



REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA

Allegato alla Delib.G.R. n. 12/3 del 27.3.2007

PROGRAMMA REGIONALE DI INTERVENTI NEL SETTORE DELLE DIPENDENZE

INDICE

1. L'evoluzione dei comportamenti di abuso e di dipendenza
2. La rete delle strutture e le azioni di contrasto
3. Obiettivi prioritari
4. La personalizzazione degli interventi, l'umanizzazione delle cure, l'inclusione sociale
5. L'integrazione degli interventi
 - 5.1 L'integrazione socio-sanitaria
 - 5.2 L'integrazione sanitaria
 - 5.3 L'integrazione con i servizi per la tutela della salute mentale
6. La territorializzazione dei servizi, il coordinamento delle attività
7. Prevenzione
8. Gli strumenti strategici
 - 8.1 Formazione e aggiornamento
 - 8.2 Valutazione
9. Nodi critici della rete di intervento
 - 9.1 Giovani e adolescenti
 - 9.2 Persone detenute e soggette a misure giudiziarie
 - 9.3 Persone con problemi di alcol
 - 9.4 Persone che usano o abusano tabacco
10. Servizi residenziali e semiresidenziali
 - 10.1 Fabbisogno
 - 10.2 Autorizzazioni e accreditamenti
 - 10.3 Accordi contrattuali



1. L'evoluzione dei comportamenti di abuso e di dipendenza

Le problematiche correlate all'uso, all'abuso e dipendenza da sostanze stupefacenti e quelle correlate alle dipendenze comportamentali costituiscono una priorità nell'intervento sociale e sanitario.

Comportamenti di abuso e dipendenza possono determinarsi in relazione all'utilizzo di sostanze come eroina, cocaina, alcol, nicotina, etc., o manifestarsi in altri ambiti, come quello alimentare, della sessualità o dello svago e divertimento (anoressia/bulimia, gioco d'azzardo, dipendenza da internet, etc.). La dipendenza si manifesta quando l'entità delle problematiche coinvolte è tale da provocare disagio pervasivo, interferenza con i programmi individuali di vita e conseguenze dannose per la salute, il lavoro, le relazioni sociali. Gradi inferiori di pervasività sono indicati con il termine di "abuso".

L'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) considera il fumo di sigaretta, il consumo di alcol e delle altre sostanze d'abuso illegali (quali eroina, cocaina, amfetamina etc.) tra i principali fattori di rischio per la salute pubblica. Gli effetti direttamente indotti dall'uso delle diverse sostanze e/o le conseguenze del loro uso esercitano un impatto sociale e sanitario fortemente negativo in termini di mortalità, morbosità, criminalità e disgregazione sociale.

In Italia un quarto della popolazione, in età superiore ai 13 anni, fuma sigarette. Per quanto riguarda l'alcol, non si posseggono dati italiani sufficientemente attendibili. Negli USA, si stima che la dipendenza da questa sostanza riguardi il 10% della popolazione adulta, con una percentuale superiore che, senza arrivare alla dipendenza o alcolismo, assume eccessive – e pertanto dannose - quantità di alcol. Il 31% degli italiani di età compresa tra i 15 e 64 anni ha fumato cannabis, il 6,7% ha utilizzato cocaina, il 3,4% allucinogeni, il 3,8% stimolanti e l'1,3% eroina. In Sardegna si stima che circa 10.000 soggetti all'anno utilizzino regolarmente eroina. In Italia, la mortalità correlata al fumo di sigarette supera gli 80.000 decessi all'anno e quella da consumo eccessivo di alcol si stima superiore ai 40.000. La diffusione dell'uso delle sostanze psicoattive ha indotto un brusco incremento della mortalità giovanile negli anni Novanta. Tale incremento risulta determinato dagli incidenti stradali, dalla Sindrome da Immunodeficienza Acquisita (AIDS) e dall'overdose, tutte condizioni associate all'uso di sostanze psicoattive. In Europa, la morte di un giovane ogni quattro di età inferiore ai 30 anni è causata dall'alcol, un tossicodipendente su tre muore entro i 40 anni e uno su due entro i 50.

Le dipendenze comportamentali hanno avuto un crescente sviluppo e diffusione negli ultimi decenni, prevalentemente nella popolazione giovanile. In Italia circa 3 milioni di persone, pari al 5% della popolazione, manifestano disagio significativo in relazione al comportamento alimentare. Tra gli adolescenti, lo 0,5-1% dei maschi e l'8-10% delle femmine soffre di anoressia e bulimia, mentre oltre il 3% della popolazione, percentuale in costante aumento, presenta una problematica di



REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA

anoressia-bulimia conclamata. Anche il gioco d'azzardo patologico si presenta in maniera abbastanza diffusa e si stima che in Italia questo problema riguardi l'1-3% della popolazione. Altre dipendenze patologiche, come l'impulso all'acquisto, la dipendenza da videogiochi e quella che riguarda la sfera della sessualità si ritiene stiano andando incontro ad un progressivo incremento, per quanto non si posseggano dati attendibili al riguardo.

La dipendenza da sostanze psicoattive e le dipendenze comportamentali sono diffuse nella società e sempre meno confinate o riconducibili a specifiche categorie di persone. Esse inoltre non sono chiaramente differenziabili da corrispondenti comportamenti sani e/o necessari, ma sfumano attraverso forme di dipendenza meno severa, forme di abuso, stili di vita e modelli culturali, verso comportamenti socialmente accettati. Col tempo si è manifestata una progressiva attenuazione nella percezione del rischio associato ai comportamenti di abuso ed una notevole tendenza al passaggio da un abuso all'altro e all'associazione di più sostanze o comportamenti. Alla dipendenza dall'eroina e dall'alcol si affiancano oggi comportamenti di uso problematico e abuso variabili per intensità e continuità. Rientrano in questo contesto l'utilizzo di sostanze stimolanti a scopo ricreazionale, voluttuario o "sperimentale" e l'associata adozione di comportamenti distruttivi per sé e per gli altri (guida pericolosa, ad esempio) che, anche in assenza di definite forme di dipendenza, si osservano in determinati contesti sociali, come quelli dello svago e del divertimento, dove vengono sempre più accettati o incoraggiati.

In Sardegna l'evoluzione del problema dell'abuso e dipendenza dagli anni Novanta ad oggi ha seguito l'andamento generale descritto in Europa, caratterizzato dall'aumento della eterogeneità sia per quanto riguarda le sostanze che per quanto riguarda i comportamenti di abuso. Alle sostanze d'abuso classiche (eroina, alcol, tabacco) si sono aggiunti gli psicostimolanti (cocaina in particolare), mentre i comportamenti sono mutati sia per la tendenza al poliabuso che per la crescente rilevanza delle dipendenze non farmacologiche (gioco d'azzardo in particolare).

2. La rete delle strutture e le azioni di contrasto

Gli interventi di cura nel campo delle dipendenze patologiche hanno trovato applicazione in Sardegna a partire dai primi anni Ottanta e si sono strutturati nel corso degli anni Novanta in seguito alla costruzione della rete dei servizi e delle sinergie previste dal D.P.R. del 9 ottobre 1990, n. 309 *"Testo unico delle leggi in materia di disciplina degli stupefacenti e sostanze psicotrope, prevenzione, cura e riabilitazione dei relativi stati di tossicodipendenza"*. Attualmente, la rete dei servizi direttamente impegnati nella risposta al bisogno di salute nel settore include Servizi per le Tossicodipendenze (Sert), Comunità terapeutiche, Unità di alcologia, Gruppi di autoaiuto, Unità operative tabagismo, Centri di ascolto, Centri di pronta accoglienza, Centri di informazione e consulenza nelle scuole (CIC).



REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA

La rete delle strutture di contrasto è stata costruita in risposta alla diffusione delle problematiche associate all'uso di eroina, mentre è risultata insufficiente la risposta al problema dell'alcolismo e del tabagismo. Inoltre, negli anni più recenti, la rigidità del sistema ha ostacolato l'adeguamento delle strutture e degli interventi all'aumento nella variabilità delle tipologie di abuso e dipendenza anche non implicanti l'uso di sostanze e dei modelli comportamentali correlati.

Alle limitazioni dell'offerta e qualità dei servizi hanno contribuito anche la flessione numerica del personale dei Sert, prevalentemente a carico delle figure a carattere psico-sociale, e l'insufficiente coordinamento ed integrazione degli interventi, con conseguenti aree di sovrapposizione delle iniziative e delle risposte e aree di insufficiente copertura dei bisogni.

Si deve notare inoltre l'assenza di un sistema di rilevazione dell'evoluzione del fenomeno e di monitoraggio e valutazione degli interventi idoneo a rispondere alle esigenze della programmazione regionale e locale.

La necessità di una più ampia riorganizzazione del sistema dei servizi regionale è stata recepita nel Piano regionale dei servizi sanitari, approvato dal Consiglio Regionale il 19 gennaio 2007, nella proposta di Piano regionale dei servizi sociali di cui alla D.G.R. n. 38/21 del 2.8.2005, nella D.G.R. n. 44/9 del 20.9.2005 *"Determinazione dei requisiti minimi standard per l'autorizzazione al funzionamento e per l'accreditamento dei servizi privati di assistenza alle persone dipendenti da sostanze di abuso"* e all'art. 17, comma 3, della L.R. 11.5.2006, n. 4 *"Disposizioni varie in materia di entrate, riqualificazione della spesa, politiche sociali e di sviluppo"*, che include interventi per la riqualificazione ed il coordinamento dei servizi pubblici e privati.

Questi provvedimenti prevedono, fra l'altro, la predisposizione di un programma regionale di interventi per le dipendenze patologiche, che formuli risposte organizzative fondate su principi di differenziazione funzionale e di costruzione di un sistema integrato di cura.

3. Obiettivi prioritari

Il presente programma di interventi si propone di individuare le azioni necessarie per dare attuazione, nel settore delle dipendenze, agli obiettivi prioritari individuati dal Piano regionale dei servizi sanitari 2006-2008:

- garantire la presa in carico personalizzata delle persone con problemi di abuso/dipendenza patologica, integrando la valutazione e gli interventi di ordine farmacologico, psicologico, riabilitativo nei contesti ambulatoriali, semiresidenziali o residenziali più indicati nel singolo caso;
- coordinare e raccordare le risorse e l'operatività dei diversi punti della rete dei servizi (sanitari, socio-sanitari, sociali, educativi) impegnati nell'attività di prevenzione, cura e riabilitazione anche attraverso una unità di coordinamento tecnico-scientifico regionale



REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA

- istituita con compiti di rilevazione epidemiologica, disseminazione delle evidenze scientifiche di efficacia, monitoraggio degli interventi, formazione;
- riorientare l'operatività dei servizi, promuovendo:
 - a) la territorializzazione dell'assistenza e l'integrazione con gli altri servizi nell'ambito del distretto;
 - b) la diversificazione degli interventi, in accordo con l'evoluzione dei comportamenti di abuso e dipendenza e con le richieste di salute;
 - garantire in particolare l'integrazione con i servizi per la tutela della salute mentale per assicurare la presa in carico integrata dei pazienti in situazione multiproblematica;
 - adottare strumenti di analisi epidemiologica a livello regionale per sostenere la pianificazione degli interventi, il loro monitoraggio e la valutazione dei risultati ottenuti;
 - attuare programmi di prevenzione (primaria, secondaria e terziaria) e di riduzione del danno, definiti in base alle evidenze scientifiche della loro efficacia, con l'intento di scoraggiare l'uso delle varie sostanze d'abuso (legali ed illegali) e di prevenire le complicanze (sanitarie e sociali) associate al comportamento tossicomane;
 - valorizzare ed integrare con il sistema pubblico, l'esperienza delle associazioni di volontariato, di promozione sociale e di cooperazione sociale operanti nel settore.

