



# Progetto COSAT

Cooperazione Sanitaria Transfrontaliera

## *Rapporto Finale*

### *SEZIONE 1*

*Analisi comparativa dei due sistemi di  
offerta per la prevenzione e il trattamento  
delle dipendenze*

Settembre 2017

## **INDICE SEZIONE 1**

### **1. PREMESSA**

### **2. I SERVIZI PER LE DIPENDENZE IN ITALIA**

- 2.1 Storia dei servizi per le dipendenze**
- 2.2 L'organizzazione dei servizi per le dipendenze**
- 2.3 Le figure professionali nei servizi per le dipendenze**

### **3. I SERVIZI PER LE DIPENDENZE IN FRANCIA**

- 3.1 Storia dei servizi per le dipendenze**
- 3.2 L'organizzazione dei servizi per le dipendenze**
- 3.3 Le figure professionali nei servizi per le dipendenze**

### **4. L'UTENZA DEI SERVIZI PER LE DIPENDENZE**

## **1. PREMESSA**

Successivamente all'analisi delle caratteristiche del territorio e dei consumi nella popolazione in Italia e in Francia, in questa sezione viene analizzata e comparata la struttura organizzativa dei servizi per il trattamento delle dipendenze patologiche nei due paesi e il quadro normativo in cui tali servizi sono inseriti.

Questa analisi si è posta l'obiettivo di conoscenza reciproca sia del tipo che del relativo funzionamento dei servizi presenti al fine di creare le condizioni necessarie per arrivare a definire un modello integrato di gestione e collaborazione. Con tale finalità è stata fondamentale la conoscenza della legislazione presente all'interno di ogni paese al fine di definire protocolli e modulistica condivisa di cogestione dei pazienti transfrontalieri. Inoltre, la reciproca analisi e conoscenza dei servizi presenti nei due territori, ha permesso un proficuo scambio di competenze e attività che risultavano carenti nell'altro territorio consentendo la creazione di una maggior offerta di servizi o risposte ad alcuni bisogni non sufficientemente soddisfatti che si sono concretizzati nella creazione di protocolli specialistici (vedi...). In particolare, dall'analisi comparativa, si rileva come i trattamenti per l'abuso di alcol in Francia non prevedano l'utilizzo di farmaci sostitutivi utili nella gestione del craving e del superamento della sintomatologia astinenziale e disintossicazione da alcol utilizzati in Italia. In Francia, ad esempio, si ritrovano strutture non connotate per l'individuazione precoce di possibili minori a rischio di uso di sostanze poco presente in Italia. Questa preliminare conoscenza reciproca ha permesso quindi l'integrazione delle risorse presenti e la creazione di protocolli specialistici volti ad aumentare l'offerta di cura a livello dei due territori.

Questo confronto ha l'obiettivo di conoscere come i servizi per le dipendenze siano organizzati e operino a livello dei due territori, con l'obiettivo di raggiungere un approccio integrato che consentirebbe di migliorare la qualità dei servizi sanitari e sociali di prevenzione e cura delle dipendenze patologiche sul territorio transfrontaliero.

## **2. I SERVIZI PER LE DIPENDENZE IN ITALIA**

### **2.1 Storia dei servizi per le dipendenze**

I primi servizi per la cura delle tossicodipendenze vengono istituiti sulla base delle disposizioni della legge 685 che nel 1975, per la prima volta, affronta il problema della tossicodipendenza in una prospettiva sociale e sanitaria e non solo di ordine pubblico. I Centri Medici e di Assistenza Sociale (CMAS), così sono definiti dalla L. 685 i servizi di prevenzione e cura, sono i precursori di quelli che saranno i successivi servizi specialistici e che saranno denominati poi Ser.T (Servizi per le tossicodipendenze). I CMAS inizialmente si sviluppano e articolano nelle diverse realtà territoriali del nostro paese in modo disomogeneo. In questa fase le organizzazioni e le istituzioni di appartenenza sono molto diverse, infatti, alcuni servizi fanno parte dell'ambito degli interventi delle politiche sociali, altri sono collocati all'interno del sistema sanitario, alcuni di questi inseriti come appendice ambulatoriale di servizi ospedalieri, altri invece con collocazione esclusivamente territoriale.

Con l'istituzione delle Unità Sanitarie Locali (USL), previste dalla legge 833 del 1978, queste si incaricano di rilevare e gestire i servizi già attivi e di realizzarli nei territori nei quali non erano ancora presenti. La vera e propria nascita dei SerT avviene ufficialmente dal 1990 in poi con il D.P.R. 309 e il relativo D.M. 444, attraverso il quale ne vengono definite funzioni, competenze e organici. La grande diversità strutturale e organizzativa di questi servizi faceva più pensare ad una "task force" che non ad una struttura organizzativa con obiettivi definiti, con organigramma articolato, con un'adeguata programmazione degli interventi e con la dotazione di strumenti di lavoro e indicatori di valutazione dei processi e dei risultati dell'attività. Tale quadro giustifica ampiamente la definizione ironica, seppur bonaria, di "dilettanti allo sbaraglio" che è stata coniata a metà degli anni '80 da alcuni autori (Chianale et al. 1992) che intendevano così valorizzare la forte energia ed investimento emotivo degli operatori in questa nuova attività ma, al contempo, la scarsa competenza e attrezzatura organizzativa e professionale.

La notevole forza propulsiva presente nelle esperienze locali sviluppatesi in questa fase storica è però poco accompagnata da un'adeguata funzione di coordinamento e raccordo, a livello centrale come a livello regionale, e da questa carenza si è generata nel corso del tempo una diversità nella composizione dei servizi nei diversi territori. Ancora oggi questa disomogeneità sussiste sia per quanto riguarda la presenza delle strutture del privato sociale e del volontariato sia per la composizione e consistenza organica dei servizi pubblici con una distribuzione che, per i due comparti, vede il centro-nord molto più dotato rispetto al resto del paese. Lo stesso D.M. 444 non è mai stato modificato o aggiornato dalla sua emanazione, sebbene da allora siano state approvate nuove normative e nuovi riferimenti costituzionali che hanno profondamente inciso sugli assetti organizzativi dei servizi sociosanitari: dalle diverse leggi di integrazione e modifiche della riforma sanitaria, alla riforma dell'articolo V della Costituzione che ha attribuito alle Regioni pieni poteri di indirizzo in ambito sanitario, alla trasformazione delle Unità Sanitarie Locali in Aziende con autonomia economica e gestionale. Dal D.M. 444 passano quindi quasi altri dieci anni prima di arrivare alla legge 45/99 recante le "Disposizioni per il Fondo nazionale di intervento per la lotta alla droga e in materia di personale dei servizi per le tossicodipendenze" che ha consentito un significativo sviluppo dei servizi sia in termini strutturali e organizzativi sia come supporto ai diversi progetti di intervento. Nello stesso anno vi è un'altra importante legge relativa al riordino della medicina carceraria (D.L. 230/99), la cui piena applicazione ha richiesto quasi un decennio, che interessa in modo significativo i Ser.T dal momento che viene loro attribuito un ruolo centrale all'interno delle carceri, per la tutela della salute di soggetti detenuti con problemi di dipendenza da sostanze. Un ambito di elevata importanza è quello delle indicazioni contenute nell'Accordo Stato Regioni e nell'Atto di Intesa Stato Regioni, anch'esso recepito in maniera non uniforme su tutto il territorio nazionale. In questi documenti e nelle successive linee di indirizzo ministeriali non vengono solo sanciti alcuni punti fermi rispetto all'organizzazione del sistema di trattamento delle dipendenze, cercando così una sistematizzazione organica di una rete di servizi sviluppatisi con una notevole variabilità territoriale e talvolta in modo autoreferenziale, ma anche alcune indicazioni di prospettiva che cercano di rispondere alle trasformazioni del fenomeno oggetto di intervento. Da qui l'inclusione nel raggio d'azione dei servizi di tutte le sostanze psicotrope, incluse

quelle legali come l'alcol, e l'urgenza di sviluppare servizi anche per consumatori problematici di sostanze non necessariamente tossicodipendenti.

