farmacologico è strategico. L'utilizzo del GHB quale presidio farmacologico di prima scelta nelle disintossicazioni da alcol permette, in condizioni di contesto garantite da familiari attendibili, di poter realizzare anche disintossicazioni ambulatoriali, in rapporto alla gravità dell'intossicazione ed in assenza di comorbilità, oltretutto nei Day Service dei Servizi e nei COD.

- Per le disintossicazioni da sostanze, oltre ai COD, possono essere utilizzati alcuni dispositivi comunitari che offrono nel catalogo delle loro offerte terapeutiche la possibilità di effettuare disintossicazioni in un arco di tempo prestabilito, generalmente un mese. Disintossicazioni tramite sostitutivo a scalare pianificate dal SerDP possono essere realizzate in ambiente protetto residenziale e migliorare l'efficacia degli esiti. Si sottolinea per questi casi la necessità di un monitoraggio ambulatoriale del programma di scalaggio effettuato dal medico del SerDP. L'indicazione è per pazienti tossicodipendenti senza gravi comorbilità psichiatriche.

## Gestione delle urgenze psico-patologiche

Costituisce un punto problematico nei trattamenti ad alta intensità dei SerDP, anche in relazione all'interfaccia con i servizi della salute mentale. In qualche Azienda Usl il SerDP accede direttamente al cruscotto dei ricoveri psichiatrici senza necessità di una valutazione aggiuntiva da parte dei servizi della psichiatria, mentre il SerDP di Imola ha adottato una procedura integrata tra UUOO (SM e DP) per effettuare ricoveri in accordo, anche urgenti. A parte tali eccezioni, gli altri SerDP non hanno la possibilità di proporre ricoveri in urgenza negli Spdc/Spoi, anche se la richiesta è effettuata da uno psichiatra. Per contro, medici e psicologi dei SerDP sono sempre più spesso chiamati a fornire consulenze in Spdc in caso di pazienti alcol dipendenti o persone con disturbo grave della personalità intossicati da sostanze, che a volte non sono conosciuti dai SerDP.

### Indicazioni operative per la gestione delle urgenze psico-patologiche

Sui criteri di appropriatezza del ricovero è utile realizzare a livello locale un confronto tra SerDP e Psichiatria per definire procedure di accesso condivise, i quadri clinici e i criteri che determinano il carattere di urgenza della richiesta di ricovero. I primi criteri proposti sono: scompensi psicopatologici e comportamentali in pazienti con disturbo grave della personalità, rischio suicidario, crisi parossistiche, crisi d'ansia in spettro borderline, gravi crisi depressive correlate all'alcol dipendenza.

Inoltre, per prevenire la necessità di ricovero e/o TSO, deve essere prevista una valutazione e una gestione condivisa SerDP-Csm-Npia, sul modello dei programmi e dei percorsi trasversali adottati in alcune Ausl, con la possibilità di consulenze congiunte e strutturate a livello ambulatoriale.

Un'attenzione particolare va indirizzata alle persone giovani che abusano di sostanze, spesso in condizioni di doppio assetto, che non accedono in modo continuativo ai servizi sanitari ma per i quali i SerDP accolgono una domanda di aiuto da parte delle famiglie. Per questi casi, deve essere incoraggiato un comportamento proattivo e condiviso SerDP-Csm-Npia, per avvicinare la persona in modo volontario.

Per quanto concerne la gestione del paziente con intossicazione acuta che accede al Pronto Soccorso, si evidenzia l'opportunità di avviare un confronto con Psichiatria e Servizi di Emergenza Urgenza sulle procedure per migliorare la gestione di questi casi.