L'articolazione del programma prevede inoltre ulteriori specifiche per particolari condizioni anagrafiche e sociali (giovani e adolescenti; detenuti e soggetti a misure giudiziarie), tipologie di abuso/dipendenza (alcolismo/tabagismo), bisogni formativi (formazione e aggiornamento), fabbisogno di servizi residenziali.

Le finalità del presente programma di interventi sono coerenti con l'approccio integrato al problema e gli obiettivi e azioni in tema di misure per la prevenzione, l'intervento tempestivo, il trattamento, la riduzione dei danni, la riabilitazione e il reinserimento sociale proposti dalla *"Strategia dell'Unione Europea in materia di droga 2005–2012"*, approvata dal Consiglio Europeo il 22 novembre 2004 e dal *"Piano di azione dell'Unione Europea in materia di lotta contro la droga 2005 – 2008"*.

Il presente programma è, inoltre, coerente con la Legge 21.2.2006, n. 49, che reca disposizioni riguardo alla definizione delle competenze regionali in materia di organizzazione di servizi per le dipendenze da sostanze.

4. La personalizzazione degli interventi, l'umanizzazione delle cure, l'inclusione sociale

Come già ribadito nel Piano regionale dei servizi sanitari e nella D.G.R. n. 44/9 del 20.9.2005, il programma regionale di interventi deve riaffermare la centralità della persona e collocarla al centro



REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA

dell'interesse dei servizi, anche indipendentemente da una effettiva richiesta di intervento terapeutico e dalla disponibilità a recarsi presso la sede delle strutture di assistenza.

Le situazioni di uso problematico, abuso e dipendenza da sostanze psicoattive legali e illegali e le dipendenze comportamentali possono presentarsi in maniera estremamente diversificata sia per la sostanza o comportamento che per le condizioni associate (individuali e del contesto sociale). A ciò vanno aggiunti gli elementi di variabilità determinati dall'evoluzione degli stili comportamentali e di consumo delle sostanze e dal loro inquadramento legale. L'intervento "personalizzato" richiede la selezione e l'integrazione di interventi di ordine sociale, psicologico, medico, educativo nei contesti più indicati nel singolo caso. E' necessario pertanto il coinvolgimento dei diversi punti della rete sociale e sanitaria capaci di incontrare i bisogni specifici della persona e del suo contesto ambientale di appartenenza per la costruzione di progetti individualizzati.

La personalizzazione dell'intervento non può prescindere, sia nella scelta degli interventi terapeutici che nella loro valutazione, dall'adozione delle procedure consolidate nella letteratura tecnica. Nella individuazione degli interventi da adottare nel singolo caso o nella singola condizione vanno sistematicamente preferiti quelli sostenuti dalle migliori evidenze di efficacia.

Per gli aspetti sanitari è utile ricordare che la dipendenza da sostanze psicoattive viene individuata dall'OMS come una malattia cronica ad andamento recidivante. Tale visione è coerente con gli orientamenti di politica sanitaria e sociale che escludono risposte di tipo punitivo o limitazioni della erogazione e durata dei trattamenti.

Gli interventi devono essere improntati al rispetto del diritto e della dignità delle persone e della disponibilità delle stesse a percorrere specifici indirizzi terapeutici. E' opportuno ribadire che nessuno dovrà essere escluso dai percorsi di trattamento in base all'entità della motivazione a ridurre/cessare il proprio comportamento tossicomane.

In sintonia con quanto indicato nell'*Accordo Stato-Regioni per la "Riorganizzazione del sistema di assistenza ai tossicodipendenti" (provvedimento 21 gennaio 1999)*, la finalità generale da perseguire è la tutela della salute del soggetto (globalmente intesa). Questo obiettivo può essere articolato in obiettivi specifici: da quello - più ambizioso e non sempre immediatamente conseguibile - di una completa riabilitazione a quello più limitato, ma non per questo da trascurare, della induzione di uno "stile di vita" meno rischioso. In quest'ottica, è inopportuna, all'interno dei servizi, una metodologia di lavoro viziata da giudizi "moralistici", ma deve prevalere una strategia di "aiuto globale" agli utenti basata non su una generica volontà di assistere, ma sull'offerta di prestazioni classificabili come "professionali". Ugualmente non è adeguata la persistenza del concetto di "irrecuperabilità"; qualunque utente deve ricevere, ovviamente sotto diverse forme, tutto l'aiuto possibile con un serio lavoro che gli consenta di raggiungere una condizione di personale benessere.

Le persone con dipendenza patologica vivono frequentemente condizioni di emarginazione inaccettabili. A causa della propria condizione corrono gravi rischi sanitari e sociali; soffrono lo



REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA

stigma e la discriminazione. Assieme a loro soffrono le loro famiglie e tutta la comunità, che risente delle conseguenze sanitarie, economiche, legali del loro comportamento. In particolare, il mancato rispetto delle regole di convivenza che spesso accompagna i comportamenti di consumo/abuso di sostanze contribuisce alla crescita della percezione sociale di insicurezza.

La tendenza alla marginalizzazione delle persone con problemi di dipendenza patologica ne condiziona fortemente la qualità della vita, la contrattualità sociale e le potenzialità riabilitative.

Le politiche sociali della Regione Sardegna sono fortemente improntate alla promozione del diritto di cittadinanza, della partecipazione e della responsabilità sociale.

5. L'integrazione degli interventi

La tessitura di relazioni tra soggetti diversi all'interno delle istituzioni pubbliche e fra le istituzioni ed il privato sociale, costituisce la premessa per la costruzione di un sistema di protezione per le persone, le famiglie e le comunità.

Le problematiche correlate alla diffusione delle sostanze d'abuso e dei comportamenti di dipendenza permeano le relazioni sociali e richiedono risposte articolate e partecipate.

Gli interventi per la prevenzione e le conseguenze dell'uso problematico, dell'abuso e della dipendenza da sostanze psicoattive e delle dipendenze comportamentali rientrano pienamente nel sistema di riordino dei servizi e degli interventi sociali e sanitari della nostra Regione e devono prevedere una sempre maggiore integrazione con le azioni e le risorse di altri settori quali l'istruzione, la formazione, il lavoro, le politiche per i giovani, per l'immigrazione e per i detenuti.

5.1 L'integrazione socio-sanitaria

La programmazione integrata

L'analisi delle azioni intraprese a livello regionale e a livello locale, delle risorse impegnate e della spesa sostenuta nel corso dell'ultimo decennio evidenzia da un lato la scarsa attenzione alla integrazione degli interventi fra i vari soggetti interessati, dall'altro la carente attivazione di percorsi decisionali partecipati. Con l'attivazione dei Piani Locali Unitari dei Servizi alla Persona (PLUS), di cui alla L.R. 23.12.2005, n. 23 e alla D.G.R. n. 23/30 del 30.5.2006 "*Linee guida per l'avvio dei Piani locali unitari dei servizi alla persona*", si è dato un forte impulso alla condivisione dei problemi ed alla elaborazione e alla gestione associata delle risposte; tuttavia, nel campo specifico delle dipendenze, diversi fattori, fra i quali la persistenza di rilevanti pregiudizi sociali nei confronti dei portatori del problema, continuano ad ostacolare la partecipazione alla fase progettuale di questi ultimi e dei loro familiari. A tuttora l'associazionismo delle persone che vivono il problema della dipendenza è debole o inesistente e di conseguenza è debole la loro capacità negoziale nei



REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA

confronti delle istituzioni e degli altri soggetti sociali coinvolti nelle decisioni. Ciò si ripercuote inevitabilmente nella quantità, nella specificità degli interventi e nella loro qualità.

Per promuovere ulteriormente l'integrazione e la qualità degli interventi in ambito sociale e socio-sanitario si ritengono fondamentali le seguenti azioni:

- inserire nei PLUS gli interventi per le dipendenze patologiche, valutando le necessità della popolazione generale concernenti l'uso problematico, l'abuso e la dipendenza da sostanze e le dipendenze di tipo comportamentale e coinvolgendo e condividendo le risorse e le competenze acquisite nel settore;
- sulla base delle linee guida per l'avvio dei PLUS, D.G.R. n. 23/30 del 30.5.2006, concertare nell'ambito del PLUS anche gli interventi dei singoli Comuni riferibili all'uso problematico, abuso e dipendenza;
- attivare prioritariamente interventi nel settore della prevenzione primaria e secondaria, dell'accoglienza, partecipazione e soddisfazione delle necessità di vita primarie, riduzione del danno e reinserimento (centri diurni, unità di strada, centri di ascolto, servizi di prossimità e pronto intervento sociale, progetti di reinserimento sociale, scolastico e lavorativo);
- attivare interventi di prossimità, determinanti per raggiungere gli adolescenti, i consumatori di sostanze e le fasce più marginali della popolazione ed aiutarli sia nell'accesso ai servizi che nell'individuazione dei percorsi e delle risposte; le funzioni di prossimità si esplicano nei luoghi di vita, utilizzano le risorse offerte dalla rete della comunità locale, pongono la relazione al centro del proprio intervento; esse si esplicano attraverso il supporto e l'accompagnamento verso servizi appartenenti ad istituzioni anche diverse e si collocano in un contesto di sinergie fra istituzioni pubbliche, privato sociale, volontariato, opportunità che provengono dalla società civile. Le funzioni di prossimità possono essere attivate sotto forma di Spazi Giovani, Centri di ascolto, Unità di Strada, in coordinamento con i servizi e gli operatori delle Aziende Sanitarie Locali (ASL), in particolare con i Servizi per le Dipendenze (SerD), come descritti nel successivo paragrafo 6;
- promuovere la costruzione di piani di intervento personalizzati, che perseguano politiche di inclusione sociale, comprensivi delle dimensioni dell'abitare, della formazione/lavoro, delle relazioni sociali, anche attraverso l'utilizzo delle risorse di cui alla D.G.R. n. 42/10 del 4.10.2006 "*Linee di indirizzo per l'avvio del programma sperimentale di inclusione sociale*", con le quali si è inteso facilitare la permanenza o il rientro nel tessuto sociale di appartenenza e le prospettive di partecipazione attiva e produttiva alla comunità umana di persone escluse o marginalizzate anche in ragione di una condizione di dipendenza.



REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA

In considerazione delle specificità tecniche connesse, i progetti di prevenzione, accoglienza, riduzione del danno, reinserimento e riabilitazione devono prevedere una corresponsabilità tecnica dei SerD e la partecipazione alla loro formulazione degli enti privati autorizzati.