Infatti, a rendere più complessa la mission dei servizi per le dipendenze e la loro organizzazione e, conseguentemente, l'idea di quale fosse un profilo adeguato di efficienza e funzionalità, ha contribuito in modo importante lo sviluppo dei nuovi concetti sulla natura della dipendenza, sia da sostanze psicoattive sia da comportamenti come il gioco d'azzardo, basati sulle nuove ricerche e scoperte sviluppate, dalla fine degli anni '90 in poi, soprattutto nell'ambito neurobiologico e della psicologia comportamentale. Questa forte trasformazione dell'epistemologia del settore, che comportava anche ricadute sugli interventi clinici, si è inoltre collegata ad un'apertura del campo di osservazione e di interesse, che nei periodi precedenti era quasi del tutto orientato al fenomeno dell'utilizzo di droghe illegali, verso i consumi di massa di tabacco e di alcol. La trasformazione dei servizi e il mutamento del target a cui si sono quindi indirizzati ha posto il problema della qualità e della valutazione degli interventi a partire dalla capacità di attirare e accogliere i nuovi diversi profili di clienti e di poter fornire a questi, e al contesto sociale, prove e dati sull'efficacia delle terapie, ad essere in grado di mantenere profili di performance e di livello professionale dei propri operatori all'altezza con l'incremento della complessità degli obiettivi e dei profili delle problematiche trattate.

Agli inizi degli anni 2000, nel contesto culturale e sociale sopradescritto e di fronte al crescere della complessità del fenomeno e del governo dei servizi stessi si avverte ormai l'improcrastinabilità dell'attivazione di un livello centrale di coordinamento, controllo e indirizzo, e viene istituito anche nel nostro paese, ultimo rispetto agli stati membri dell'Unione Europea, un Dipartimento Nazionale per le Politiche Antidroga (DNPA). Il travagliato percorso relativo alla sua collocazione istituzionale, che è stata più volte modificata, e alla sua struttura organizzativa può contribuire a far comprendere come le questioni inerenti i consumi di sostanze psicotrope presentassero, e tuttora manifestino, le distanze, i contrasti e le contraddizioni tra dimensione politica, tecnica ed organizzativa. L'Italia è anche l'ultimo paese dell'Unione Europea, insieme a Malta, ad essersi dotata nel 2010 di un Piano d'Azione Nazionale sulle droghe attraverso il quale individuare finalità, azioni e criteri di valutazione degli interventi. La presenza di un Piano d'Azione Europeo non deve però far credere che a livello continentale si sia perseguita con determinazione una comparazione e un reale coordinamento tra i sistemi di intervento dei diversi paesi rispetto ai consumi problematici di sostanze psicotrope e alle dipendenze nel loro insieme che sono rimaste differenziate su diversi aspetti fino al momento attuale.

Tornando alle linee di indirizzo ministeriali successive alla stipula dell'Atto di Intesa Stato Regioni, e quindi agli inizi del decennio scorso, è interessante notare come queste già identificassero espressamente la struttura dipartimentale come quella più adatta a livello locale per comprendere e rispondere alla molteplicità di bisogni connessi agli interventi messi in atto sul piano preventivo, trattamentale e riabilitativo rispetto al consumo e all'abuso di sostanze. I Dipartimenti per le Dipendenze Patologiche si sono così progressivamente sviluppati come la modalità organizzativa di quasi tutti i servizi per le dipendenze, sebbene abbiano assunto forme e connotati profondamente differenti nelle diverse realtà territoriali. Queste diversità si sono ulteriormente accentuate negli

ultimi anni a fronte di politiche regionali spesso dettate dall'impellenza di perseguire un risparmio di spesa più che una maggiore efficacia degli assetti organizzativi. Con tempi e intensità diverse a seconda delle Regioni si è così assistito, e si sta assistendo, ad una riduzione delle risorse e dei margini di progettualità dei Dipartimenti, al loro assorbimento nei Dipartimenti di Salute Mentale o in più ampi contenitori nell'area delle fragilità sociali. Un altro aspetto problematico è stato costituito dal processo di privatizzazione di attività e funzioni diagnostiche e terapeutiche, avvenuto solo in alcuni territori e realizzato con una scarsa funzione di controllo e di guida da parte dei dipartimenti stessi. Se tutto ciò rende oggi praticamente impossibile parlare di una struttura organizzativa omogenea a livello nazionale, l'esperienza dei Dipartimenti resta a nostro avviso quella che meglio rappresenta la molteplicità degli obiettivi, delle strategie e delle competenze necessarie per interpretare e gestire adeguatamente la complessità di un fenomeno estremamente esteso, in continua evoluzione e con ricadute molto importanti a livello individuale e sociale.

## **2.2 L'organizzazione dei servizi per le dipendenze**

La dipendenza può essere definita come un disturbo cronico, recidivante e multi causale, ossia una condizione evolutiva e ricorrente, determinata da più fattori, che si presenta in molteplici forme, che richiede un corretto e complesso iter diagnostico per identificarne la cura più adeguata e per la quale è necessario un prolungato follow-up al fine di consolidare i progressi ottenuti attraverso il trattamento. Sono necessarie per il trattamento, di conseguenza, delle competenze cliniche e professionali di grado elevato e soggette ad un costante lavoro di affinamento e supervisione. La dipendenza rappresenta, però, il possibile esito di un percorso individuale di consumi e comportamenti, più o meno connessi a problematiche individuali o sociali, su cui è possibile intervenire prima ancora che un'effettiva problematica si manifesti. Tutto ciò implica che il sistema di intervento debba essere articolato e dotato di molteplici competenze cliniche per erogare i trattamenti più adatti a ciascun soggetto, ma che debba anche avere delle estensioni operative sul versante della prevenzione, del rilevamento precoce, della riduzione dei rischi e del reinserimento sociale, così come sul versante della ricerca e della valutazione per comprendere sia l'evoluzione dei fenomeni sia l'efficacia dei propri interventi. Le funzioni dei servizi per le dipendenze, rivolte ai singoli individui o come interventi indirizzati all'intera collettività, sono schematizzabili attraverso diversi profili di attività che possono essere a loro volta sviluppati su più livelli e comprendono:

1. informazione e sensibilizzazione, promozione della salute, analisi dei bisogni e riduzione della domanda;
2. identificazione e intercettazione di condizioni pre-morbose, prevenzione mirata e selettiva;
3. interventi di prossimità, riduzione dei rischi e dei danni correlati;
4. accoglienza, analisi della domanda e diagnosi;
5. consulenza individuale e familiare (medica, psicologica e sociale), definizione e condivisione di progetti terapeutico-riabilitativi;

6. trattamenti ambulatoriali, residenziali e semiresidenziali (terapie farmacologiche di breve e lunga durata, psicoterapie individuali, familiari e di gruppo, sostegno educativo, accompagnamento sociale, ecc.);
7. inclusione sociale e lavorativa;
8. monitoraggio e prevenzione delle ricadute;
9. ricerca e valutazione.

Per affrontare tali compiti e funzioni in maniera adeguata la struttura dipartimentale non può riferirsi solo alla dimensione organizzativa aziendale, ma deve necessariamente essere concepita come un'ampia rete territoriale di relazione funzionale tra servizi in modo da costituire un articolato e consistente sistema locale di intervento per la prevenzione dei consumi di sostanze e il trattamento delle dipendenze. Da qui l'attribuzione ai Dipartimenti per le Dipendenze Patologiche di funzioni di coordinamento, sulla tematica specifica, sia delle strutture specialistiche interne all'Azienda Sanitaria Locale sia di funzioni erogate da servizi pubblici e privati esterni ad essa. Nell'Accordo Stato Regioni dell'ormai lontano 1999 relativo alla "Riorganizzazione del sistema di assistenza ai tossicodipendenti" si esprimeva il concetto per cui "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'azienda unità sanitaria locale (distretto, ospedale, ecc.), nonché altri soggetti ed enti pubblici e privati che, a vario titolo e con varia responsabilità, operano sul territorio, il modello organizzativo 'dipartimentale' sembra essere una valida modalità di affrontare tutti gli aspetti connessi all'abuso di sostanze, nell'ottica dell'integrazione all'interno del comparto sanitario e tra questo e i servizi sociali". I Dipartimenti si caratterizzano quindi per una duplice dimensione che potremmo definire 'aziendale' e 'territoriale'. Della prima fanno parte le strutture complesse e semplici che costituiscono i Dipartimenti per le Dipendenze Patologiche (in alcune Regioni confluiti in Dipartimenti più ampi): i SerT (in alcune Regioni denominati SerD.), i servizi alcolologici ed eventualmente altri servizi dedicati a specifici consumi (cocaina, gioco d'azzardo, tabacco, ecc.) o a specifici gruppi di destinatari (adolescenti, donne, immigrati, ecc.). Le forme di collaborazione partono dal coinvolgimento, che spesso si concretizza nella partecipazione a gruppi e tavoli di lavoro, con la realizzazione di iniziative comuni, nella programmazione di linee di indirizzo o attraverso l'elaborazione e applicazione di protocolli operativi che può riguardare, oltre ai servizi dipartimentali, l'ampio ventaglio dei servizi non specialistici per le dipendenze. Questi, nell'assolvere il loro mandato istituzionale, possono intercettare soggetti con consumi di sostanze o dipendenze e di conseguenza favorire un tempestivo riconoscimento del problema, un invio verso i servizi specialistici e, come aspetto non meno importante, una migliore comprensione delle evoluzioni di un fenomeno in continua e rapida trasformazione. Tra questi servizi è necessario citare i servizi sociali, e quindi l'ente locale da cui dipendono, i dipartimenti di salute mentale, i diversi reparti ospedalieri, i medici di medicina generale e i consultori familiari. Le funzioni di coordinamento sono poi definite in diverse realtà regionali da atti di indirizzo per quanto riguarda le collaborazioni con le associazioni e le cooperative sociali che nel territorio gestiscono strutture residenziali e semiresidenziali, interventi di prossimità, programmi di riduzione dei rischi (dormitori, drop-in, unità mobili) e percorsi di reinserimento socio-lavorativo. Tali organizzazioni possono inoltre

