



**FEDERAZIONE ITALIANA DEGLI OPERATORI
DEI DIPARTIMENTI E DEI SERVIZI DELLE DIPENDENZE**



Il sistema della rete con il territorio:
sviluppi e innovazione di un sistema in evoluzione

- Roberta Balestra, direttrice Dipartimento dipendenze Azienda sanitaria universitaria giuliano isontina
- Vice presidente nazionale FeDerSerD

Sistema integrato dei servizi per le dipendenze - relazione Parlamento 2021 (dati 2020)

575 SerD con 616 sedi ambulatoriali

circa 300.000 persone in cura per disturbo da uso di droghe, alcol, tabacco o da dipendenze comportamentali.

86% maschi, età media 40 aa, under 25 < 10%

circa 6.500 professionisti di vari profili

821 strutture socio-riabilitative
del privato sociale:

74% residenziali

16% semi-residenziali

10% ambulatoriali

14.000 persone in carico, 29% under 30

Forti differenze regionali e disomogeneità dell'offerta di cura e del sistema integrato pubblico-privato,

Differenze di risorse (insufficienti ovunque), ma anche di approccio culturale ed organizzativo.

Che impatto sulla **accessibilità** ed **efficacia** dei trattamenti?

Il sistema territoriale dei servizi sanitari: problemi sul tavolo

- L'assistenza sanitaria territoriale è diversamente sviluppata in Italia, in base ai modelli regionali
- In generale, possiamo dire che è stata depauperata negli anni, col prevalere di una logica ospedale-centrica. Sviluppo incongruo del privato profit.
- La pandemia ha dimostrato che la presenza di un'assistenza territoriale capillare costituisce il vero punto di forza dei sistemi sanitari dei paesi occidentali
- Ritardo culturale ed esperienziale del sistema che va colmato con investimenti mirati
- Ancora un gap tra nord - sud
- Collocazione e Ruolo dei SerD nel sistema della sanità territoriale
- PNNR: sanità territoriale riorganizzata intorno agli ospedali di comunità, alle case di comunità e alle centrali operative territoriali (COT). 15,63 miliardi, sette dei quali ricadranno sui territori, mentre il resto sarà investito in innovazione del SSN.

SerD, lavoro territoriale, rete

I SerD sono servizi specialistici della sanità territoriale (atto aziendale, mission e mandato istituzionale).

- Livelli Essenziali di Assistenza definiti dal DPCM 12 gennaio 2017 (artt. 28 e 35)
- Garantire un programma terapeutico-riabilitativo personalizzato coerente con la valutazione dei bisogni di salute e delle competenze/aspirazioni della persona, risposte di cura a diversa intensità assistenziale, integrazione sociosanitaria.

Dipendenze e LEA

Il DPCM del 12.01.2017 stabilisce che il SSN deve garantire specifici Livelli Essenziali di Assistenza per le persone con dipendenze patologiche, ivi incluse le persone detenute o internate, a livello territoriale, Art. 28:

- accoglienza;
- valutazione diagnostica multidisciplinare;
- valutazione dello stato di dipendenza;
- certificazione dello stato di dipendenza patologica (compreso tabagismo, GAP);
- ➔ ▪ definizione, attuazione e verifica del programma terapeutico e riabilitativo personalizzato, in accordo con la persona e, per i minori, in collaborazione con la famiglia;
- somministrazione di terapie farmacologiche specifiche, sostitutive, sintomatiche e antagoniste, compreso il monitoraggio clinico e laboratoristico;
- ➔ ▪ gestione delle problematiche mediche specialistiche;
- interventi relativi alla prevenzione, diagnosi precoce e trattamento delle patologie correlate all'uso di sostanze;
- colloqui psicologico-clinici;
- colloqui di orientamento e sostegno alla famiglia;
- ➔ ▪ collaborazione ed integrazione con i servizi di salute mentale con riferimento ai pazienti con comorbidità.



- interventi di riduzione del danno;



- psicoterapia (individuale, di coppia, familiare, di gruppo);
- interventi socio-riabilitativi, psico-educativi e socio-educativi finalizzati al recupero dell'autonomia personale, sociale e lavorativa;
- promozione di gruppi di sostegno per soggetti affetti da dipendenza patologica;
- promozione di gruppi di sostegno per i familiari di soggetti affetti da dipendenza patologica;



- consulenza specialistica e collaborazione con i reparti ospedalieri e gli altri servizi distrettuali territoriali, semiresidenziali e residenziali;



- collaborazione con i medici di medicina generale e i pediatri di libera scelta;
- interventi terapeutici e riabilitativi nei confronti di soggetti detenuti o soggetti con misure alternative alla detenzione, in collaborazione con l'amministrazione penitenziaria.

Per prevenire le disuguaglianze di salute: [equità nella diversità](#)

I determinanti della salute

Grado di istruzione
Reddito e stato sociale
Rete sociale
Lavoro e condizioni lavorative
Ambiente fisico
Biologia e genetica
Stili di vita e risorse personali
Prima infanzia
Servizi sanitari

Una gran parte dell'utenza dei SerD appartiene alle fasce di popolazione più vulnerabili; in queste situazioni è di particolare importanza un "raggio di intervento" ampio, di rete appunto, per intervenire sui fattori di rischio individuati, per riuscire a raggiungere gli obiettivi di miglioramento concordati.