L'alta integrazione dei servizi sanitari e del privato sociale

Un ambito di particolare rilevanza strategica per la costruzione di un sistema integrato di cura riguarda l'interazione tra servizi sanitari e servizi del privato sociale. Storicamente in Sardegna la vocazione dei Sert è stata più orientata verso gli ambiti della diagnosi e dei programmi terapeutici e quella delle strutture del privato sociale verso i programmi riabilitativi. Sebbene la pratica degli interventi abbia visto un progressivo incremento della disponibilità reciproca a collaborare, nell'interesse degli assistiti, a tuttora appare insufficiente il livello di integrazione raggiunto. In tal senso ha sicuramente pesato la insufficiente promozione della diversificazione dell'offerta assistenziale del privato sociale.

Finora hanno operato in Sardegna strutture del privato sociale di tipo quasi esclusivamente terapeutico-riabilitativo e pedagogico-riabilitativo. Il tasso di occupazione di queste strutture da parte dei residenti in Sardegna è decisamente basso (51,7% nel 2005). Di contro, circa il 40% delle persone che necessitano di interventi residenziali viene inviato in strutture extraregionali, anche in risposta alle necessità di una maggiore corrispondenza tra domanda di salute e di reinserimento sociale da una parte e offerta assistenziale/riabilitativa dall'altra. Si riconoscono peraltro gli sforzi effettuati dal sistema del privato sociale sardo per venire incontro a situazioni problematiche che richiedono risposte diverse o più articolate rispetto a quelle presenti nelle tipologie di strutture esistenti e accreditate.

La Regione Sardegna ha provveduto, con la D.G.R. n. 44/9 del 20.9.2005 "*Determinazione dei requisiti minimi standard per l'autorizzazione al funzionamento e per l'accreditamento dei servizi privati di assistenza alle persone dipendenti da sostanze di abuso*", a promuovere e regolamentare la diversificazione dell'offerta dei servizi privati, per cui ai servizi educativi e terapeutici si sono aggiunti servizi per persone con comorbidità psichica, servizi madre-bambino, etc. Questo provvedimento costituisce un importante passo avanti verso la professionalizzazione dell'offerta dei servizi, l'integrazione degli interventi e la loro personalizzazione.

Tuttavia, l'eccessivo ricorso delle persone con problemi di dipendenza a strutture extraregionali riconosce tra le cause anche l'insufficiente promozione del dialogo fra gli ambiti del servizio pubblico e del privato sociale.

Si ritiene che l'approfondimento del dialogo, la condivisione dell'analisi dei bisogni e della realizzazione dei progetti individuali, aiuti ad utilizzare le risorse, le potenzialità e le esperienze maturate nei diversi ambiti (pubblico e privato sociale) per garantire un sistema complessivo di assistenza personalizzato e limitare il ricorso a strutture esterne alla nostra regione. Viene richiamata in particolare l'attenzione sulla necessità di promuovere l'integrazione dei servizi privati



REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA

nella rete dei servizi e soprattutto con il servizio pubblico, al fine di rispondere sempre meglio alle necessità rilevate nel territorio.

La Direzione delle Politiche Sociali provvederà ad attivare programmi e percorsi idonei a perseguire gli obiettivi di “alta integrazione”, avvalendosi anche di gruppi di lavoro misti pubblico-privati per la definizione:

- delle caratteristiche funzionali degli interventi idonei a rispondere alle specifiche necessità assistenziali della regione attraverso la predisposizione di documenti, linee di indirizzo, protocolli terapeutici;
- delle procedure e tecniche che regolano la valutazione multidimensionale dei programmi individualizzati e la predisposizione e realizzazione dei percorsi educativi e terapeutici;
- delle modalità della collaborazione fra i servizi pubblici e del privato sociale durante la fase residenziale del programma, sia per quanto attiene allo scambio di informazioni sull'andamento dello stesso che per quanto attiene al contributo rispettivo al mantenimento della massima qualità dell'intervento;
- delle procedure e modalità della collaborazione rispetto al completamento del percorso o al suo abbandono da parte della persona.

Un'area particolarmente problematica risulta essere quella del penale, dove l'insufficiente disponibilità di opportunità di accompagnamento sociale e reinserimento (formativo, lavorativo, abitativo) limita grandemente la numerosità e la qualità dei programmi alternativi alla detenzione per persone con problemi di dipendenza.

Le ASL , i SerD in particolare, e gli enti locali promuovono con la cooperazione sociale:

- forme di collaborazione finalizzate alla gestione di programmi, percorsi e piani di intervento personalizzati;
- percorsi formativi integrati che abbiano la finalità di arricchire la qualità e la diversificazione degli interventi disponibili e sostenere il riconoscimento reciproco;
- l'attenzione alla questione dell'inclusione sociale da parte delle forme della cooperazione sociale, in particolare la cooperazione di tipo B;
- lo sviluppo di competenze sulle specifiche problematiche che condizionano l'adattamento sociale, l'accettazione sociale e l'inserimento lavorativo delle persone con problemi di dipendenza e sui possibili percorsi e strategie utilizzabili per costruire piani di intervento personalizzati;
- interazioni con gli enti e i soggetti più direttamente coinvolti nel trattamento delle persone con problemi di dipendenza.

Il mondo del volontariato è attivo nel settore da lungo tempo. Nonostante le esperienze di collaborazione consolidata, esistono spazi per il miglioramento della qualità e l'indirizzo verso aree che possono giovare particolarmente del loro intervento (auto-aiuto, riabilitazione, inclusione



REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA

sociale, riduzione del danno). In particolare il volontariato può rappresentare un partner prezioso per garantire l'insieme dei diritti e delle opportunità volte al benessere dei singoli e delle comunità, per facilitare l'accesso ai servizi, sostenere i progetti di vita delle persone e delle famiglie, promuovere il pieno diritto di cittadinanza.

Deve essere incoraggiata, da parte delle ASL, e dei SerD in particolare, la collaborazione col mondo del volontariato, anche attraverso la condivisione di progetti di formazione e di intervento, capaci di promuovere l'offerta di una gamma di opzioni di supporto differenziata, flessibile, accogliente e tesa a superare l' "effetto stigma" generato dall'attuale circuito assistenziale.

5.2 L'integrazione sanitaria

Le persone con problemi di dipendenza patologica vanno incontro a rilevanti complicazioni di carattere sanitario (patologie infettive, traumatologiche, disturbi psichici, etc.). Inoltre il progressivo innalzamento dell'età media le espone alle patologie tipiche dell'età (cardiovascolari, tumorali, etc.). Ulteriore danno deriva dalla loro tendenza a trascurare la cura della salute e dalle difficoltà relazionali che ostacolano l'interazione con le strutture e il personale sanitario. Per tali ragioni frequentemente non ricevono ulteriori e più appropriate cure per le loro patologie, oltre a quelle di minima offerte nell'ambito del Sert. Inoltre, le persone con problematiche correlate all'uso di sostanze o a dipendenze non farmacologiche, o i loro familiari, hanno maggiore facilità a ricercare aiuto presso il medico di medicina generale o altri attori sociali non necessariamente collegati e coordinati con i servizi per le dipendenze. E' necessario che venga garantito a queste persone il diritto alla salute e che possano ricevere tutti i tipi di intervento disponibili nel contesto più appropriato.

Si ritiene che la qualità della risposta sanitaria possa essere migliorata promuovendo la collaborazione fra SerD, medici di medicina generale, servizi territoriali del distretto e servizi ospedalieri competenti ed integrando i loro interventi. Più in particolare le ASL assicurano:

- l'integrazione dei SerD nel distretto con gli altri servizi sanitari e con i medici di medicina generale, attraverso lo scambio delle informazioni pertinenti, la collaborazione nella predisposizione e condivisione dei percorsi, delle iniziative, e dei programmi, la formazione e l'aggiornamento in forma congiunta;
- l'inclusione nell'ambito della programmazione aziendale per l'aggiornamento continuo della formazione congiunta sugli aspetti di comune interesse dei SerD e degli altri servizi e reparti coinvolti nell'assistenza ai soggetti affetti da dipendenza per le singole e più frequenti patologie;
- il supporto necessario, da parte dei SerD, ai servizi territoriali e ospedalieri coinvolti nella gestione del singolo caso attraverso consultazioni e consulenze;



REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA

- la collaborazione tra le strutture e i servizi sanitari e sociali che facilmente incontrano la domanda di assistenza per problematiche correlate a specifiche sostanze o specifiche condizioni (consultori, poliambulatori distrettuali, servizi e reparti medici, servizi sociali dei comuni) e i SerD, al fine di attivare un rapporto di tipo consulenziale in sede, anche attraverso l'attivazione di spazi ed ambulatori specifici;
- il ricovero in ospedale delle persone affette da dipendenza patologica, ove necessario per le problematiche sanitarie direttamente/indirettamente correlate con l'uso problematico, l'abuso e la dipendenza;
- lo sviluppo di competenze relazionali e conoscenze tecniche tese al miglioramento della qualità dell'assistenza alle persone con problemi di abuso/dipendenza nei servizi e reparti ospedalieri in cui è più frequente la presenza/ricovero di persone con problemi di dipendenza.

Allo scopo di facilitare il coordinamento degli interventi e le azioni di cui sopra, le ASL devono intraprendere le azioni opportune, anche attraverso l'adozione di regolamenti e di procedure operative che regolino l'interazione e la collaborazione fra i SerD e i servizi territoriali e ospedalieri che più frequentemente sono coinvolti nell'assistenza sanitaria alle persone con problemi di dipendenza (infettivologia, salute mentale, medicina generale, consultori, ostetricia, etc.).

5.3 L'integrazione con i servizi per la tutela della salute mentale

L'assunzione di sostanze psicoattive è riconosciuta come causa o conseguenza di manifestazioni psicopatologiche. I disturbi psichici aumentano il rischio di esposizione alle sostanze d'abuso e l'abuso/dipendenza da sostanze espone a complicazioni psicopatologiche importanti.

Le stime sulla frequenza dell'associazione di un disturbo da uso di sostanze (legali e illegali) con altra patologia psichica variano a seconda del contesto e degli strumenti utilizzati nella rilevazione. La presenza di patologia mentale aggiuntiva nel tossicodipendente varia fra il 40 e il 90%; la presenza di dipendenza da sostanze nei portatori di patologie psichiche varia fra il 20 e il 50%.

La figura dello psichiatra non è necessariamente inclusa nel personale dei servizi sardi per le dipendenze, nonostante trovi la ragione di esservi anche per la gestione della dipendenza per se. Per la gestione della patologia psichica i Sert della Sardegna hanno operato secondo differenti modelli e prassi: da una gestione pressoché totale in loco ad una completa delega al Centro di Salute Mentale (CSM).

Le persone in situazione multiproblematica possono alternativamente presentare aspetti clinici di prevalente competenza dei servizi per le dipendenze e/o del CSM o disturbi di gravità tale da non poter essere adeguatamente trattati da un solo servizio. In una parte dei casi, la sovrapposizione di ambiti e specificità dei due servizi impedisce l'individuazione di ruoli, limiti e responsabilità.



REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA

Per attuare un valido percorso terapeutico-riabilitativo delle persone con dipendenza patologica e rilevanti disturbi psichici è necessario attivare dei protocolli operativi per interventi integrati tra i servizi di competenza (SerD e CSM) e per la presa in carico del caso. Gli obiettivi generali sono fondamentalmente due:

- migliorare i percorsi terapeutici dei soggetti;
- permettere un valido coordinamento tra le strutture coinvolte [SerD e CSM in primo luogo, ma anche altre interfacce sanitarie quali medicina generale, reparti internistici, Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura (SPDC), etc., nonché altre strutture territoriali quali comunità terapeutiche, centri diurni, cooperative di lavoro, etc.].

Sulla base di queste premesse si prevede quanto segue:

- gli interventi devono essere basati sulla integrazione culturale, organizzativa e gestionale delle strutture a vario titolo coinvolte; questa integrazione, attraverso lo sviluppo di una articolata esperienza clinica e di una adeguata riflessione teorica, deve permettere una continuità della presa in carico globale di ciascun paziente, fattore importante per l'adesione agli interventi e per la prevenzione della ricaduta, sia nei comportamenti di uso problematico, abuso e dipendenza, che nei disturbi psichiatrici;
- per i pazienti con comorbidità psichiatrica l'intervento deve avvalersi del complesso delle risorse umane, strutturali e di programma disponibili presso i due ambiti dell'intervento (Salute Mentale e Dipendenze):
- la responsabilità del trattamento, quando esiste un coinvolgimento multiplo, deve essere definita in maniera coordinata, sulla base di una partecipazione strutturata del SerD e del CSM; in relazione alle caratteristiche del caso e della priorità dell'intervento, un servizio se ne deve assumere la responsabilità prevalente e ricoprire quindi il ruolo di garante dello svolgimento del trattamento riabilitativo, mentre l'altro servizio viene attivato su richiesta in qualità di co-gestore del caso; questi ruoli e funzioni sono complementari e possono essere ridefiniti anche sulla base dei cambiamenti delle condizioni cliniche, della specifica situazione locale e delle risorse disponibili, come la presenza o meno dello psichiatra all'interno del SerD;
- per i casi più gravi, che presentano una maggiore complessità psicopatologica e sociale, una debole alleanza con il terapeuta, maggior rischio di abbandono precoce, frequenti ricadute ed un alto margine di fallimento, il livello di interazione fra i servizi deve intensificarsi e prevedere anche una totale corresponsabilità nella articolazione e gestione del programma terapeutico; per questi casi si rende necessaria la costituzione di un'equipe multidisciplinare che coinvolga operatori dei due servizi e che si ponga in relazione con il paziente, la famiglia e le altre istituzioni che possono contribuire alla gestione dell'intervento.



6. La territorializzazione dei servizi, il coordinamento delle attività

Il mutato scenario dei consumi di sostanze, dei comportamenti dipendenti e dei fattori di rischio associati richiede che i sistemi di intervento, storicamente pensati per definite categorie di persone con problemi di “eroinismo”, vengano riqualificati e posti in rete, con l’obiettivo di realizzare un “sistema diffuso di intervento”. Questo sistema deve essere capace di sintonizzarsi sull’evoluzione del fenomeno, adottando la flessibilità nelle strutture, nei programmi e negli interventi come mezzo per poter incontrare i bisogni e rispondere adeguatamente ai singoli ed alla collettività.

In particolare, è necessario che i Sert (Servizi per le tossicodipendenze), istituiti nel 1990 (D.P.R. 309/90) in risposta alla diffusione epidemica dell’eroinismo e delle sue complicità (AIDS in particolare), vengano riqualificati e trasformati. Questi servizi, che costituiscono storicamente il fulcro dell’assistenza territoriale, hanno di fatto acquisito la connotazione di struttura fisica di contenimento del disagio, con la conseguente stigmatizzazione di chi vi si rivolge (e entro certi limiti di chi vi opera). Si escludono in tal modo dall’assistenza le popolazioni che, per il tipo di problema (dipendenza da alcol, da nicotina o cocaina) o per le caratteristiche socio-anagrafiche (adolescenti, anziani), non intendono recarvisi. La stessa collocazione spaziale delle unità operative deve tenere in considerazione le difficoltà o l’impossibilità di gestire in un unico ambiente le problematiche di persone con dipendenza da nicotina, da alcol, da cocaina o che presentano un uso problematico di sostanze psicoattive.

L’attuale distribuzione dei Sert nella regione (vedi tabella 1) risente di una eccessiva tendenza alla centralizzazione dell’offerta e soddisfa solo parzialmente l’esigenza di territorializzazione dei servizi. Si sottolinea a questo proposito che la centralizzazione dei servizi rende disagiata l’accesso di chi vive a distanza rilevante dal luogo di assistenza, non consente di conciliare la domanda di cura con le esigenze quotidiane e i progetti di vita delle persone, si associa ad una concentrazione eccessiva di un’utenza socialmente discriminata negli ambienti di cura, ledendone la privacy ed accentuandone lo stigma.

Deve essere invece promosso il decentramento dei servizi di intervento per le dipendenze nel territorio, prevedendo l’articolazione in unità funzionali o équipe multidisciplinari (almeno una per distretto) e un livello di flessibilità dell’organizzazione tale da consentire la costruzione di interventi specifici per tipologie di problemi e di utenti (adolescenti, alcolismo, etc.) e da intercettare la domanda di assistenza laddove è più facile che venga presentata o raccolta sia nell’ambito dei servizi sanitari (poliambulatori, consultori, servizi di medicina, pneumologia, etc.) che nell’ambito dei servizi sociali (enti locali, centri di ascolto, etc.).

In particolare, è necessario sviluppare in tutti i distretti, e renderle stabili, le funzioni di prossimità. Esse possono realizzarsi sia attraverso progetti specifici elaborati nell’ambito dei PLUS avvalendosi delle risorse del fondo sociale, sia con il coordinamento di professionalità e servizi



REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA

diversi delle ASL. Possono altresì essere servizi con una propria organizzazione e con équipe dedicate e adeguatamente formate.

Gli attuali Sert, in quanto depositari di conoscenze specifiche, devono essere i protagonisti della costruzione di un “servizio funzionalmente diffuso nel territorio”, solido nella cultura, nella competenza e nei programmi, ma capace di incontrare i bisogni laddove è più facile che vengano espressi e affrontati in raccordo e coordinamento con gli altri servizi e soggetti interessati.

Per raggiungere questi obiettivi, nell’ambito dei servizi sanitari si predilige l’adozione di una modalità di produzione ed erogazione dell’assistenza secondo il modello logistico a raggiera o “hub and spoke” che prevede la concentrazione delle funzioni generali di programmazione operativa, coordinamento e funzioni cliniche complesse in un numero limitato di “centri” (hub), che posseggono competenze e professionalità tali da garantire la massima qualità dell’assistenza. Gli altri “nodi” e “punti” della rete (spoke), la cui attività è fortemente integrata con quella dei “centri”, sono distribuiti nel territorio per consentire la massima diffusione del sistema. Il centro e i nodi periferici debbono essere connotati da un forte orientamento alla sussidiarietà ed alla partnership durante l’intero percorso o programma individuale.

Il modello adottato tende a garantire un uniforme governo del sistema nel suo complesso e a rendere tempestivamente disponibili competenze tecnico-professionali e risorse in qualsiasi punto della rete (outreach), limitando i trasferimenti di assistiti a situazioni specifiche e a fasi temporali del percorso per periodi in cui ciò sia effettivamente necessario in funzione del progetto terapeutico e riabilitativo complessivo.

In questa prospettiva, ovviamente, assumono importanza cruciale le connessioni fra i centri e i nodi, per quanto riguarda la condivisione di modalità e strumenti operativi, di conoscenze e competenze specifiche, e di sistemi di raccolta e gestione delle informazioni. Questo sistema, ove adeguatamente sviluppato, è in grado di garantire a tutta la popolazione equità di accesso a prestazioni di qualità uniforme su tutto il territorio regionale.

I Centri (Servizi per le Dipendenze – SerD)

I centri sono costituiti dai Servizi per le Dipendenze (SerD). Vengono espletate a questo livello le attività diagnostiche e cliniche di cui al D.M. 30.11.1990, n. 444, “*Determinazione dell’organico e delle caratteristiche organizzative e funzionali dei servizi per le tossicodipendenze da istituire presso le unità sanitarie locali*”, con particolare attenzione a quelle di maggiore complessità o che richiedono supporti strumentali o strutturali specifici, nonché le funzioni di programmazione delle attività, di coordinamento, rilevazione dati, approvvigionamento, rendicontazione, etc. In particolare è fondamentale che a questo livello vengano perseguite tutte le forme di collaborazione con enti locali, istituzioni, associazioni, terzo settore etc., utili al perseguimento degli obiettivi di promozione della salute, prevenzione e riabilitazione nel campo delle dipendenze.



REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA

I SerD (Servizi per le Dipendenze) ricomprendono le funzioni e l'organizzazione stabiliti per i Sert (Servizi per le Tossicodipendenze) dal D.M. 444/90, ma estendono i loro interventi agli ambiti relativi alle sostanze d'abuso legali ed a quelli delle dipendenze comportamentali.

I SerD, corrispondenti anche numericamente agli attuali Sert, devono mantenere il profilo multidisciplinare del personale e assicurare in ogni caso la disponibilità dei principali trattamenti di carattere psicologico, socio-riabilitativo e medico-farmacologico e preventivo. Il personale, articolato in unità funzionali a carattere multiprofessionale, oltre a garantire le attività previste dal D.M. 444/90 in sede, deve provvedere ad articolarsi nel territorio garantendo la presenza di base negli spazi socio-sanitari distrettuali, incluse le strutture penitenziarie, e garantendo l'assistenza domiciliare.

I nodi della rete

La territorializzazione viene garantita dall'articolazione diffusa delle seguenti unità periferiche o nodi della rete:

- Unità funzionali distrettuali e unità funzionali tematiche
 - o L'unità funzionale distrettuale corrisponde ad una équipe multiprofessionale del SerD che fornisce assistenza ad una determinata area distrettuale. Essa opera sia presso le strutture del SerD che presso le strutture sanitarie e le altre strutture sociali o socio-sanitarie del distretto (consultori, scuole, strutture penitenziarie, etc.). In particolare essa partecipa alla costruzione ed organizzazione delle funzioni di prossimità, negli spazi e nei contesti distrettuali più idonei e in coordinamento con gli altri servizi e soggetti interessati, anche esterni alla ASL.
 - o L'unità funzionale tematica corrisponde ad una équipe multiprofessionale del SerD, perfezionata per fornire assistenza su problematiche specifiche (alcolismo, abuso/dipendenza in adolescenza, dipendenze comportamentali, etc.). Essa opera sia presso le strutture del SerD che presso le strutture sanitarie e le altre strutture sociali o socio-sanitarie del distretto (consultori, scuole, strutture penitenziarie, etc.).

I componenti dell'unità funzionale non sono addetti esclusivamente all'attività distrettuale o tematica specifica. Si deve invece prevedere che ciascun SerD assicuri che il personale in dotazione venga coinvolto flessibilmente in queste unità per la quota tempo necessaria, variabile anche nel breve periodo in relazione alle esigenze del territorio e all'evoluzione dello scenario locale rispetto alle problematiche di dipendenza.