gestire, attraverso finanziamenti dedicati, sportelli di prima accoglienza, gruppi di sostegno, sperimentazioni e altri specifici progetti di intervento. L'integrazione tra servizi pubblici e organizzazioni del privato sociale no-profit è un aspetto costitutivo e caratterizzante del sistema italiano di intervento sulle tossicodipendenze, dove praticamente tutta la filiera di intervento (prevenzione, riduzione dei rischi, trattamento e reinserimento) è gestita attraverso la collaborazione, con gradi diversi di investimento e di risorse a seconda dei territori, tra realtà pubbliche e del privato sociale. Alla componente della rete costituita essenzialmente da organizzazioni tipo socio-sanitario si devono inoltre aggiungere i diversi presidi delle forze dell'ordine, i tribunali e le carceri, così come le prefetture, le quali sono dotate di specifici Nuclei Operativi per le Tossicodipendenze (NOT). Le modalità di collaborazione con tutte le agenzie e le realtà citate possono variare in funzione delle diverse necessità e priorità e, per questa ragione, riveste una funzione di notevole importanza la pianificazione, già sperimentata in alcuni dipartimenti, che permette di elaborare un piano di lavoro locale sulle dipendenze di durata biennale o triennale. La progressiva diversificazione degli orientamenti regionali impedisce, anche rispetto all'impiego di approcci e strumenti programmatori, di identificare a livello nazionale un unico modello di funzionamento dipartimentale e di definire univoche modalità di collaborazione con le altre agenzie e organizzazioni, ferma restando un'evoluzione comune e ad alta vocazione 'territoriale' dei sistemi regionali di intervento per le dipendenze.

### **2.3 Le figure professionali nei servizi per le dipendenze**

#### **1. Medico:**

- a) Fornire l'inquadramento diagnostico
- b) Impostare il trattamento terapeutico
- c) Verificare la qualità del trattamento e apportare eventuali modifiche ai trattamenti in corso
- d) Favorire l'assistenza multi professionale

#### **2. Infermiere professionale:**

- a) Individuare i bisogni prioritari di salute nel contesto culturale, sociale, familiare
- b) Valutare la complessità assistenziale(bassa-media-alta)
- c) Garantire l'approvvigionamento, conservazione, registrazione dei farmaci
- d) Realizzare interventi diagnostici e terapeutici di tipo sanitario;

#### **3. Psicologo:**



- a) Realizzare diagnosi psicologica (nell'ambito della diagnosi integrata)
- b) Collaborare alla definizione del programma terapeutico individualizzato
- c) Realizzare trattamenti psicologici personalizzati

**4. *Educatore professionale:***

- a) Affiancare ed orientare il percorso riabilitativo della persona
- b) Definire un progetto educativo condiviso
- c) Stimolare le abilità e potenzialità emergenti del paziente
- d) Lavorare in rete con altre professionalità

**5. *Assistente Sociale:***

- a) Prevenire l'emarginazione sociale valorizzando l'autonomia della persona/famiglia
- b) Tutelare gli interessi e i diritti delle fasce deboli
- c) Svolgere un funzione di legame fra il servizio e le istituzioni/il territorio
- d) Effettuare analisi sui nuovi bisogni sociali

**6. *Operatore tecnico:***

- a) Conoscere la rete delle risorse formali e informali della comunità locale
- b) Facilitare l'accesso ai servizi presso le diverse sedi di intervento
- c) Supportare lo svolgimento dei progetti di cura e riabilitazione collaborando alla continuità di tali percorsi
- d) Accogliere e accompagnare le persone operando alla promozione della salute in accordo con le altre figure professionali

### **3 I SERVIZI PER LE DIPENDENZE IN FRANCIA**

#### **3.1 Storia dei servizi per le dipendenze**

Dagli inizi degli anni 70 le politiche francesi vietano l'uso di tutte le sostanze classificate come stupefacenti e la presa in carico spinge verso la disintossicazione dei soggetti con tale problematica. Ma nel testo della legge del 31 dicembre 1970 non viene affrontato il nodo della prevenzione; di fatto, dunque vengono incentivate le sanzioni per i soggetti consumatori di sostanze illecite e proposta solo un'ingiunzione terapeutica come alternativa alle sanzioni previste dalla legge, tutto svolto nel completo anonimato e nella totale gratuità della cura. Il 14 marzo 1972, una circolare ministeriale da mandato al settore psichiatrico "alla lotta contro le malattie mentali, l'alcolismo e le tossicomanie", incentivando la nascita di strutture terapeutiche che hanno come scopo la disintossicazione, l'astinenza e il reinserimento sociale dei soggetti con problematiche di dipendenza.

Durante gli anni 80, in seguito all'epidemia di AIDS, le politiche pubbliche orientano gli interventi più sulla riduzione del rischio che sulla semplice astinenza. Questo cambiamento di visione fa sì che vengano prese in considerazione le pratiche di consumo dei soggetti, di favorire le terapie di sostituzione e la promozione di pratiche meno rischiose per la salute del paziente.

Ma è negli anni 90 che per la prima volta si apre il dibattito sull'aspetto comportamentale della dipendenza (uso, uso nocivo, dipendenza); è del 1991 la legge chiamata "Evin" che dà via alle azioni di prevenzioni per l'alcolismo e il tabagismo e che si basano non più sulla proibizione e l'astinenza, ma che permettano al soggetto di poter scegliere la soluzione migliore per affrontare la sua problematica. Grazie al Rapporto Reynaud Parquet Lagrue, il concetto di pratica dipendente viene esplicitato e diventa la base per una politica di presa in carico globale del paziente.

Il Piano d'azione governativa 1998-2002 riorganizza e ridefinisce il concetto di dipendenza e ha una ricaduta pratica sull'organizzazione dei dispositivi di prevenzione, di cura, di accompagnamento, della ricerca scientifica e della formazione dei professionisti; la messa in discussione dell'approccio terapeutico che partiva dalla sostanza che creava dipendenza per proporre il percorso terapeutico del paziente è stato sostituito da una visione dell'ambito delle dipendenze come trasversale al sistema di organizzazione delle cure e dell'accompagnamento sociale del soggetto con tali problematiche. Delle « filiere » di presa in carico e di accompagnamento attraverso un piano nazionale sono dunque istituite e hanno per oggetto l'organizzazione dei dispositivi socio sanitari nei quali sia possibile la valorizzazione dei percorsi terapeutici costituendo un continuum fra le azioni di prevenzione e i percorsi di cura. In merito all'organizzazione dei dispositivi di cura nell'ambito delle dipendenze è di fatto il Piano sulle dipendenze del 2007-2011 che pone le basi per l'organizzazione di un sistema che consenta a ciascuna persona che presenta delle problematiche di dipendenza di prendere coscienza del proprio stato e di trovare l'aiuto necessario per superarlo; stabilisce inoltre la visibilità dei punti di accesso ai servizi, la facilità di accesso ai servizi senza connotazione stigmatizzante e che, grazie alla capillarità sul territorio, possa offrire la migliore presa in carico possibile. Viene così sancito che i dispositivi di presa in carico già presenti all'interno dei servizi pubblici e privati devono

essere in grado di sviluppare e offrire tutto il percorso di presa in carico (prevenzione, depistaggio, cura e accompagnamento medico-sociale).