## Gestione di altri casi complessi che necessitano di trattamento in strutture sanitarie residenziali, semi-residenziali, terapeutiche o specialistiche

Per le strutture di doppia diagnosi si segnala essenzialmente come il modello delle strutture specialistiche nate nel 1995 abbia nel corso del tempo lasciato emergere alcune criticità. La principale criticità è costituita dalla comprovata necessità che il progetto di cura sia incardinato nella comunità locale e che alla fase residenziale faccia seguito una forte presa in carico territoriale. In assenza di questo collegamento forte con il territorio si rischia di prolungare la permanenza in strutture/moduli doppia diagnosi anche quando il trattamento specialistico non è più necessario per motivi clinici, o di ricorrere, anche per i limiti imposti dalle restrizioni del budget, alle comunità pedagogiche senza un progetto assistenziale adeguato, con il grave rischio di inapproprietezze.

L'uso delle comunità pedagogiche e terapeutiche per pazienti con doppia diagnosi può essere indicato quando le condizioni psicopatologiche sono stabilizzate e monitorate dal SerDP nell'ambito del progetto terapeutico.

### Indicazioni operative per la gestione di altri casi complessi

Si evidenzia la necessità di ripensare al modello 'doppia diagnosi' distinguendo la casistica trattata, in relazione al quadro diagnostico e al funzionamento sociale. Inoltre, in una logica di intensità terapeutica decrescente, per favorire le dimissioni dei pazienti dalle residenze/moduli doppia diagnosi, diventa strategico prevedere una rete di housing sociale che supporti le disabilità residuali di pazienti clinicamente stabilizzati e che nei fatti permangono in carico ai SerDP. Per i casi in doppio assetto i SerDP possono utilizzare i moduli doppia diagnosi e le due strutture doppia diagnosi (ubicata a Piacenza e a Reggio Emilia) programmando una dimissione in collegamento ai servizi territoriali. La dimissione deve essere principalmente orientata verso il rientro protetto a domicilio, anche attraverso progetti personalizzati finalizzati a mantenere/recuperare l'autonomia sociale del paziente e la sua integrazione nel contesto territoriale. Qualora ciò non sia possibile, la dimissione dalle strutture/moduli specialistici può essere orientata verso l'inserimento in comunità alloggio, appartamenti protetti o in strutture sanitarie a bassa intensità (pedagogiche). In questa direzione, si evidenzia l'importanza di approfondire e monitorare le esperienze avviate sul territorio regionale al fine di individuare fattori facilitanti per incentivare questi percorsi .

### Gestione dei ricoveri in emergenza

L'abuso di sostanze (alcol e droghe) è un fenomeno molto ricorrente all'interno dei PS. Oltre ai pazienti chiaramente in condizioni d'intossicazione d'abuso vi sono numerosi soggetti che accedono al PS per altre cause (traumatismi, somatizzazione dell'ansia, tentativi di suicidio) e che possono avere problemi non dichiarati con le sostanze o disagi. Episodi di violenza verbale e fisica sono frequenti e spesso causano lesioni agli operatori. Intossicazioni prevalentemente da alcol e disturbi del carattere sono le 2 cause scatenanti più frequenti.

### Indicazioni operative per ricoveri in emergenza

Alcuni interventi, sulla base delle esperienze compiute, possono contribuire alla realizzazione degli obiettivi del Programma:

- organizzazione di attività di formazione del personale PS sul trattamento delle problematiche d'abuso,
- attivazione di forme di collaborazione tra servizi, in particolare SerDP e CSM, soprattutto con interventi di formazione congiunta,
- attivazione di un coordinamento stabile tra servizi di emergenza-urgenza, SerDP, CSM, NPJA, Servizi Sociali territoriali per la gestione clinica di pazienti con problematiche d'abuso attraverso l'individuazione di procedure di gestione comune dei pazienti e di presa in carico in fase di dimissione.

Per gli stranieri, che rappresentano una categoria di alti utilizzatori dei servizi di emergenza, il contesto di PS può essere utilizzato come primo contatto per orientare ai servizi del territorio e per l'aggancio e la presa in cura delle persone senza permesso di soggiorno.