- Servizi del privato sociale

E' fondamentale che i servizi del privato sociale (residenziali e non) accreditati secondo quanto previsto dalla D.G.R. n. 44/9 del 20.9.2005, vengano compresi nella



REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA

rete locale e che si relazionino con il SerD. E' altrettanto necessario che il SerD territorialmente competente collabori con tali servizi, valorizzando adeguatamente la funzione pubblica del privato sociale per poter rispondere meglio alle esigenze di salute dell'area.

- Altri servizi sanitari distrettuali (consultori, CSM, medicina generale)
Consultori, CSM, medici di medicina generale, e altre strutture sanitarie si trovano di frequente davanti a problematiche di abuso di sostanze o dipendenze comportamentali o a situazioni multiproblematiche. Questi diversi ambiti di intervento sociale e sanitario devono essere collegati funzionalmente ai SerD attraverso consultazioni e consulenze specialistiche anche in sede, concessione di spazi per l'attività del SerD, progetti terapeutici condivisi e personalizzati e interventi di prevenzione. In particolare i medici di medicina generale possono prestarsi particolarmente alla intercettazione delle prime domande di cura e alla presa in carico di situazioni stabilizzate, come già avviene in alcune aree della Sardegna, riducendo il disagio dei viaggi al SerD e lo stigma. I consultori, in relazione alle fasce di popolazione che vi accedono più facilmente, costituiscono altresì un punto strategico della rete per gli interventi nell'ambito delle dipendenze. Il forte collegamento e la costante interazione fra "centro" e "nodi" consentono di perfezionare la qualità dell'offerta assistenziale di servizi capaci di cogliere la domanda di assistenza in determinate aree e contesti anche meglio dei SerD, ma insufficientemente competenti nelle risposte specialistiche.

I servizi sanitari distrettuali e i servizi del privato sociale, fungono da nodi della rete per l'assistenza nel campo delle dipendenze patologiche ma non sono gerarchicamente subordinati rispetto ai SerD: essi entrano in relazione funzionale, costruttiva ed integrata, sulla base delle diverse potenzialità e opportunità che offrono sia sul versante della domanda, sia su quello dell'intervento.

Coordinamento aziendale

La ASL è chiamata ad attuare azioni utili a promuovere la salute in generale e ad intervenire sui fattori di rischio per l'abuso, la dipendenza e le sue conseguenze. Per raggiungere tale scopo è necessario garantire prioritariamente:

- l'offerta delle prestazioni terapeutiche e assistenziali riconosciute valide ai fini dell'aiuto alla persona con problemi di abuso e dipendenza da sostanze o comportamentali e alle persone coinvolte (es. i familiari);
- il necessario coordinamento sia tra i SerD e gli altri servizi funzionalmente connessi, sia con enti o altri soggetti pubblici o privati interessati;
- la collaborazione con le altre istituzioni coinvolte, per la definizione della strategia locale complessiva di contrasto del fenomeno delle dipendenze patologiche;



REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA

- una strategia aziendale e locale relativa alla prevenzione primaria e alle problematiche connesse;
- la valorizzazione del personale anche attraverso forme di partecipazione alla definizione di obiettivi e strategie aziendali nel campo della dipendenza;
- la formazione permanente del personale in servizio e la collaborazione con le strutture istituzionali della formazione;
- la valutazione periodica dei risultati terapeutici e del conseguimento degli obiettivi assistenziali secondo gli indirizzi e gli obiettivi della programmazione regionale.

Le prestazioni ed azioni richieste si presentano estremamente diversificate, in termini di complessità professionale, costi, e gruppi sociali coinvolti; occorre pertanto che il coordinamento aziendale si realizzi attraverso un accurato bilanciamento fra l'esigenza di assicurare l'accesso ai servizi delle molteplici tipologie di utenza e l'esigenza di razionalizzare l'utilizzo delle risorse disponibili secondo le priorità individuate nel presente provvedimento.

Tenuto conto che al raggiungimento degli obiettivi propri dell'area delle dipendenze concorrono molteplici unità operative e servizi appartenenti a tutte le strutture primarie dell'ASL (distretto, ospedale, etc.), nonché altri soggetti ed enti pubblici e privati che, a vario titolo e con varia responsabilità, operano sul territorio, il modello organizzativo "dipartimentale" di cui alla L.R. 28.7.2006, n. 10 rappresenta il modello ordinario di gestione operativa di tutti gli aspetti connessi alle dipendenze patologiche, nell'ottica dell'integrazione all'interno del comparto sanitario e tra questo e i servizi sociali. In accordo con quanto stabilito dal Piano regionale dei servizi sanitari si predilige una logica organizzativa di carattere dipartimentale, laddove compatibile con l'organizzazione complessiva e le previsioni dell'emanando indirizzo per l'atto aziendale ai sensi dell'art. 9, comma 3 della L.R. 28.7.2006, n. 10.

Coordinamento Regionale

La mancanza di un sufficiente coordinamento fra le unità di assistenza pubbliche e private presenti nel territorio regionale ha contribuito a determinare una elevata disomogeneità degli interventi, una insufficiente copertura dei bisogni, una sovrapposizione delle iniziative e delle risposte. È fondamentale che il livello di assistenza per le problematiche da abuso/dipendenza venga garantito uniformemente in tutto l'ambito territoriale della regione.

La necessità di garantire supporti tecnicamente adeguati per il coordinamento dei servizi pubblici e privati a livello regionale ha trovato riscontro nel Piano regionale dei servizi sanitari e nella D.G.R. n. 45/20 del 7.11.2006 "*Interventi per il miglioramento della qualità e coordinamento dei servizi pubblici e privati per le dipendenze patologiche*" che, in applicazione della L.R. 11.05.2006, n. 4, art. 17, comma 3, ha istituito una Unità di Coordinamento per le Dipendenze. Questa unità dovrà fornire supporto tecnico-scientifico all'attività di programmazione e valutazione dell'Assessorato all'Igiene e Sanità e Assistenza Sociale della Regione Sardegna e all'attività assistenziale dei



REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA

servizi pubblici e privati per le dipendenze patologiche. In particolare le funzioni attribuite riguardano l'attività di coordinamento e raccordo delle risorse, l'operatività dei diversi punti della rete dei servizi (sanitari, socio-sanitari, sociali, educativi) impegnati nell'attività di prevenzione, cura e riabilitazione, il monitoraggio e la valutazione dell'andamento del fenomeno e della qualità delle risposte onde individuare le aree di criticità della rete di assistenza, gli interventi da proporre e le strategie utili alla realizzazione degli obiettivi sanitari e sociali individuati dalla programmazione regionale.

7. Prevenzione

Gli interventi di prevenzione nella regione Sardegna in parte sono stati in parte attuati dai Sert, inclusi nella loro attività di routine (vedi centri di informazione e consulenza nelle scuole superiori – CIC), in parte sono stati attuati sotto forma di progetti, finanziati in larga misura dai fondi destinati allo scopo dal D.P.R. 309/90, da Sert, enti locali, privato sociale.

Per una maggiore efficienza degli interventi di prevenzione è opportuno distinguere le azioni di carattere generale relative alla promozione della salute e della qualità della vita, dagli interventi specifici di prevenzione dell'abuso/dipendenza da sostanze o comportamentali:

- le azioni di carattere generale, rivolte alla prevenzione del disagio giovanile e delle sue differenti manifestazioni anche patologiche, dovranno essere promosse dagli enti locali, anche coinvolgendo i servizi competenti delle ASL. I SerD e le altre strutture della rete di intervento per le dipendenze dovranno assicurare il supporto e la collaborazione;
- gli interventi specificamente rivolti alla prevenzione (primaria, secondaria e terziaria) dell'abuso/dipendenza da sostanze o di tipo comportamentale, devono prevedere necessariamente il coinvolgimento delle strutture e degli operatori dei SerD e di altre strutture dedicate, come i centri antifumo. Essi devono essere prescelti sulla base delle evidenze tecnico-scientifiche di efficacia e rispettare i diritti, la dignità e la volontà delle persone con problemi di dipendenza. La prevenzione terziaria, rivolta alla prevenzione delle complicanze (sanitarie e sociali) e dei danni derivanti dal comportamento tossicomane, deve essere comunque offerta a tutte le persone con problemi di abuso/dipendenza. Almeno nelle aree metropolitane si auspica l'individuazione di unità funzionali specificamente rivolte ad interventi di riduzione del danno.

8. Gli strumenti strategici

8.1 Formazione e aggiornamento



REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA

Il Piano regionale dei servizi sanitari prevede, tra le azioni prioritarie rivolte alla valorizzazione delle risorse umane, l'investimento nella formazione degli operatori del settore della sanità volto a promuovere e accrescere le competenze professionali individuali, l'organizzazione sanitaria nel suo complesso, l'integrazione dei diversi attori, istituzionali e non, coinvolti nella erogazione o fruizione dei servizi.

Per quanto riguarda la formazione e aggiornamento nel campo delle dipendenze patologiche, è necessario sviluppare percorsi formativi specifici per le figure professionali destinate alle attività di prevenzione, cura, riabilitazione e reinserimento sociale dei soggetti con problemi e patologie da dipendenza. Stante l'impulso all'integrazione degli interventi e al lavoro di rete, nonché al potenziamento degli interventi per le problematiche correlate all'abuso di alcol e al tabagismo nel territorio della regione, per il primo biennio di attuazione del presente provvedimento si ritengono prioritarie le seguenti azioni, da promuoversi ad opera della Regione con il coinvolgimento dell'Unità di Coordinamento per le Dipendenze:

- un programma formativo in grado di facilitare la progressione da parte degli attori della rete verso la cultura dell'integrazione sia nei confronti del privato sociale che degli altri soggetti interessati agli interventi, rivolto alla facilitazione dello scambio di conoscenze, all'integrazione di competenze e alla costruzione di percorsi e proposte di intervento condivisi;
- un apposito programma formativo per le figure professionali coinvolte nell'intervento sulle problematiche correlate all'abuso/dipendenza da alcol e da nicotina, inclusi i medici di medicina generale;
- un programma formativo rivolto alla promozione dell'efficacia e dell'efficienza degli interventi ed alla cultura della valutazione.

Si sottolinea infine la necessità che nella elaborazione di percorsi formativi e di aggiornamento vengano coinvolti anche gli operatori del privato sociale e dell'associazionismo del settore.

8.2 Valutazione

La persistenza di notevoli difficoltà nella valutazione della diffusione delle sostanze d'abuso, delle problematiche ad esse correlate e dei risultati degli interventi, la non sistematica attenzione alle evidenze scientifiche nella prassi operativa dei servizi e l'insufficiente verifica dell'appropriatezza ed efficacia degli interventi erogati, aumentano il rischio di esporre i cittadini a trattamenti di validità non accertata.