### **3.2 L'organizzazione dei servizi per le dipendenze**

I dispositivi di cura sono stati progettati per sviluppare le strutture specializzate già esistenti sul territorio (centri per l'accoglienza e l'accompagnamento per i soggetti tossicodipendenti, centri per la cura ambulatoriale delle problematiche legate al consumo di alcol, centri per giovani consumatori, centri di accompagnamento e prevenzione per le dipendenze) e allo stesso tempo per aumentare il coinvolgimento nell'ambito delle terapie per le dipendenze delle strutture sanitarie, secondo lo stesso schema applicato nei centri ospedalieri e nei servizi specifici della psichiatria. Infine lo scopo è anche quello di realizzare un tessuto sanitario territoriale che, cercando di restare il più equo possibile, consenta l'accesso alle cure a tutta la popolazione.

Questo dispositivo si compone di tre poli complementari che sono:

1. Un polo cittadino di primo supporto.
2. Un polo medico-sociale specialistico rappresentato dagli CSAPA e dai CAARUD
3. Un polo ospedaliero

Il polo cittadino comprende i medici di base e i farmacisti, che hanno un ruolo centrale nel riconoscere, valutare e indirizzare i pazienti con problematiche legate ad una dipendenza. I medici di base rappresentano il primo gradino nel riconoscimento e nell'intervento precoce sui pazienti, ma il loro coinvolgimento resta a tratti discontinuo, per la mancanza di una cultura di intervento precoce ma soprattutto perché restano esclusi dalla prima prescrizione del metadone per i pazienti tossicodipendenti. I farmacisti sono incaricati della dispensazione dei trattamenti di sostituzione degli oppiacei, dati sotto prescrizione medica, e stanno diventando sempre di più il riferimento principale per quanto riguarda le terapie di sostituzione del tabacco. Le associazioni di supporto sono integrate nella filiera dei servizi per le dipendenze, ma non ricevono un sufficiente sostegno a supporto della loro attività.

Il dispositivo medico-sociale è rappresentato dagli CSAPA, Centri per la cura, l'accompagnamento e la prevenzione delle dipendenze, con un'offerta ambulatoriale specialistica primaria sul territorio (1/100000 abitanti circa). Lo CSAPA può essere una struttura polivalente o specialistica per diverse dipendenze, compresa la dipendenza da nicotina e i disturbi comportamentali. Si tratta di un tipo di struttura che può partecipare a delle azioni di prevenzione (dal rischio alla dipendenza). Infatti la pluridisciplinarietà fa parte degli obiettivi terapeutici dello CSAPA dal momento che la presa in carico del paziente diventa globale e dunque necessita di un approccio a 360 gradi (medico, sociale, psicologico ed educativo). Inoltre le prestazioni effettuate non riguardano solo il paziente, ma anche l'entourage familiare e sono dispensate nella totale gratuità.

L'altro dispositivo medico-sociale è rappresentato dai CAARUD, Centri per l'accoglienza e l'accompagnamento per la riduzione del rischio per i pazienti tossicodipendenti. La sua

strutturazione è molto variabile perché si adatta alle problematiche specifiche del territorio in cui opera; il numero dei CAARUD previsto sul territorio è di uno per dipartimento. La sua funzione è quella di accogliere e di accompagnare i pazienti nell'accesso alle cure , alla dispensazione dei trattamenti di sostituzione (buprenofina e metadone) e ai dispositivi per la riabilitazione oltre che ai programmi di riduzione del rischio attraverso la distribuzione di materiale sterile(siringhe, preservativi, ecc..).

Il dispositivo ospedaliero è rappresentato dall'Equipe di collegamento e di cura per le dipendenze-ELSA. Gli interventi dell'ELSA non sono basati sul prodotto consumato dal paziente, ma si basano su una presa in carico del paziente di tipo multidisciplinare. La mission dell'ELSA è quella di supportare gli interventi terapeutici dispensati ai pazienti ricoverati in un reparto (pronto soccorso, maternità, ecc) e di formalizzare il percorso terapeutico, rafforzando i legami di collaborazione all'interno della filiera dei servizi per le dipendenze. Inoltre l'ELSA porta avanti delle azioni di prevenzione, d'informazione sui rischi legati alle dipendenze rivolti ai pazienti e delle azioni di formazione e di assistenza rivolte al personale dei vari reparti ospedalieri coinvolti nella presa in carico di pazienti che presentano anche delle problematiche legate ad una dipendenza.

Il secondo dispositivo ospedaliero è rappresentato dalle visite ambulatoriali nell'ambito delle dipendenze che hanno la finalità d'informare i pazienti circa l'offerta terapeutica dello CSAPA più vicino. Il servizio ambulatoriale ospedaliero ha una stretta relazione con l'ELSA , ma al contrario del precedente dispositivo e dello CSAPA, è un servizio a pagamento.

Il dispositivo ospedaliero comprende tutte le tipologie di cura residenziale che sono:

1. l'Ospedale , con ricoveri per la disintossicazione semplice (meno di 8 giorni) o di disintossicazione complessa (per cui si deve ricorrere a strutture di secondo livello, presenti sul territorio nel rapporto di 1 su 500000 abitanti) con ricoveri della durata di un mese al massimo.
2. i day hospital.
3. i centri di cura e riabilitazione per le dipendenze (SSR A), con ricoveri di durata compresa fra 1 e 3 mesi.

Tutti questi dispositivi tentano di rispondere ai bisogni emergenti sul territorio e si indirizzano a tutti quei pazienti con comorbidità grave, alle donne con figli e ai pazienti con disturbi cognitivi gravi.

L'offerta dunque è calibrata sulla base del seguente schema:

**Livello 1**– Offerta territoriale, con i servizi locali (medici di base, farmacisti, CSAPA, CAARUD)

- ELSA, Visite ambulatoriali ospedaliere
- possibilità di disintossicazione semplice con posti letto dedicati o no
- Eventuali day hospital

## **Livello 2\_– Di supporto**

- Livello1 +ricovero per disintossicazione complessa (centri ospedalieri , SSR...)

## **Livello 3–Centri Universitari per le dipendenze presenti in ogni CHU (Centro Ospedaliero Universitario).**

- Livello1+2+insegnamento, formazione, ricerca...

Infine l'offerta terapeutica e di accompagnamento è completata dai dispositivi indirizzati a fasce specifiche di popolazione attraverso dei Consultori per giovani consumatori gestiti dagli CSAPA, dei progetti sulla perinatalità, delle azioni indirizzate agli ambiti professionali e le terapie rivolte alle persone in stato di fermo giudiziario.

Altri dispositivi sono progettati per rispondere ugualmente alle emergenze sociali e comprendono:

- Gli CSAPA con appartamenti singoli o collettivi –Comunità terapeutiche (in fase di sperimentazione)
- Gli appartamenti di coordinazione terapeutica– ACT (per pazienti con malattie croniche e in situazioni sociali precarie)

## **L'offerta sul territorio delle Alte Alpi/Alpi del Sud**

- Strutture di 1 livello servizi locali: Centro Ospedaliero di Briançon, Centro Ospedaliero di Embrun, Centro Ospedaliero Intercomunale delle Alpi del Sud di Gap, Centro Ospedaliero di Digne, Centro Ospedaliero di Manosque.
- Strutture di 2 livello: Soggiorni di corta durata (Centro ospedaliero di DIGNE medicina +dipendenze 20 posti letto): cure residenziali complesse (con ricovero completo o con ricovero in day hospital). Ospedale psichiatrico (unità psichiatrica dell 'Arzelier con 25 posti letto nel Centro ospedaliero Buech Durance di Laragne). I Centri di cura e di riabilitazione SSR di secondo livello (Centro medico Chant'Ours di Briançon con 16 posti letto).
- Strutture di 3 livello (Centri ospedalieri universitari di Marsiglia e di Nizza) strutture di supporto regionale con funzione di insegnamento, formazione, ricerca e coordinazione regionale.

Il dipartimento delle Alte Alpi è provvisto di tutto l'insieme delle strutture dello schema previsto per la cura delle dipendenze dalla circolare ministeriale.