Alcune sperimentazioni compiute nel nostro territorio, con la presenza di personale del Privato sociale, Unità di Strada e SerDP all'interno del Pronto Soccorso con funzione di consulenza agli operatori di PS, aggancio dei consumatori di sostanze e dei loro familiari, informazioni e supporto alla motivazione, hanno dato esiti importanti nel miglioramento della gestione dei pazienti, nell'invio ai servizi territoriali e possono essere considerate buone pratiche di riferimento per altri territori.

## LA CURA DEI DETENUTI AFFETTI DA ABUSO/DIPENDENZA PATOLOGICA

Le competenze dell'équipe dipendenze rappresentano un intervento specialistico di secondo livello sulla dipendenza da sostanze legali e illegali e da comportamenti additivi (gioco, internet, ecc) da svolgersi in stretta collaborazione con i medici di assistenza primaria che hanno in carico il paziente dal punto di vista della salute generale, non in sostituzione di questi.

In ogni caso, il detenuto con problemi di uso di sostanze ha diritto a ricevere, nel più breve tempo possibile, prestazioni cliniche idonee scaturite dalla collaborazione tra il personale dell'équipe dipendenze e il medico di assistenza primaria secondo i modelli organizzativi dei diversi istituti.

Ogni paziente con problemi di abuso/dipendenza che venga ristretto in carcere, ha diritto ad un trattamento individualizzato, pur con i limiti imposti dal regime penitenziario, per contenere i danni o promuovere un cambiamento rispetto all'abuso di stupefacenti, alcol o altro; può utilizzare la carcerazione come un'occasione per impostare un percorso terapeutico che diventi parte essenziale della riabilitazione a cui la pena deve tendere; può prendere contatto con i gruppi di auto-mutuo-aiuto attivi, in particolare in campo alcolico (CAT, A.A.).

### Equipe Dipendenze

E' permesso che i sanitari addetti all'assistenza primaria intervengano nell'immediatezza con farmaci sintomatici e/o sostitutivi a pieno titolo e secondo strategie clinico-assistenziali e terapeutiche, pianificate con l'équipe per le Dipendenze (V. Interfaccia assistenza primaria - Contratto terapeutico intra-murario e Circolare DG Sanità e politiche sociali n.15/2012).

Il medico di assistenza primaria gioca un ruolo molto importante nel proporre tempestivamente i controlli tossicologici urinari, nonché nel prescrivere accertamenti diagnostici per verificare la sussistenza di patologie organiche secondarie alla condotta d'abuso.

Nel corso della visita di ingresso in carcere il medico di assistenza primaria effettua una anamnesi approfondita rispetto all'uso/abuso/dipendenza da sostanze psicoattive, alla presenza di eventuali patologie correlate all'uso di sostanze ed informa la persona per motivarla agli screening ed agli esami diagnostici, offerti con una intensa attività di counselling: è necessario informare il paziente sulla possibilità di usufruire di cure appropriate qualora sia un utilizzatore di sostanze psicoattive e sull'importanza di eseguire immediatamente gli esami tossicologici di screening vista la breve permanenza nelle urine delle sostanze d'abuso, nonché gli esami di screening legati all'abuso di alcol.

La cura del detenuto con abuso/dipendenza patologica è affidata ad una Equipe per le Dipendenze multidisciplinare, costituita da professionisti della branca medica, infermieristica, psicologica e sociale, che operano all'interno dell'Istituto.

I compiti di tale Equipe sono molteplici, finalizzati sia ad una valutazione clinico - diagnostica del paziente che ad interventi terapeutico - riabilitativi intra-murari ed eventualmente extra-murari. In tutti i casi è importante fornire al paziente informazioni sul funzionamento del servizio, comunque garantendo la disponibilità della Carta dei Servizi.

### Assessment clinico del paziente

L'assessment clinico prevede un colloquio d'accoglienza, possibilmente effettuato nell'arco delle prime 48 ore, svolto dal personale sanitario (medico e/o infermieristico) al fine di accertare la presenza di una sindrome astinenziale o da intossicazione acuta da sostanze e quindi porre in atto i necessari provvedimenti terapeutici. In caso di pazienti trasferiti da altro Istituto o in carico a

SerDP territoriali si metteranno in atto le procedure atte a garantire la prosecuzione del trattamento con particolare sollecitudine se trattasi di terapia sostitutiva, ove questa sia già stata impostata. E' consigliabile informare il paziente sull'opportunità di sottoporsi agli esami, anche tossicologici, richiesti dai Sanitari; questo anche al fine di eventuali future certificazioni, in particolare nei pazienti provenienti dalla libertà.