La pianificazione degli interventi, il loro monitoraggio e la valutazione dei risultati ottenuti in questo campo a livello regionale richiede l'adozione di strumenti di tipo epidemiologico. A tuttora gli unici



REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA

dati disponibili in Sardegna sono quelli relativi ai flussi informativi fra Sert, Ministero della Salute e Ministero dell'Interno. I dati in questione, in quanto aggregati, non sono suscettibili di ulteriore elaborazione che consenta di porre in relazione determinanti sociodemografici, ambientali e clinici con gli eventi sanitari e sociali di interesse (tipologia di sostanza utilizzata, conseguenze sulla salute e sul comportamento, etc.) e pertanto sono di scarsa utilità per interventi di programmazione e verifica. Essi, inoltre, si limitano a fornire informazioni sulla popolazione che accede al trattamento presso i Sert, costituita in larga misura da dipendenti da eroina, e non rappresentano quindi l'andamento del fenomeno di uso problematico-abuso-dipendenza (di tipo farmacologico e non) nella popolazione generale.

Per ovviare a parte delle carenze esposte, la Regione Sardegna ha partecipato, con altre regioni italiane, alla realizzazione del progetto Ministeriale della Salute denominato SESIT (Sistema Europeo per il Sistema Informativo per le Tossicodipendenze), sulla base delle indicazioni stabilite dall'Osservatorio Europeo sulle Droghe e le Tossicodipendenze di Lisbona (OEDT-EMCDDA).

Il progetto ha consentito l'individuazione di indicatori condivisi a livello nazionale per la rilevazione delle informazioni relative all'utenza, ai trattamenti e alle attività dei servizi per le tossicodipendenze.

L'esigenza di disporre di supporti tecnicamente adeguati per il coordinamento dei servizi pubblici e privati, per la rilevazione epidemiologica e la promozione della qualità dell'offerta dei servizi, ha trovato riscontro nella D.G.R. n. 45/20 del 7.11.2006 *"Interventi per il miglioramento della qualità e coordinamento dei servizi pubblici e privati per le dipendenze patologiche"*, che in applicazione della L.R. 11.05.2006, n. 4, art. 17, comma 3, ha istituito una Unità di Coordinamento per le Dipendenze, con funzioni di supporto tecnico-scientifico all'attività di programmazione e valutazione dell'Assessorato dell'Igiene e Sanità e dell'Assistenza Sociale della Regione Sardegna e all'attività assistenziale dei servizi pubblici e privati per le dipendenze patologiche.

Ciò premesso, con il supporto e per il tramite dell'Unità di Coordinamento per le Dipendenze, la Regione procederà a:

- individuare le aree di criticità della rete di assistenza, gli interventi e rimedi da proporre e le strategie utili alla realizzazione degli obiettivi sanitari e sociali individuati dalla programmazione regionale;
- garantire la gestione dei flussi epidemiologici tra il livello locale (SerD ed enti ausiliari) e il livello regionale (Assessorato Regionale dell'Igiene e Sanità e dell'Assistenza Sociale), nell'ambito del Sistema Informativo Sanitario Regionale;
- garantire la rilevazione epidemiologica del fenomeno dell'abuso e dipendenza; elaborare relazioni periodiche sulle sue caratteristiche e sulle tendenze temporali e geografiche;
- monitorare e valutare gli interventi di prevenzione, cura e riabilitazione e verificare la corrispondenza fra bisogni rilevati e interventi erogati nel territorio regionale;



REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA

- procedere all'elaborazione di dati e alla produzione di report a livello regionale per l'attività di valutazione e programmazione;
- costituire una banca dati delle attività dei SerD, delle istituzioni e associazioni che si occupano di uso problematico, abuso e dipendenza da sostanze psicoattive e dipendenze comportamentali, dei risultati raggiunti e delle ricadute in termini di miglioramento della salute e qualità della vita della popolazione coinvolta e di quella a rischio;
- promuovere la disseminazione delle evidenze scientifiche di efficacia degli interventi e la costruzione e disseminazione di linee guida;
- predisporre programmi per l'attività di formazione/aggiornamento degli operatori del sistema delle dipendenze e per la verifica della qualità e dell'efficacia degli interventi erogati;
- attivare percorsi di formazione alla cultura della valutazione per il personale dei SerD e degli enti ausiliari;
- promuovere la diffusione di informazioni scientificamente corrette sui problemi di abuso/dipendenza rivolte alla popolazione generale e a quella a rischio.

9. Nodi critici della rete di intervento

9.1 Giovani e adolescenti

I giovani rappresentano la fascia di popolazione più esposta al consumo di sostanze psicoattive e ad altri comportamenti a rischio sanitario e sociale indipendentemente dalla presenza di quadri definiti di dipendenza. All'aumentato rischio contribuiscono alcuni mutamenti avvenuti nell'atteggiamento dei giovani nei confronti delle sostanze d'abuso. Le nuove generazioni infatti:

- tendono a non associare più il consumo di sostanze allo stereotipo del "tossico";
- tendono a considerare l'uso delle sostanze il viatico per il miglioramento delle prestazioni ed il successo personale e professionale;
- manifestano una scarsa consapevolezza dei rischi del policonsumo, del consumo continuativo ed una sottovalutazione del rischio per la salute legato all'uso di alcolici.

Si consideri inoltre che quando si strutturano quadri di abuso/dipendenza da sostanze e di dipendenza comportamentale negli adolescenti, essi sono di solito associati a situazioni multiproblematiche sul piano psicologico e sociale.

Gli interventi per i giovani a rischio, per gli adolescenti e per le famiglie sono insufficienti. Queste fasce di popolazione accedono con difficoltà ai Sert, che spesso non sono attrezzati per fornire risposte adeguate. Anche l'organizzazione degli altri servizi sanitari e di quelli del privato sociale



REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA

non appare strutturata per rispondere alla domanda di intervento in questi ambiti in età adolescenziale e giovanile. Bisogna considerare, infine, l'incompleta integrazione dei servizi coinvolti nell'intervento sul disagio in età infantile e adolescenziale (consultori, unità di neuropsichiatria dell'infanzia e adolescenza, per esempio) con quelli più specificamente rivolti all'abuso/dipendenza da sostanze.

E' necessario che le istituzioni sanitarie e sociali si attivino per promuovere forme di collaborazione per:

- garantire l'integrazione degli interventi erogati dai servizi più direttamente coinvolti nella gestione delle politiche giovanili e delle azioni sociali e sanitarie che riguardano i giovani (comuni, province, ASL, scuole, istituzioni giudiziarie) e perseguire il massimo livello di appropriatezza degli interventi, anche attraverso la predisposizione di appositi protocolli di collaborazione tra i SerD e gli altri servizi e istituzioni coinvolti;
- l'attivazione da parte di enti locali e ASL, con il coinvolgimento dei SerD e del privato sociale, di "spazi di ascolto" che prevedano una stretta collaborazione fra figure sociali e figure sanitarie, rivolti ai minori, ai giovani ed agli adulti di riferimento, idonei a raccogliere il disagio e le problematiche familiari associate ai comportamenti di uso/abuso/dipendenza; questi "spazi" possono essere organizzati dal pubblico o dal privato sociale, o in collaborazione, devono essere facilmente accessibili, attraenti, non connotati in senso specialistico, ma fortemente qualificati dal punto di vista delle competenze; alla gestione di tali "spazi" devono contribuire congiuntamente operatori provenienti dai servizi pubblici quali SerD, salute mentale, consultori, neuropsichiatria infantile, servizi sociali, e dal privato sociale. A questi spazi vanno attribuite funzioni di prossimità e partecipazione rispetto ai luoghi di vita e di aggregazione giovanile;
- l'acquisizione e perfezionamento delle capacità progettuali, basate sulla conoscenza delle problematiche molteplici e specifiche che accompagnano la predisposizione di piani personalizzati in età evolutiva e che non possono essere limitati alla dimensione abitativa; tali piani devono comprendere la dimensione educativa, quella scolastica e formativa, e prestare un'attenzione costante all'obiettivo generale dell'inclusione sociale; la Regione Sardegna, ha attivato a questo riguardo, con la D.G.R. n. 42/10 del 4.10.2006, un programma sperimentale di intervento, finalizzato a favorire percorsi di inclusione sociale di giovani anche con problemi di dipendenza che debbano completare la fase di transizione verso la piena autonomia e integrazione sociale.

9.2 Persone detenute e soggette a misure giudiziarie



REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA

L'insufficienza quali/quantitativa dell'assistenza sanitaria e socio riabilitativa nelle carceri isolate si ripercuote pesantemente sulla popolazione detenuta con problemi di dipendenza da sostanze. A questo riguardo si nota che:

- le persone con dipendenza costituiscono una frazione ragguardevole della popolazione detenuta;
- alla loro dipendenza si associano pressoché costantemente importanti complicazioni di carattere sanitario e sociale;
- le esigenze terapeutico-riabilitative specifiche di queste persone non si conciliano con un contesto preposto prioritariamente alle esigenze di sicurezza e custodia piuttosto che alla tutela della salute.

L'assistenza per la dipendenza da sostanze in carcere è storicamente prestata attraverso l'integrazione delle risorse dei servizi territoriali di assistenza (Sert) e dei presidi intramurari del Dipartimento dell'Amministrazione Penitenziaria. A partire dal luglio 2003, in applicazione del D.Lgs. 22.6.1999, n. 230, recante norme per il *"Riordino della medicina penitenziaria a norma dell'articolo 5, della legge 30 novembre 1998, n. 419"*, come modificato dal D.Lgs. 22.12.2000, n. 433, l'assistenza per la dipendenza da sostanze in carcere è stata trasferita in toto alle ASL territorialmente competenti.

Questo provvedimento, nel quale si anticipava in via sperimentale per l'assistenza ai tossicodipendenti il passaggio delle competenze in materia di sanità penitenziaria dal Ministero della Giustizia a quello della Salute, testimonia la necessità ed urgenza di intervenire rispetto alla questione "carcere e droga".

In Sardegna, prima della Legge 31.7.2006, n. 241 *"Concessione d'indulto"*, erano detenute circa 1.600 persone. Attualmente gli ospiti delle strutture penitenziarie dell'isola sono circa 1.100. Di queste, il 40% ha problemi di dipendenza da sostanze. Per quanto il minore affollamento consenta la realizzazione di condizioni di vita più umane, la popolazione dei dipendenti da sostanze continua ad essere particolarmente esposta alla fragilità complessiva del sistema di assistenza sanitaria penitenziario.

La Regione Sardegna intende assicurare l'attuazione delle misure necessarie a tutelare il diritto alla salute, complessivamente intesa, delle persone in stato di detenzione o comunque soggette a misure giudiziarie limitative della libertà.