Ma è d'obbligo sottolineare alcune criticità emerse nell'applicazione del Piano nel territorio delle Alte Alpi/Alpi del Sud:

- l'accesso ai servizi spesso difficoltoso dovuto alla conformazione geografica del territorio e alle condizioni climatiche disagiati durante alcuni periodi dell'anno.
- la mancanza di strutture di reinserimento dedicate come i Centri per l'ospitalità e l'inserimento sociale per donne con problemi di dipendenza che hanno dei figli con meno di 6 anni o di CSAPA con possibilità di alloggio per i pazienti o ancora di case di riposo, case famiglia...
- l'assenza di un CAARUD nelle Alte Alpi
- la non continuità dei finanziamenti dedicati alla prevenzione e che si basa solamente su bandi per progetti circoscritti e di breve durata.
- la mancanza di coordinazione fra tutti gli attori più o meno specializzati nell'ambito delle dipendenze e le associazioni di volontariato presenti sul territorio.

La necessità, dunque, sarebbe quella di coinvolgere i servizi non specializzati esistenti proponendo una formazione sia per i professionisti che per i volontari che operano in favore delle popolazioni a rischio; si tratta dunque di condividere una stessa cultura della riduzione del rischio e della prevenzione attraverso la creazione di legami con i seguenti attori:

- personale scolastico
- centri di formazione
- servizi sociali
- servizi per l'educazione e per la prevenzione
- club sportivi
- aziende, stazioni sciistiche e centri per gli sport invernali

### **3.3 Le figure professionali nei servizi per le dipendenze**

#### **1. Medico:**

- a) Impostare il progetto di cura
- b) Coordinare il lavoro di equipe pluridisciplinare in addictologia
- c) Lavorare in rete con gli altri servizi presenti sul territorio per la presa in carico delle dipendenze
- d) Promuovere la diffusione dell'informazione e dell'aggiornamento nell'ambito dell'addictologia a tutto il personale sanitario

#### **2. Infermiere diplomato di Stato:**

- a) Accogliere e garantire la presa in carico delle persone con problemi di dipendenza.
- b) Dispensare le cure infermieristiche e seguire le terapie sostitutive
- c) Garantire la gestione dei farmaci, dei prodotti e del materiale infermieristico
- d) Condurre delle azioni di riduzione dei rischi e di educazione terapeutica

- e) Organizzare e condurre delle sessioni di informazione/divulgazione, atelier tematici, gruppi di parola
- f) Elaborare e condurre dei progetti di prevenzione presso i giovani, le famiglie, le scuole sulle tematiche delle dipendenze.

**3. *Psicologo:***

- a) Realizzare trattamenti psicologici personalizzati
- b) Condurre la presa in carico psicologica/psicoterapeutica dei pazienti con dipendenze attraverso terapie di sostegno individuale, di gruppo e con la famiglia
- c) Garantire dei colloqui preventivi e motivazionali nella strategia terapeutica della riduzione del consumo di sostanze
- d) Realizzare dei bilanci psicologici nel follow-up dei pazienti al fine di individuare e prevenire il rischio di ricadute
- e) Coordinare gli incontri terapeutici di gruppo(gruppi di parola, atelier)

**4. *Educatore specializzato diplomato di Stato:***

- a) Accogliere, educare e accompagnare dal punto di vista socio-educativo le persone affette da dipendenze severe
- b) Favorire le azioni di prevenzione nel campo delle dipendenze
- c) Partecipare al lavoro di equipe proponendo progetti individualizzati, di gruppo e con il coinvolgimento della famiglia
- d) Affiancare ed orientare il percorso riabilitativo della persona
- e) Definire un progetto educativo condiviso
- f) Stimolare le abilità e potenzialità emergenti del paziente
- g) Lavorare in rete con altre professionalità

**5. *Assistente Sociale:***

- h) Accogliere e sostenere i pazienti e le loro famiglie, valutando i loro bisogni
- i) Favorire la regolarizzazione delle situazioni amministrative dei pazienti permettendo loro l'accesso ai diritti e alle cure
- j) Supportare l'assistito nella risoluzione del debito personale in stretta collaborazione con gli enti pubblici territoriali e il CESF(Consigliere in Economia Sociale e Familiare)

- k) Realizzare le azioni sociali articolate al progetto terapeutico, in particolare per il reinserimento sociale e lavorativo
- l) Garantire la tutela delle persone vulnerabili
- m) Prevenire l'emarginazione sociale valorizzando l'autonomia della persona/famiglia
- n) Svolgere un funzione di legame fra il servizio e le istituzioni/il territorio

**6. Assistente amministrativo:**

- a) Conoscere la rete delle risorse formali e informali della comunità locale
- b) Accogliere telefonicamente e sul sito i pazienti e gli utenti facilitando l'accesso ai servizi presso le diverse sedi di intervento
- c) Fissare degli appuntamenti con i medici e i professionisti del servizio nel rispetto dell'anonimato del paziente
- d) Accogliere e accompagnare le persone che si rivolgono per la prima volta al servizio mettendole in relazione con la figura professionale più adatta alla tipologia di problematica riscontrata.
- e) Organizzare e pianificare gli appuntamenti di pazienti e utenti sulla base delle diverse problematiche di accesso
- f) Gestire e conservare la documentazione sanitaria

**7. CESF Conseillère en économie sociale et familiale (Consigliere in economia sociale e familiare)**

- a) Contrastare l'esclusione sociale favorendo l'autonomia e la socializzazione delle persone o famiglie in difficoltà.
- b) Aiutare le persone in situazioni precarie a risolvere le difficoltà legate alla loro quotidianità.
- c) Informare e formare in tutti i settori inerenti la vita quotidiana come, ad esempio, la gestione di un budget o la gestione di attività legate alla vita familiare.
- d) Propone dei corsi di alfabetizzazione o legati all'inserimento professionale.

A riguardo di quest'ultima figura professionale, presente solo nei servizi francesi, si è proposto un ulteriore approfondimento delle competenze professionali che costituirebbero un possibile spunto formativo all'interno dei servizi italiani.