Il medico dell'équipe dipendenze è responsabile unico della gestione dei piani terapeutici specifici con impiego di farmaci sostitutivi iscritti alla tabella degli stupefacenti e deve garantire ai tossicodipendenti che arrivano in terapia con farmaco sostitutivo la prosecuzione nella somministrazione della terapia stessa entro 48 h dall'ingresso. Negli Istituti in Regione occorre siano presenti metadone, Buprenorfina, GHB, per realizzare una vera continuità farmacologica con l'esterno. Se il paziente proviene da un altro carcere della Regione Emilia- Romagna, attraverso la cartella informatizzata Sole si visionerà se è in terapia sostitutiva e a quale dosaggio giornaliero. Pur ribadendo la titolarità del trattamento del medico SerDP, in sua assenza la continuità del trattamento è comunque garantita dal medico di guardia, come si legge a pag 19 del II Programma Regionale sulla Salute negli II PP. La continuità farmacologica deve essere garantita anche in fase di scarcerazione del detenuto (remissione in libertà ; arresti domiciliari o detenzione domiciliare) o di trasferimento ad altro Istituto o invio in comunità terapeutica: deve essere assicurato anche l'affido di uno o più giorni di terapia sostitutiva, qualora la dimissione avvenisse quando il SerDP di riferimento fosse chiuso o non raggiungibile in giornata o se il carcere di arrivo non avesse la disponibilità immediata del farmaco in questione.

Si consiglia la visita cardiologia e la misurazione del QTC almeno per quei pazienti che assumono un dosaggio di metadone di 80mg/die o coloro che assumono farmaci che possono avere interazioni con la terapia sostitutiva ( ad esempio neurolettici tipici o atipici).

#### **Interventi psicologici e sociali, sia a scopo diagnostico che a scopo terapeutico.**

Lo Psicologo dell'équipe nel corso della propria attività acquisisce dati utili ad un miglior inquadramento diagnostico sulla struttura di personalità del paziente, anche ai fini della certificabilità, fornisce interventi di sostegno nelle varie fasi della carcerazione (adattamento iniziale, attesa di udienze, ecc..), approfondisce il problema della dipendenza patologica anche in relazione all'esplorazione dei vissuti individuali legati al rapporto con le sostanze. Esplora inoltre le dinamiche relazionali messe in atto dal paziente attraverso colloqui individuali e/o gruppi di sostegno o terapeutici, anche in vista della definizione di un programma terapeutico intra o extra murario.

L'Assistente Sociale esplora gli aspetti sociali, familiari (specialmente in presenza di minori), lavorativi e acquisisce dai servizi territoriali informazioni utili al coordinamento con eventuali programmi terapeutici svolti in precedenza. Insieme con l'Educatore, mantengono i rapporti con gli Enti Locali di residenza. Curano la rete sociale e relazionale esterna del detenuto; collaborano con l' Ufficio Esecuzione Penale Esterno e con le strutture residenziali eventualmente disponibili ad accogliere i pazienti in misura alternativa alla detenzione.

**Valutazione e formulazione di una diagnosi:** qualora venissero soddisfatti i criteri per la diagnosi di alcol/tossicodipendenza (secondo il DM 186/90), il medico dell'equipe redige un certificato di alcol/tossicodipendenza secondo le linee guida regionali (DGR 771/2010). Tale diagnosi dovrà essere riportata anche nel PAI.

Successivamente, dopo un opportuno periodo di osservazione e valutazione congiunta, l'equipe provvede alla formulazione di un'ipotesi di programma terapeutico intra o extra-murario, sulla base della certificabilità, nonché degli indispensabili requisiti di legge, della disponibilità personale e delle condizioni oggettive favorevoli.