Ciò premesso, nel rispetto del protocollo d'intesa siglato dalla Regione Autonoma della Sardegna con il Ministero della Giustizia in data 7 febbraio 2006 e di quanto indicato dal Piano regionale dei servizi sanitari sull'assistenza sanitaria alle persone detenute, si rende indispensabile per il futuro che:

- le ASL garantiscano a tutte le persone detenute o comunque soggette a misure limitative della libertà la gamma di interventi per le dipendenze patologiche prevista dal



REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA

D.M. 21.04.2000 *"Approvazione del progetto-obiettivo per la tutela della salute in ambito penitenziario"*;

- le ASL garantiscano gli interventi del SerD per l'assistenza alle persone con problemi di abuso/dipendenza da sostanze o comportamentali in stato di detenzione, salvaguardando in forma concorde e condivisa con le persone detenute il trattamento terapeutico di mantenimento, onde evitare inutili sofferenze determinate da crisi astinenziali, la continuità del trattamento farmacologico avviato fuori dalla struttura carceraria, l'eventuale trattamento di disintossicazione;
- venga attivato uno stretto coordinamento fra ASL e Amministrazione Penitenziaria che assicuri la qualità delle prestazioni, l'efficienza degli interventi e l'integrazione degli stessi sempre nel rispetto della dignità della persona e del diritto all'autodeterminazione nelle scelte, anche sanitarie;
- gli enti e uffici preposti del Servizio Sanitario Regionale e del Ministero della Giustizia si coordinino per garantire, nell'attuazione degli interventi per le dipendenze, l'integrazione sociale (con gli interventi dell'area trattamentale delle strutture penitenziarie e dell'Ufficio Esecuzione Penale Esterna) e quella sanitaria (con l'infettivologia e la salute mentale in primo luogo);
- le ASL si facciano promotrici per attivare ovunque, in collaborazione con il Dipartimento dell'Amministrazione Penitenziaria, percorsi terapeutico-riabilitativi alternativi alla detenzione o in strutture "a custodia attenuata", che meglio si prestano alle necessità terapeutiche; si ribadisce a tal proposito che il background tossicomano è spesso causa o concausa del comportamento delinquenziale che ha condotto queste persone in carcere, ma che le strutture penitenziarie usualmente propongono ambienti, ritmi di vita, relazioni e richieste sociali non compatibili con le esigenze dei programmi terapeutico-riabilitativi; si oscurano in tal modo le prospettive di recupero e riabilitazione basate sulla comprensione ed intervento specifici, mentre si ripropongono modelli e comportamenti di tipo tossicomano;
- le ASL, in collaborazione con il Dipartimento dell'Amministrazione Penitenziaria e con gli enti locali, si adoperino per promuovere programmi generali e percorsi individuali di reinserimento sociale, utilizzando gli stanziamenti previsti dalle normative vigenti e attivando o rinforzando le sinergie con il mondo della cooperazione sociale e con gli altri soggetti pubblici e privati coinvolti; in quest'ottica, la Regione Sardegna, con la D.G.R. n. 34/27 del 2.8.2006 *"Interventi di reinserimento sociale per soggetti beneficiari di indulto"*, ha inteso favorire processi di reinserimento sociale e prevenire comportamenti a rischio di reiterazione di reato;



REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA

- le ASL e il Dipartimento dell'Amministrazione Penitenziaria si coordinino per realizzare iniziative di formazione che coinvolgano congiuntamente i dipendenti addetti all'assistenza nel campo delle dipendenze patologiche.

9.3 Persone con problemi di alcol

Gran parte della popolazione adulta e giovanile assume bevande alcoliche, con percentuali che variano a seconda dei criteri utilizzati nei diversi studi epidemiologici. Tra coloro che assumono bevande alcoliche, il numero di persone che nel corso della vita hanno sofferto o ancora soffrono di dipendenza e/o abuso di alcol (alcolismo) supera il 10% della popolazione adulta.

Il consumo eccessivo di alcol rappresenta un fattore di rischio per la salute anche per coloro che non arrivano alla diagnosi di dipendenza e/o abuso. E' stato valutato che fino ad un terzo delle persone di sesso maschile ricoverate in ospedale e fino ad un quarto di coloro che si rivolgono al proprio medico di famiglia presentano una patologia correlata al consumo di alcol. Esiste inoltre una stretta relazione tra consumo di alcol e mortalità accidentale. In particolare, in Europa, il consumo di alcol rappresenta la principale causa di morte tra i giovani.

Infine le nuove modalità di consumo e poliabuso che si sono affermate fra i giovani negli ultimi anni includono quasi inevitabilmente l'alcol, che di solito costituisce la sostanza di base che connota comportamenti disinibiti, spesso accettati ed incoraggiati nei luoghi di aggregazione e di divertimento e favorevoli al rischio sanitario e sociale.

La Legge 30.3.2001, n. 125 "*Legge quadro in materia di alcol e di problemi alcolcorrelati*", prevede che le Regioni realizzino gli interventi di prevenzione, cura, riabilitazione e reinserimento sociale dei soggetti con problemi e patologie alcol-correlati. Inoltre, il Piano Sanitario Nazionale del Ministero della Salute per il 2006-2008 (D.P.R. del 7.4.2006) indica tra gli obiettivi da raggiungere:

- l'adozione di politiche e di azioni che intervengano sulla percezione culturale del bere;
- un aumento della disponibilità e dell'accessibilità di trattamenti efficaci sia per i soggetti con un consumo di alcol dannoso che per i soggetti alcol-dipendenti;
- l'attuazione di sistemi atti a sorvegliare l'efficacia e l'efficienza degli interventi.

Attualmente in Sardegna l'assistenza ai soggetti affetti da dipendenza da sostanze psicoattive legali e/o illegali e/o comportamentali viene erogata da servizi non necessariamente organizzati per rispondere specificatamente alle problematiche associate all'abuso di alcolici e alle necessità dei soggetti affetti da dipendenza da alcol. Inoltre, le persone con dipendenza da alcol, gli adolescenti che consumano eccessive quantità di alcol e i loro familiari presentano serie difficoltà a rivolgersi ai Sert per il timore di essere stigmatizzate come tossicodipendenti.

Sulla base di quanto premesso si indicano alcune prioritarie linee d'azione:

Assistenza territoriale - SerD



REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA

- Ogni SerD deve fornire l'assistenza necessaria per le problematiche alcol-correlate, anche attraverso l'individuazione di équipe funzionali tematiche nel campo dell'alcologia, dedicate a tale attività non necessariamente in maniera esclusiva, ma per la quota tempo utile ad affrontare le problematiche emergenti dal territorio del SerD; tali équipe prevedono il coinvolgimento di figure medico-infermieristiche e psico-sociali;
- il personale destinato alle équipe funzionali di alcologia, deve essere coinvolto in un'attività formativa specifica;
- l'équipe funzionale di alcologia deve diversificare la propria attività in base alle necessità degli utenti, assicurando l'assistenza sia all'interno dei locali dei SerD che in locali differenti da quelli utilizzati per il trattamento delle altre dipendenze, come ad esempio i poliambulatori;
- l'équipe funzionale alcolologica deve svolgere la propria attività in collaborazione ed integrazione con le altre strutture attive nel territorio nel campo della prevenzione, cura, riabilitazione e reinserimento sociale dei soggetti alcol-dipendenti o affetti da problematiche alcol-correlate e delle loro famiglie, mantenendo la titolarità dei progetti terapeutici;
- l'attività delle équipe operative di alcologia deve essere sottoposta a valutazione di efficacia degli interventi attuati nel territorio.

Assistenza territoriale - Medicina generale

- Si ritiene prioritaria l'integrazione delle attività delle équipe funzionali di alcologia con i medici di medicina generale. Il medico di medicina generale è molto spesso il primo sanitario ad essere contattato da persone con problemi di alcoldipendenza e/o dai loro familiari. Le evidenze scientifiche depongono per l'efficacia del suo intervento, sia per l'individuazione precoce dei problemi alcol-correlati che per la riduzione del consumo di alcol. Il coinvolgimento del medico di medicina generale richiede interventi di formazione specifici. Le ASL provvederanno ad attivare protocolli operativi di collaborazione fra équipe alcolologiche e medicina territoriale.

Assistenza ospedaliera

- In considerazione della frequente associazione tra la dipendenza da alcol e varie patologie, l'ospedale rappresenta spesso la sede del primo contatto tra i soggetti alcoldipendenti e le strutture sanitarie. La necessità di un ricovero può dipendere anche dalla stessa dipendenza da alcol. Per tali ragioni è indispensabile la collaborazione e l'integrazione delle attività fra reparti ospedalieri e équipe funzionali di



REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA

alcologia. In ogni ospedale deve essere presente personale formato sulle tematiche dell'abuso e dipendenza da questa sostanza e gli ospedali devono garantire il ricovero delle persone con dipendenza patologica per le problematiche sanitarie direttamente e indirettamente correlate con l'uso problematico, l'abuso e la dipendenza da alcol.

Partecipazione del volontariato

- Un'area di integrazione e collaborazione particolarmente rilevante per gli interventi alcologici è quella dell'auto-aiuto. In Sardegna sono attive diverse associazioni che operano nel settore dell'alcologia, tra le quali Alcolisti Anonimi (AA), Al-Anon e Club degli Alcolisti in Trattamento (CAT). Tali associazioni svolgono un'importante funzione di supporto per i soggetti affetti da dipendenza da alcol e per i loro familiari. Le équipe alcologiche devono instaurare una stretta collaborazione con le varie associazioni attive nel settore nel territorio. Le ASL devono favorire l'interazione reciproca, promuovendo le attività di auto-aiuto all'interno delle strutture sanitarie e la facilitazione della comunicazione fra operatori, associazioni e popolazione.

9.4 Persone che usano o abusano tabacco

L'OMS ha definito il fumo di tabacco come "la più grande minaccia per la salute nella Regione Europea" (Health 21 – La Strategia della Salute per tutti nella Regione Europea dell'OMS – 21 obiettivi per il 21° secolo, 1998), e ha definito il tabagismo quale prima causa evitabile di morte e malattia nei Paesi sviluppati. Si stima che in Italia siano attribuibili al fumo di tabacco dalle 80.000 alle 90.000 morti all'anno.

I costi, sia sanitari che sociali, dovuti al tabagismo sono altissimi, tant'è che l'OMS considera il controllo del fumo di tabacco il più importante e proficuo intervento che un paese possa promuovere per migliorare al tempo stesso la salute dei propri cittadini e i conti della spesa sanitaria.

Attualmente in Sardegna l'attività di contrasto per il tabagismo consiste essenzialmente nelle attività "antifumo" svolte da alcuni Sert, da alcune divisioni di pneumologia e dalla Lega Italiana per la Lotta ai Tumori. Unità di intervento antifumo sono presenti nel territorio di sei ASL.

Il livello organizzativo delle singole unità di intervento, le caratteristiche metodologiche, le modalità operative, sono diverse, come in parte diversi sono i destinatari dell'intervento e l'accessibilità dei trattamenti. Di norma il personale impegnato non è adibito esclusivamente a questa attività e nella maggior parte dei casi vi dedica poche ore alla settimana. In particolare, l'offerta attuale dei servizi non garantisce l'uniformità di accesso e la qualità della risposta. Le attività svolte in Sardegna in questo settore hanno comunque ricoperto un ruolo fondamentale in assenza di una specifica pianificazione e coordinamento di livello regionale.



REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA

Le linee d'indirizzo dell'OMS riguardanti il tabagismo ("Strategia per un Europa senza Tabacco", "Convenzione Quadro sul Controllo del Tabacco") che hanno già ispirato le politiche sanitarie antifumo di altre regioni italiane, sottolineano l'importanza che la lotta al tabagismo venga realizzata sviluppando e coordinando efficacemente, in un'ottica sistemica di rete, tutte le risorse significative della comunità, valorizzando particolarmente i seguenti aspetti:

- la promozione della salute e la prevenzione dell'abitudine al fumo tra gli adolescenti;
- l'istituzione e l'accesso il più facile possibile ai centri di disassuefazione;
- il rispetto delle normative e il controllo del fumo passivo;
- la comunicazione, formazione, ricerca e valutazione (trasversale ai primi tre).