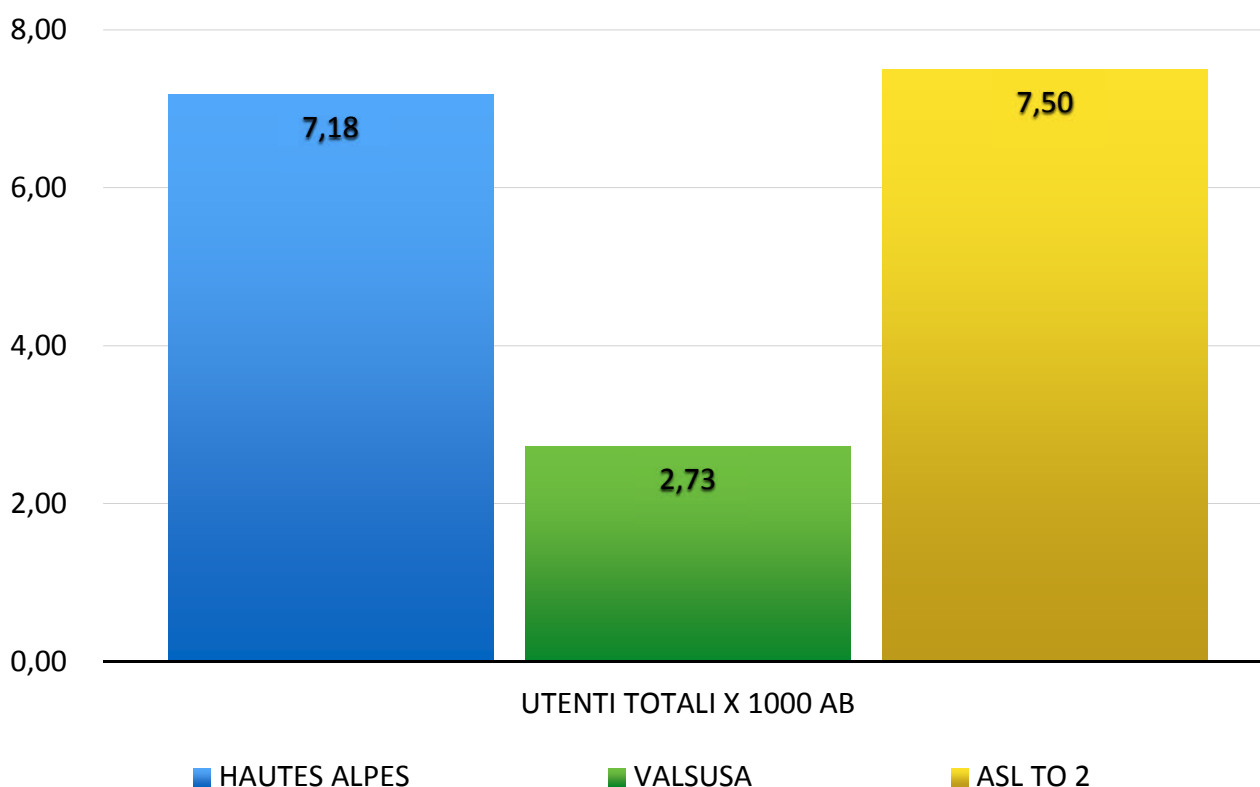


#### 4. L'UTENZA DEI SERVIZI PER LE DIPENDENZE

Nel confronto dei dati relativi all'utenza in carico ai servizi delle dipendenze della Valsusa e delle Hautes Alpes è stato introdotto un terzo termine di paragone rappresentato dall'utenza di un'ASL metropolitana (ASL TO2). Questo allargamento del campo di indagine è stato effettuato per provare a comprendere quanto le differenze nelle tipologie di soggetti afferenti ai servizi di cura siano dovute alle caratteristiche della domanda (i problemi effettivamente emergenti in un territorio) e quanto a quelle dell'offerta (l'organizzazione stessa dei servizi). Una volta elaborati, tutti i dati raccolti sono stati presentati e discussi con gli operatori dei due servizi e le considerazioni emerse da questo confronto allargato sono quelle di seguito riportate.

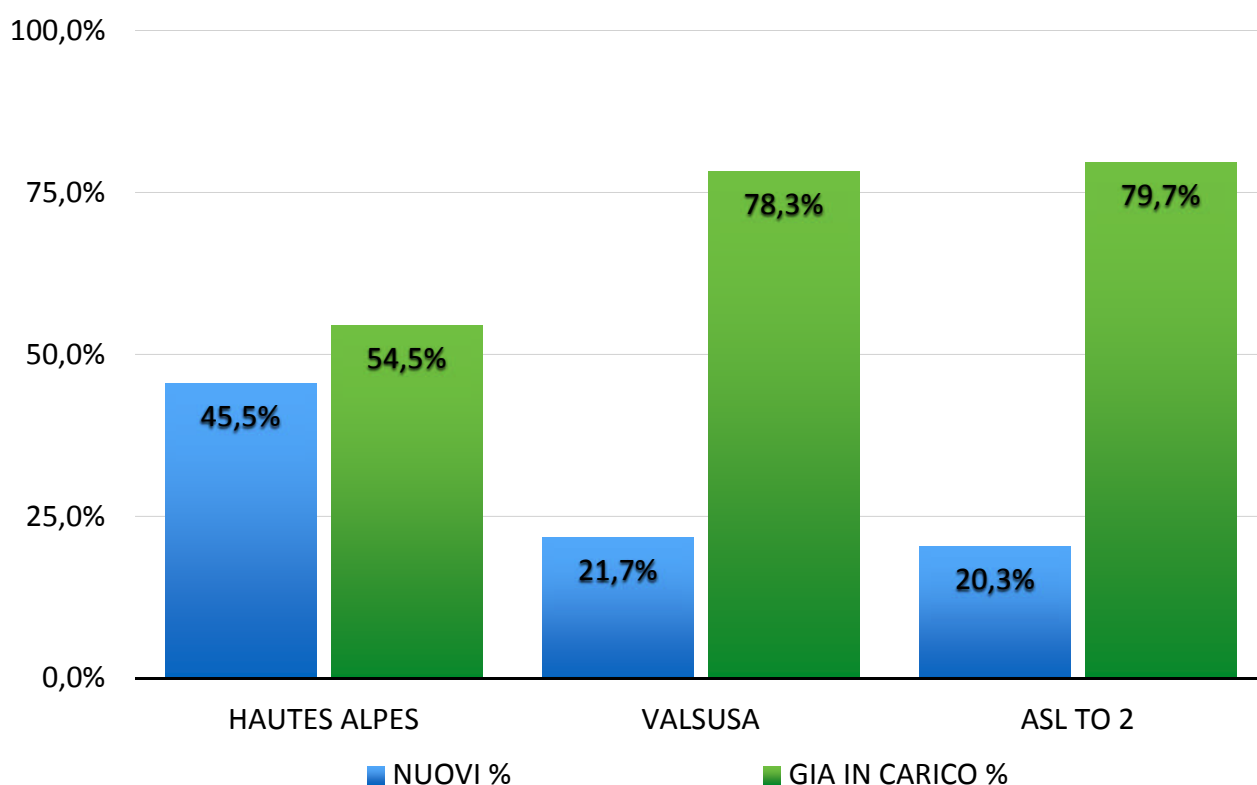
Dal primo dato relativo agli utenti in carico nel 2016 emerge (Tabella 1) come i 2 servizi delle Hautes Alpes (CSAPA Nord e CSAPA Sud) abbiano un tasso di utenti in carico per 1000 abitanti molto simile a quello dell'ASL metropolitana di Torino (7,18 e 7,50) e triplo rispetto a quello (2,73) dei tre ambulatori della Valsusa (Avigliana, Susa, Oulx).

**TABELLA 1 - TASSO UTENTI PER 1.000 ABITANTI**

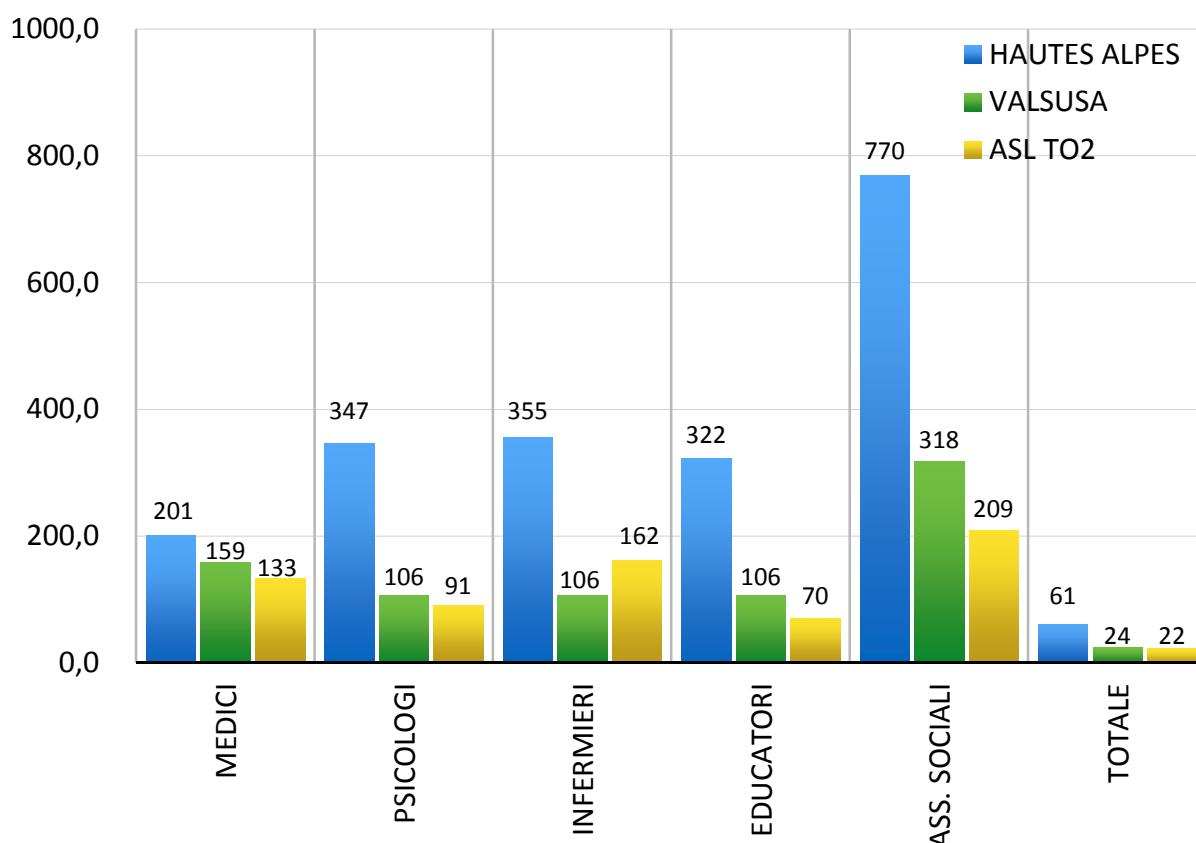


La maggiore numerosità dell'utenza in carico ai servizi delle Hautes Alpes rispetto a quelli della Valsusa trova una prima spiegazione nel dato relativo al confronto tra gli utenti prevalenti e quelli incidenti (Tabella 2). Quasi metà (45,5%) degli utenti in carico ogni anno ai servizi delle Hautes Alpes sono nuovi utenti, mentre la quota di nuovi utenti dei servizi italiani è di poco superiore al 20% (21,7% Valsusa e 20,3% Torino).