**Definizione di un percorso terapeutico-riabilitativo personalizzato**, caratterizzato per tutti i detenuti da un fase di trattamento intra-murario di prevenzione, osservazione, valutazione, sostegno; definizione, nella fase di dimissione, di percorsi di reinserimento sociale protetto, in collaborazione con i SerDP ed i servizi sociali e psichiatrici territoriali; inoltre, per i detenuti certificabili, saranno valutati ed eventualmente formulati progetti di misura alternativa alla detenzione, in collaborazione con il SerDP competente e con gli operatori dell'area trattamentale dell'Istituto (DGR 771/2010).

Il **Piano Assistenziale Individuale (PAI)** rappresenta la proposta assistenziale che il servizio sanitario offre all'assistito detenuto, e una volta condiviso con l'assistito viene sottoscritto da entrambe le figure.

L'équipe delle dipendenze collabora, per quanto di competenza, alla stesura del Piano assistenziale individuale che viene così ampliato, comprendendo aspetti specifici legati al problema dell'abuso/dipendenza ed eventuali psicopatologie, in sinergia con i colleghi della psichiatria; il PAI deve essere formalizzato, condiviso e sottoscritto anche dal paziente.

### **Interfaccia territorio-misure alternative**

L'Equipe delle dipendenze interna all'Istituto opera in stretta collaborazione con i SerDP di riferimento territoriale dei soggetti al fine di garantire il rispetto dei principi di continuità e territorialità della cura ed insieme valuteranno l'opportunità di un eventuale programma terapeutico in misura alternativa alla detenzione.

In tal caso l'équipe del carcere curerà che venga fornita al detenuto la documentazione base necessaria per accedere a tali benefici, costituita da certificazione di stato di tossicodipendenza redatto secondo le linee guida regionali, programma terapeutico riabilitativo dettagliato per quanto riguarda obiettivi e verifiche, dichiarazione di idoneità del programma motivata.

Particolare attenzione deve essere posta anche nel rapporto con l'UEPE nella fase di valutazione e definizione dei programmi terapeutici alternativi alla detenzione, al fine di potenziare al massimo le sinergie prodotte valorizzando conoscenze e informazioni in possesso dei vari attori della rete.

All'avvicinarsi del fine pena, al fine di prevenire eventuali ricadute, l'Equipe Dipendenze provvede alla compilazione di un'informativa da inviare al SerDP competente per territorio per la segnalazione o l'aggiornamento sul caso. Nella lettera di dimissione a cura del medico di Assistenza Primaria sarà poi citato quanto già concordato col SerDP competente.

### **La custodia attenuata**

Data la sempre più consistente presenza negli istituti penitenziari di detenuti tossicodipendenti, l'Amministrazione penitenziaria ha istituito un particolare circuito di detenzione da attivare in strutture alternative definite "a Custodia Attenuata" (SEATT) la cui caratteristica può essere definita come un circuito penitenziario differenziato dove la funzione rieducativa della pena assume maggiore importanza rispetto alla sua funzione restrittiva. La Custodia Attenuata intende attuare il disposto contenuto nell'art. 95 del T.U. della L. 309 del 1990 che stabilisce che "la pena detentiva nei confronti di persona condannata per reati commessi in relazione al proprio stato di tossicodipendente deve essere scontata in istituti idonei per lo svolgimento di programmi terapeutici e socio riabilitativi".

Nella regione Emilia-Romagna sono presenti tre sezioni a custodia attenuata per tossico/alcol dipendenti: presso la Casa Circondariale di Rimini, presso la Casa Circondariale di Forlì

(attualmente sospesa) e presso la Casa di reclusione di Castelfranco Emilia dove coesiste una sezione per internati in misura di sicurezza.