Si segnala, in particolare, la necessità di sviluppare programmi di prevenzione nelle scuole, selezionando quelli sostenuti dalle evidenze scientifiche di efficacia, nonché di programmi tesi a modificare gli stili di vita nei contesti socio-ambientali mediante la promozione di ambienti favorevoli alla salute (scuole, ospedali, luoghi pubblici e di lavoro "liberi dal fumo").

Sulla base di quanto premesso si indicano le seguenti linee d'azione:

- ciascuna ASL dovrà dotarsi di uno o più "Centri antifumo". Gli operatori dei suddetti centri devono essere individuati prioritariamente nelle unità e professionalità già operanti nel settore (medico-infermieristiche e psicosociali). Il funzionamento di questi centri avverrà attraverso il coinvolgimento dei SerD, delle pneumologie e delle altre strutture e realtà operative nel campo del contrasto al tabagismo;
- i centri antifumo devono svolgere la propria attività in collaborazione ed integrazione con le altre strutture attive nel territorio nel campo della prevenzione e cura del tabagismo o che siano comunque in grado di influenzare positivamente le scelte di salute nella comunità e l'adozione di uno stile di vita libero da fumo (enti locali, scuole, aziende pubbliche e private, terzo settore, medici di famiglia, pediatri, personale medico e paramedico degli ospedali e dei servizi sanitari);
- deve essere garantita in particolare la collaborazione con i Dipartimenti di Prevenzione e di Igiene Pubblica sia in relazione agli interventi di prevenzione primaria, che in relazione ai programmi per il controllo del rispetto delle normative antifumo negli ambienti di lavoro;
- gli interventi dei Centri antifumo devono essere erogati in contesti sanitari idonei (strutture distrettuali, poliambulatori, etc.) in quanto i fumatori spesso non percepiscono i rischi connessi con il fumo e manifestano importanti resistenze ad accedere a servizi fortemente caratterizzati per il trattamento delle dipendenze;
- l'attività dei Centri antifumo deve essere sottoposta a valutazione di efficacia degli interventi attuati.

10. Servizi residenziali e semiresidenziali



REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA

10.1 Fabbisogno

L'offerta di strutture residenziali e semiresidenziali per le esigenze degli interventi per le dipendenze patologiche è stata garantita finora dalle strutture del privato sociale. La distribuzione territoriale dei servizi operanti in regione è riportata in tabella 2; la loro capacità ricettiva, con riferimento all'anno 2005, è di 595 ospiti contemporaneamente, pari a 0,36 ospiti per 1.000 abitanti. Il numero di pazienti inviati in strutture del privato sociale dalle ASL della Sardegna nel corso degli ultimi anni corrisponde a circa 630 utenti all'anno. Di questi circa il 40% viene inviato in strutture extraregionali. Di contro, il tasso di occupazione delle strutture presenti nell'isola da parte dei residenti è di 51,7% (dato riferito al 2005).

Considerando il tasso di occupazione delle strutture esistenti in Sardegna, il numero di persone inserite in strutture extraregione, la priorità riservata alla diversificazione dell'offerta assistenziale (D.G.R. n. 44/9 del 20.9.2005), alla personalizzazione degli interventi in collaborazione con i servizi pubblici del territorio regionale ed alla progressiva riduzione degli invii extraregione (D.G.R. n. 44/9 del 20.9.2005, n. 49/12 del 28.11.2006, n. 53/19 del 20.12.2006), si rende necessario rideterminare il fabbisogno di strutture di carattere socio-sanitario che erogano servizi per le dipendenze patologiche. In tabella 3 sono riportati i fabbisogni previsti dal presente piano per singola tipologia di servizio.

In considerazione della rapida evoluzione degli stili di consumo e delle forme di abuso e dipendenza, andrà riverificata nel tempo l'adeguatezza degli attuali percorsi educativo- e terapeutico-riabilitativi offerti in ambito residenziale. Questo soprattutto in relazione al peso che va progressivamente acquistando la visione longitudinale e prospettica dei percorsi individuali di trattamento, dove l'aspetto della residenzialità, o meglio dell'abitare, deve essere totalmente funzionale ai bisogni specifici della persona ed al suo programma individuale, sia per quanto attiene agli aspetti sanitari dovuti allo stato di dipendenza che per quelli che riguardano gli ambiti educativi, relazionali, riabilitativi e di inclusione sociale, che devono tendere a garantire il massimo livello possibile di autonomia e qualità della vita. In quest'ottica, accanto allo strumento classico della "comunità terapeutica", devono essere considerate altre forme "dell'abitare", funzionali a condizioni o fasi evolutive nelle quali la focalizzazione sul "gruppo" possa apparire superflua o inadeguata. Coerentemente, e per la funzione pubblica ed integrata nella rete dei servizi di assistenza che svolgono i servizi del privato sociale, deve essere riverificata nel tempo l'adeguatezza strutturale ed organizzativa dei servizi residenziali offerti.

10.2 Autorizzazioni e accreditamenti



REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA

Le modalità per la richiesta ed il rilascio dell'autorizzazione alla realizzazione delle nuove tipologie di strutture socio-sanitarie o alla riconversione delle strutture esistenti in tipologie di nuova istituzione, ai sensi dell'art. 5 della L.R. 28.7.2006, n. 10 sarà disciplinata con successivo provvedimento. In ogni caso, per quanto riguarda i servizi residenziali e semiresidenziali per le dipendenze patologiche sarà garantita attenzione alle seguenti necessità:

- realizzazione dei servizi specialistici di cui alla D.G.R. 44/9 del 20.9.2005 attraverso la riconversione di parte dei servizi operanti nell'area pedagogico- e terapeutico-riabilitativa e nei limiti delle previsioni della programmazione regionale;
- assicurazione dell'uniformità di accesso degli utenti alle diverse tipologie di strutture attraverso il riequilibrio della distribuzione delle stesse nel territorio della regione;
- potenziamento dell'offerta pubblica anche nell'ottica della promozione dell'ulteriore diversificazione e specializzazione degli interventi.

In attesa della verifica dell'adeguatezza generale degli standard adottati per le strutture sanitarie e socio-sanitarie, della individuazione dei criteri per la verifica della funzionalità rispetto alla programmazione nazionale e regionale e della ridefinizione dei requisiti strutturali, tecnologici, organizzativi e di qualità richiesti per l'esercizio delle attività socio-sanitarie e per l'accreditamento istituzionale, così come previsto dalla L.R. 28.7.2006, n. 10 le strutture pubbliche e private che erogano servizi residenziali e semiresidenziali nel campo delle dipendenze patologiche seguono le indicazioni di cui alla D.G.R. 44/9 del 20.9.2005.

10.3 Accordi contrattuali

L'acquisizione di servizi da parte dei soggetti erogatori privati accreditati per l'assistenza territoriale residenziale e semiresidenziale nel campo delle dipendenze patologiche segue le disposizioni della D.G.R. 49/12 del 28.11.2006, "*Linee regionali di indirizzo per determinazione dei volumi di attività e dei livelli di spesa per la stipula di contratti tra le Aziende sanitarie locali e gli erogatori privati*", della D.G.R. 50/41 del 5.12.2006, "*Approvazione degli schemi-tipo dei contratti per la regolamentazione dei rapporti tra le Aziende sanitarie locali e gli erogatori privati*" e della D.G.R. 53/19 del 20.12.2006, "*Determinazione dei tetti di spesa per la stipula di contratti tra le ASL e gli erogatori privati*".

In relazione all'evoluzione dei bisogni e delle tecniche di intervento verranno riconsiderati i servizi offerti, la loro diversificazione e flessibilità funzionale.



REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA

Tabella 1. Distribuzione territoriale delle strutture pubbliche per le dipendenze (Sert e unità operative); anno 2006

Provincia	Comune	Ser.T.	Unità operative in altra sede	Commenti
Sassari	Sassari	1		
	Alghero	1		
	Ozieri		1	
Gallura	Olbia	1		
Nuoro	Nuoro	1		
	Macomer		1	
	Siniscola		1	
Ogliastra	Tortolì	1		
	Lanusei		1	
Oristano	Oristano	1		
Medio Campidano	Guspini	1		
	Samassi		1	Unità di alcologia
Carbonia-Iglesias	Carbonia	1		
	Iglesias	1		
Cagliari	Cagliari	2		
	Quartu Sant'Elena	1		
	Senorbì		1	Unità di alcologia
Totale		12	6	



REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA

Tabella 2. Strutture residenziali/semiresidenziali per l'assistenza alle persone con dipendenza patologica autorizzate (incluse le strutture autorizzate per progetti specifici) - Riferimento all'anno 2005

Provincia	Località	Tipologia	Disponibilità (numero persone contemporaneamente ospitabili)	
			Residenziale	Semi-residenziale
Sassari	Alghero	Terapeutico-riabilitativa	40	8
	Alghero	Terapeutico-riabilitativa	40	
	Alghero	Terapeutico-riabilitativa		
	Sassari	Terapeutico-riabilitativa	15	
	Sassari	Terapeutico-riabilitativa		
	Sassari	Pedagogico-riabilitativa	100	
	Siligo	Terapeutico-riabilitativa	30	
	Sorso	Terapeutico-riabilitativa	10	
Gallura	Olbia	Pedagogico-riabilitativa	16	
Oristano	Morgongiori	Terapeutico-riabilitativa	30	
Medio Campidano	Villacidro	Pronta accoglienza	8	
	Serramanna	Terapeutico-riabilitativa	20	
	Sanluri Stato	Reinserimento socio-lavorativo	12	
Carbonia-Iglesias	Iglesias	Terapeutico-riabilitativa	42	
	S. Antioco	Terapeutico-riabilitativa	16	
	S. Antioco	Reinserimento socio-lavorativo	6	
	Carbonia	Terapeutica per alcolisti	8	
Cagliari	Assemini	Terapeutico-riabilitativa	45	8
	Capoterra	Terapeutico-riabilitativa	30	
	Elmas	Pronta accoglienza	17	
	Flumini di Quartu	Terapeutico-riabilitativa	30	
	Sestu	Terapeutico-riabilitativa		
	Ortacesus	Pedagogico-riabilitativa	39	
Totale			554	41



REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA

Tabella 3. Strutture di assistenza residenziale/semiresidenziale alle persone con dipendenza patologica: capacità ricettiva attuale e fabbisogno

Tipologia servizio	Capacità ricettiva attuale		Capacità ricettiva: fabbisogno rideterminato	
	Residenziale	Semi-residenziale	Residenziale	Semi-residenziale
pronta accoglienza	25		60	15
pedagogico-riabilitativo	155		160	
reinserimento sociale	18			
terapeutico-riabilitativo	348	41	230	53
specialistico residenziale				
- per alcolisti	8		12	
- madre-bambino			12	
- doppia diagnosi			70	
Totale	554	41	544	68