**TABELLA 2 - UTENTI NUOVI E GIA' IN CARICO**



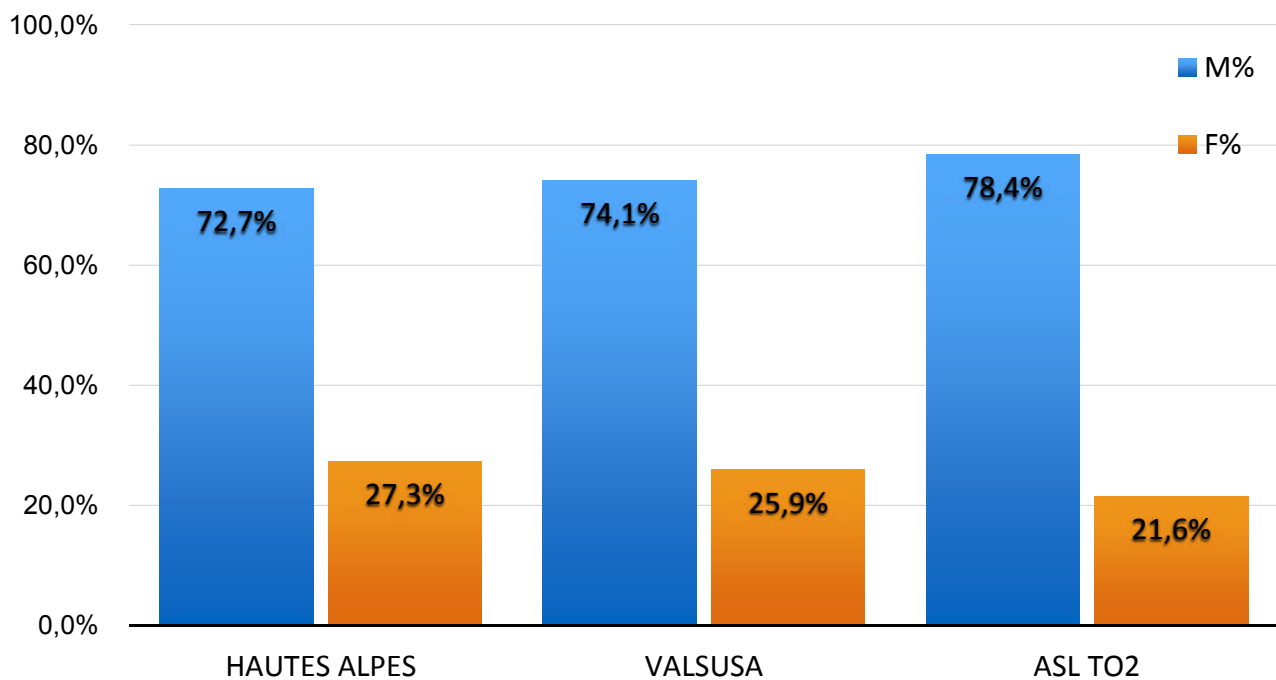
Il maggior ricambio dell'utenza nei servizi francesi rispetto a quanto registrato presso i servizi italiani sembra essere determinato in primo luogo dalle caratteristiche stesse dei servizi nei due paesi. In Francia gli CSAPA offrono prevalentemente un servizio di consulenza e prevenzione selettiva per problemi di consumo di sostanze, per cui intercettano soprattutto situazioni di gravità medio-bassa che richiedono limitati carichi assistenziali. Questa interpretazione è confermata dal numero medio di interventi per utente effettuati nei servizi francesi (2,4 interventi per utente all'anno), che è sensibilmente più basso rispetto al rapporto rilevato nei servizi italiani (9,8 interventi per utente all'anno). La minore gravosità assistenziale dei pazienti in carico ai servizi francesi si riflette sul numero di utenti in carico per operatore. Come si evince dalla Tabella 3 nei servizi francesi ogni operatore ha mediamente in carico molti più pazienti (61) rispetto a quanti ne abbiano in carico i loro colleghi italiani (24 per la Valsusa e 22 per Torino). Questo divario riguarda soprattutto le figure psico-socio-educative (assistenti sociali, educatori e psicologi) e infermieristiche, mentre è più limitato per le figure dei medici (dato questo apparentemente contraddittorio se si considera la natura soprattutto preventiva e consulenziale degli interventi offerti dai servizi francesi). In sintesi, e generalizzando il dato, è quindi possibile affermare che presso i servizi francesi vi sono principalmente utenti con limitati livelli di compromissione dovuta all'uso di sostanze per i quali sono sufficienti pochi interventi di orientamento e sostegno effettuati in arco di tempo limitati, mentre in quelli italiani vi sono prevalentemente utenti la cui gravosità richiede una presa in carico più prolungata nel tempo, un maggior numero di interventi e il coinvolgimento di più figure professionali.

**TABELLA 3 - UTENTI PER OPERATORE**

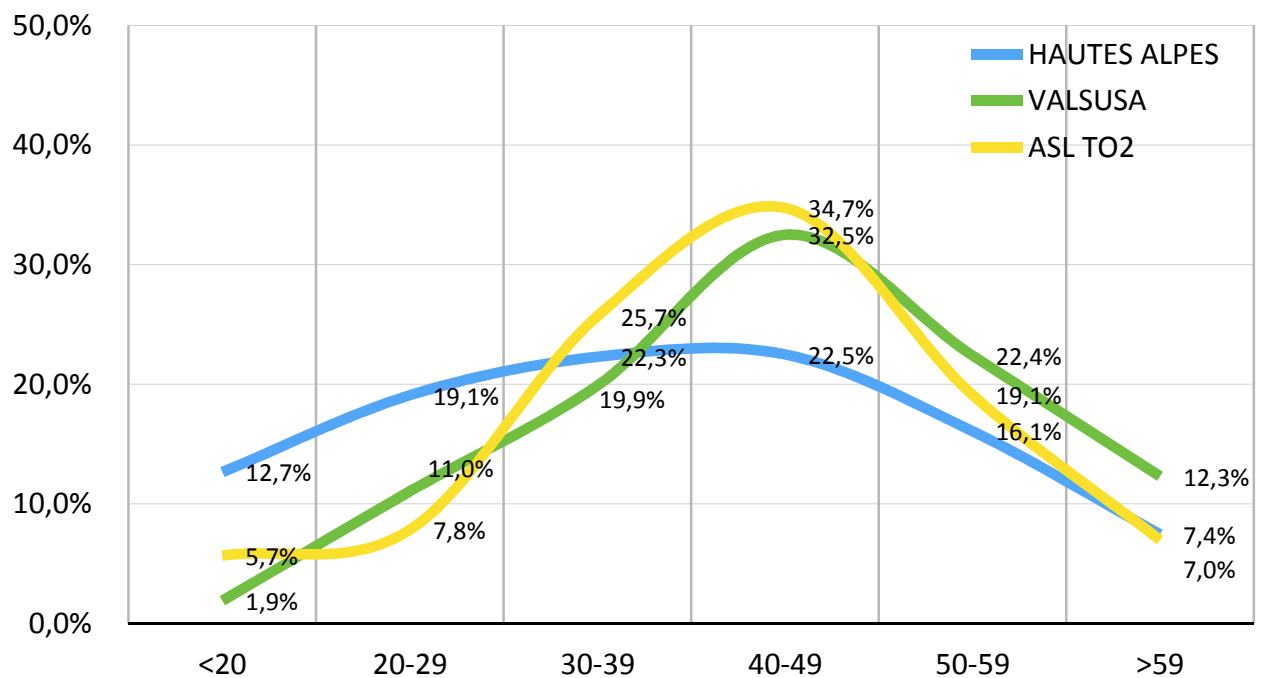
Tornando all'analisi dell'utenza si può notare (Tabella 4) come non vi siano significative differenze rispetto al genere dei pazienti in carico. La percentuale di donne in carico ai servizi di cura presi in esame oscilla dal 21,6% di Torino al 27,3% delle Hautes Alpes, confermando quanto noto in letteratura circa la diffusione dei consumi di sostanze nella popolazione generale e in quella in carico ai servizi di cura: 1 donna ogni 4/5 uomini per i consumi di eroina e cocaina, 1 donna ogni 2/3 uomini per i consumi di cannabinoidi e alcol.