L'obiettivo è trasformare l'esperienza detentiva del disagio per il tossico/alcol-dipendente in occasione di recupero tramite l'offerta di opportunità trattamentali e riabilitative verso il superamento di stili di vita e comportamenti tipici degli ambienti devianti, cercando di avviare un progetto di recupero della potenzialità di ciascun detenuto, attraverso strumenti di riflessione idonei a stimolare il cambiamento, nonché riattivare un rapporto costante e costruttivo tra il detenuto e l'ambiente esterno.

Questo speciale percorso socio-riabilitativo deve essere scelto dal detenuto, che chiede di essere ammesso nell'istituto a Custodia Attenuata attraverso un'istanza con la quale si dichiara disponibile e motivato ad effettuare un'attività terapeutica trattamentale.

## Le aree problematiche

### Alcol

Per i detenuti con problema di dipendenza alcolica e/o patologie Alcol Correlate valgono le prassi sanitarie ed organizzative previste per i detenuti tossicodipendenti, nella necessaria integrazione con gli altri Servizi sanitari che si occupano della salute dei ristretti (Assistenza primaria, Salute mentale, Malattie infettive, ecc.). Il consumo di alcol visto come fattore di rischio per la salute può riguardare tutta la popolazione che vive negli Istituti Penitenziari per cui, analogamente a ciò che avviene fuori dal carcere, dove i Servizi sanitari promuovono interventi di sensibilizzazione e di vera e propria formazione intorno ai consumi alcolici nei loro aspetti culturali e di salute, negli Istituti Penitenziari è indicato attivare occasioni formative, eventualmente in collaborazione con le Associazioni del terzo settore e facilitare l'attivazione di gruppi di auto-mutuo-aiuto.

### Tabacco

La dipendenza da nicotina può essere affrontata in ambiente carcerario offrendo ai detenuti la possibilità di frequentare corsi per smettere di fumare, gestiti in collaborazione con i servizi dedicati. Alcune esperienze realizzate in carcere con esito positivo suggeriscono di attuare una informazione diffusa sulla possibilità di accedere ai percorsi per la disassuefazione. Per realizzare con probabilità di successo queste esperienze è necessario curare particolarmente la fase della motivazione degli aderenti al percorso, gestire gruppi per smettere di fumare dando la possibilità di nuovi ingressi e mantenendo il rinforzo di chi è riuscito a smettere, accettando numeri elevati di partecipanti visto il fisiologico turn over dei detenuti. Potrebbero inoltre risultare utili esperienze di peer education gestite anche tramite gruppi di auto- mutuo aiuto.

La figura del promotore della salute potrebbe giocare un ruolo essenziale nell'affrontare il problema tabagismo.

Molto importante sarebbe, inoltre, poter garantire ai detenuti che smettono di fumare lo spostamento in celle con non fumatori e la possibilità di svolgere attività fisica.

Si ribadisce che in tutte le aree comuni vige il divieto di fumare.

### Gioco d'azzardo patologico (GAP)

I detenuti che all'ingresso dichiarano un gioco d'azzardo problematico o patologico possono essere seguiti dall'equipe per approfondire, mediante questionari o test, la gravità del sintomo e per un successivo aggancio al servizio territoriale.

Hanno collaborato alla stesura del documento:

Mila Ferri – Regione Emilia-Romagna  
Franca Francia - Regione Emilia-Romagna  
Ilaria De Santis - Regione Emilia-Romagna  
Marilena Durante - Regione Emilia-Romagna  
Annamaria Ferrari - Regione Emilia-Romagna  
Alessio Saponaro - Regione Emilia-Romagna  
Flavio Bonfà – Direttore Programma DP AUSL Piacenza  
Paolo Volta - Direttore Programma DP AUSL Parma  
Angiolina Dodi - Direttore Programma DP AUSL Reggio Emilia  
Claudio Ferretti - Direttore Programma DP AUSL Modena  
Daniele Gambini - Direttore Programma DP AUSL Bologna  
Stefano Gardenghi - Direttore Programma DP AUSL Imola  
Luisa Garofani - Direttore Programma DP AUSL Ferrara  
Deanna Olivoni - Direttore Programma DP AUSL Romagna – Ravenna  
Edoardo Polidori - Direttore Programma DP AUSL Romagna – Forlì  
Michele Sanza - Direttore Programma DP AUSL Romagna – Cesena  
Daniela Casalbani - Direttore Programma DP AUSL Romagna – Rimini  
Daniela Perotti – AUSL Piacenza  
Vitantonio Scagliusi - AUSL Piacenza  
Elena Uber - AUSL Piacenza  
Maria Cristina Fontana - AUSL Piacenza  
Barbara Bezzi - AUSL Parma  
Silvia Codeluppi - AUSL Parma  
Giuliano Giucastro - AUSL Parma  
Maria Inglese - AUSL Parma  
Diana Grandallolio - AUSL Parma  
Licia Caroselli - AUSL Parma  
Barbara Cantarelli - AUSL Parma  
Angela Zannini - AUSL Reggio Emilia  
Antonio Nicolaci - AUSL Reggio Emilia  
Francesca Danesi - AUSL Reggio Emilia  
Riccardo Giampaolo - AUSL Modena  
Piera Conforti - AUSL Modena  
Graziana Fornaciari - AUSL Modena  
Paolo De Pascalis – AUSL Modena  
Marcella Musconi - AUSL Bologna  
Patrizia Baudanza - AUSL Bologna  
Monica Venturi - AUSL Bologna  
Raffaella Campalastri - AUSL Bologna  
Orietta Venturi – AUSL Bologna  
Roberto Ragazzi - AUSL Bologna  
Alba Fabbri - AUSL Bologna  
Marta Ardizzoni - AUSL Bologna  
Stefania Bertocchi - AUSL Imola  
Lucia Galli - AUSL Imola  
Maria Grazia Ariano - AUSL Imola  
Cinzia Veronesi - AUSL Ferrara  
Maria Letizia Bottoni - AUSL Ferrara  
Marina Galletti - AUSL Ferrara  
Eleonora Ferraris - AUSL Ferrara  
Enrico Frozzi – AUSL Ferrara

Daniele Vasari – AUSL Ferrara  
Federica Mazzoni - AUSL Romagna  
Roberto Trerè - AUSL Romagna  
Paolo Ugolini - AUSL Romagna  
Emma Pegli - AUSL Romagna  
Teo Vignoli - AUSL Romagna  
Maria Giovanna Latino - AUSL Romagna  
Maria Cristina Montanari - AUSL Romagna  
Patrizia Barchiesi - AUSL Romagna  
Giovanna Balzani - AUSL Romagna  
Elvira Speranza - AUSL Romagna  
Gianluca Farfaneti - AUSL Romagna  
Francesca Pirani - AUSL Romagna  
Maria Rosaria Roberto – AUSL Romagna  
Maria Signorini – AUSL Romagna  
Alfonso Casadei – AUSL Romagna  
Daniele Righini – AUSL Romagna  
Sergio Ansaloni – Comune di Modena  
Roberto Berselli – Coordinamento Enti Accreditati (CEA)  
Matteo Iori - CEA  
Alessia Pesci – CEA  
Mara Verderi – CEA  
Patrizio Lamonaca – CEA  
Francesco Grassi – CEA  
Marco Sirotti - CEA

REGIONE EMILIA-ROMAGNA

Atti amministrativi

GIUNTA REGIONALE

Kyriakoula Petropulacos, Direttore generale della DIREZIONE GENERALE CURA DELLA PERSONA, SALUTE E WELFARE esprime, ai sensi dell'art. 37, quarto comma, della L.R. n. 43/2001 e della deliberazione della Giunta Regionale n. 2416/2008 e s.m.i., parere di regolarità amministrativa in merito all'atto con numero di proposta GPG/2016/2327

data 29/11/2016

IN FEDE

Kyriakoula Petropulacos

omissis

---

L'assessore Segretario: Costi Palma

---

Il Responsabile del Servizio

Affari della Presidenza