Differenze rilevanti si osservano invece per quanto riguarda le fasce d'età degli utenti in carico (Tabella 5). A conferma di quanto in precedenza detto circa la diversità dell'utenza, in parte dovuta al differente assetto organizzativo dei servizi stessi, si può vedere come l'utenza dei servizi francesi sia mediamente più giovane (12,7% di under 20 contro il 5,7% di Torino e addirittura l'1,9% della Valsusa; 19,1% di under 30 contro l'11% di Torino e il 7,8% della Valsusa). Oltre il 60% degli utenti dei servizi italiani hanno più di 40 anni, ribadendo l'elevata presenza di soggetti adulti che sono in carico ai servizi italiani da molti anni e con programmi di cura di lunga durata. Rispetto a questo dato è interessante notare come presso i servizi della Valsusa l'invecchiamento della popolazione in carico sia ancora più evidente, con una maggiore presenza di utenti over 50 (22,4% contro il 19,1% di Torino e il 16,1% delle Hautes Alpes) e una percentuale quasi doppia rispetto agli altri servizi di utenti over 60 (12,3% contro 7,4% di Torino e 7% delle Hautes Alpes).

**TABELLA 4 - UTENTI PER GENERE**

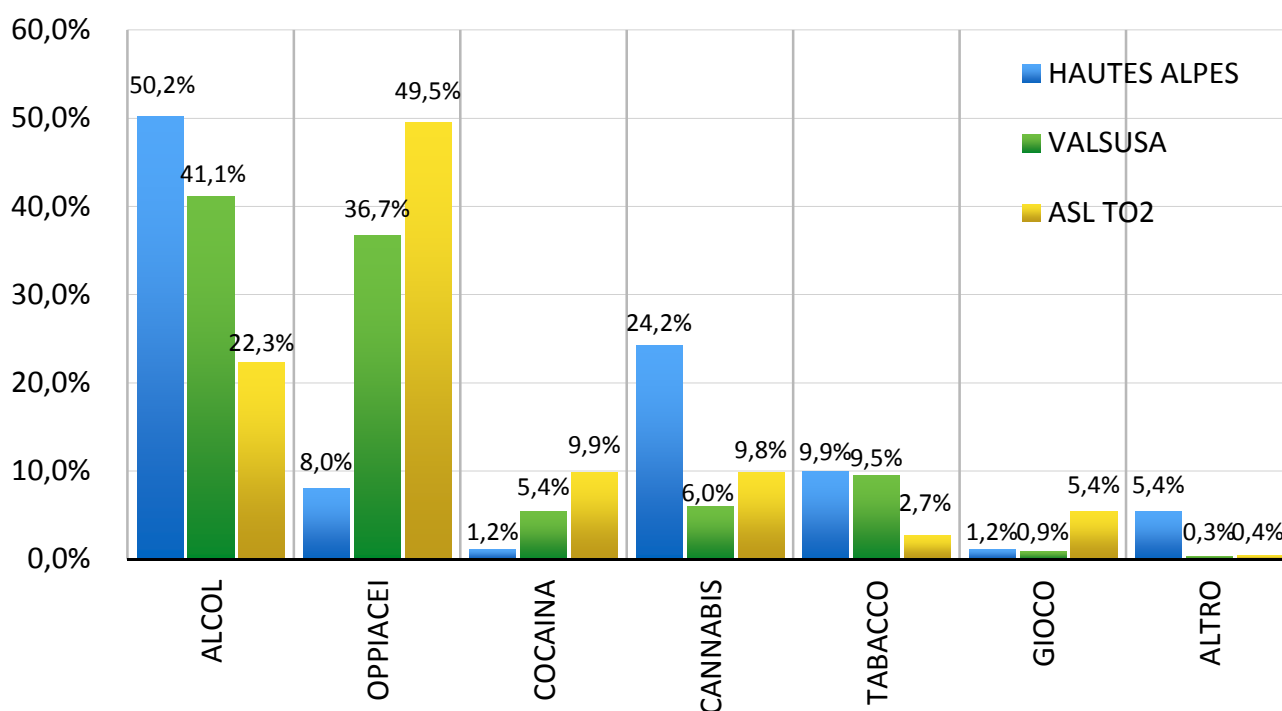


**TABELLA 5 - UTENTI PER FASCE D'ETA'**



Il dato relativo alle fasce d'età dell'utenza è collegato a quello relativo alla sostanza primaria di consumo (Tabella 6), pur fornendoci informazioni aggiuntive rispetto al precedente. E' in primo luogo possibile osservare come i pazienti con consumi di alcol siano quelli più rappresentati presso i servizi delle Hautes Alpes (50,2%) e quelli della Valsusa (41,1%), a conferma di una elevata problematicità legata ai consumi di alcol specifica dei territori montani. Nei servizi francesi le percentuali di pazienti con consumi di oppiacei e cocaina sono particolarmente basse (rispettivamente 1,2% e 8,0%), specialmente se comparate con quelle rilevate presso i servizi italiani (rispettivamente 5,4% e 36,7% in Valsusa e 9,9% e 49,5% di Torino). Di contro presso i servizi francesi sono molto rappresentati gli utenti con consumi di cannabinoidi (24,2%) e tabacco (9,9%), mentre il gioco d'azzardo patologico rappresenta una percentuale significativa di utenti (5,4%) solo nel contesto metropolitano di Torino.

**TABELLA 6 - UTENTI PER SOSTANZA PRIMARIA**



Quelli presentati e discussi sono gli unici dati epidemiologici relativi all'utenza dei servizi immediatamente fruibili e comparabili. Le notevoli diversità nei sistemi informatizzati di raccolta dati in Italia e in Francia non permette al momento analisi più accurate ed approfondite. In un'altra sezione del manuale relativa alle *Smart Technologies* l'aspetto della comparabilità dei dati è stato affrontato e sono state avanzate delle proposte per rendere più omogenei i sistemi di raccolta dati nei due paesi. Per quanto limitati, i dati discussi hanno fornito comunque agli operatori una prima fotografia circa le diversità nella domanda e nell'offerta di cura nei due paesi. Nella prima sezione del capitolo abbiamo visto come in Francia esista un sistema di cura per le dipendenze distinto in livelli progressivi per cui le situazioni più gravose vengono prese in carico dal sistema ospedaliero o da strutture residenziali specialistiche (SSR), mentre gli CSAPA offrono un servizio territoriale di accoglienza non connotato e non specialistico che intercetta una gamma

di domande molto ampia, ma generalmente riferibile alla dimensione del consumo e dell'abuso di sostanze, più che a quella delle dipendenze patologiche vere e proprie. Questi servizi territoriali intercettano quindi un numero elevato di cittadini, in buona parte adolescenti e giovani adulti, per i quali è spesso sufficiente un'offerta di consulenza, sostegno e orientamento che generalmente si esaurisce in tempi abbastanza rapidi (da qui l'elevato ricambio degli utenti in carico e il loro basso carico assistenziale). I dati relativi alla Valsusa, confrontati sia con quelli francesi che con quelli del contesto metropolitano di Torino, riflettono invece un quadro diverso, in cui le specificità delle domande emergenti dal territorio (per esempio gli elevati consumi di alcol e la maggiore anzianità media delle popolazioni montane) si incrociano con la specifica organizzazione dipartimentale dei servizi di cura italiani. In tale organizzazione le attività di prevenzione e riduzione del danno implicano attività ad ampio spettro (nelle scuole, sul territorio, ecc.) i cui destinatari non sono solitamente computati tra gli utenti in carico. L'utenza dei SerD è quindi composta prevalentemente da soggetti che intraprendono veri e propri percorsi di trattamento e riabilitazione che giustificano le principali differenze emerse dall'analisi epidemiologica dei dati qui presentati e discussi.