SerD, lavoro territoriale, rete

- Contesti di intervento/setting della presa in carico: ambulatoriale, semi-residenziale, residenziale, domiciliare, ospedale, carcere, enti formativi, lavoro, luoghi di vita....
- Partners della presa in carico: tutti quelli indicati per realizzare il programma di cura personalizzato
- Si migliorano gli esiti dei percorsi terapeutici e riabilitativi:
 - ✓ aumento della coerenza e dell'appropriatezza clinica
 - ✓ maggiore adesione al trattamento anche delle persone più svantaggiate
- Si migliorano gli indicatori di performance del Servizio:
 - ✓ accessibilità per i diversi target (bisogno sommerso)
 - ✓ riduzione drop out
 - ✓ riduzione eventi acuti, ricoveri impropri (riduzione costi)
 - ✓ innovazione e miglioramento continuo (progetti, reti cliniche e PDTA....)
 - ✓ risorse integrative del contesto che migliorano l'offerta di prevenzione e cura

Nel PNRR viene posta la “necessità di potenziare i servizi assistenziali territoriali” per consentire l’effettiva applicazione dei Livelli Essenziali di Assistenza, riducendo le disuguaglianze e contestualmente costruendo un modello di erogazione dei servizi condiviso ed omogeneo sul territorio nazionale.

Decreto Ministeriale del 23 maggio 2022, n. 77: Regolamento recante la definizione di modelli e standard per lo sviluppo dell'assistenza territoriale nel Servizio sanitario nazionale (DM 77/22)

PNNR: obiettivo allineare standard strutturali dell'assistenza territoriale

Strumento	Struttura finanziata da PNNR	Strutture reviste dal DM77	Bacino utenza	Target principale	Target secondario
Case comunità	1.350	2.400	25.000	Cronici (40% popolazione)	Anziani, donne, famiglie, minori
Centrali operative territoriali	600	602	1 per distretto	coordinano i servizi sanitari del territorio, nonché la rete di emergenza e urgenza	
Ospedale comunità	400	1.200	50.000	Ricoverati per prestazioni medio-bassa intensità	/

Collaborazione tra i professionisti coinvolti nell'assistenza nei diversi setting, continuità percorso di cura dell'assistito, utilizzo strumenti innovativi di telemedicina

PNNR: standard strutturali dell'assistenza territoriale

Nel DM 77/22 tra i "Servizi previsti dagli standard delle Case della Comunità" i servizi per la salute mentale, le dipendenze patologiche e la neuropsichiatria infantile e dell'adolescenza vengono definiti come RACCOMANDATI e non obbligatori.

Presa di posizione di FeDerSerD, che ha lavorato col tavolo interregionale e con il gruppo di lavoro di salute mentale di AGENAS*:

Stesura documento che fornisce indicazioni per la riorganizzazione dei servizi di salute mentale adulti, neuropsichiatria dell'infanzia e dell'adolescenza, dipendenze patologiche e salute in carcere e la loro integrazione nel modello territoriale.

*AGENAS: organo tecnico-scientifico che svolge attività di ricerca e di supporto nei confronti del Ministro della Salute, delle Regioni e delle Province Autonome di Trento e Bolzano.

Gruppo di Lavoro Salute Mentale

(Coordinatore: dott. Francesco Enrichens. Componenti: dott.ssa Angela Bravi, dott.ssa Caterina Corbascio, dott. Angelo Fioritti, dott.ssa Maria Assunta Giannini, dott.ssa Carola Magni, dott. Tommaso Maniscalco, dott. Felice Alfonso Nava, dott. Giuseppe Quintavalle, dott.ssa Paola Sacchi, dott. Giuseppe Salamina, dott. Alessio Saponaro, dott. Fabrizio Starace, dott. Marco Nuti, dott. Simone Furfaro. Sono stati auditi le seguenti società scientifiche: FeDerSerD, nella persona del dott. Guido Faillace e del dott. Alfio Lucchini; SINPIA nella persona della prof.ssa Elisa Fazzi e la dott.ssa Maria Antonella Costantino.)

STANDARD PER L'ASSISTENZA TERRITORIALE DEI SERVIZI SALUTE MENTALE ADULTI, DIPENDENZE PATOLOGICHE, NEUROPSICHIATRIA DELL'INFANZIA E DELL'ADOLESCENZA E SALUTE IN CARCERE

- Gli standard devono essere progressivamente raggiunti entro il 2026.
- Devono essere realizzate tutte le azioni, anche di tipo organizzativo, atte a garantire l'integrazione tra servizi dell'area salute mentale adulti, neuropsichiatria dell'infanzia e dell'adolescenza e dipendenze patologiche, in particolare nella fase di transizione dall'età evolutiva all'età adulta e nella presa in carico degli utenti con disturbi gravi e complessi.

Tabella 1. Standard di riferimento del personale SerD (tassi su 100.000 residenti di età 15-64 anni)

Figura professionale	Standard minimi (ogni 100.000 abitanti di età 15-64 anni)	Standard a regime (ogni 100.000 abitanti di età 15-64 anni)
Medico*, di cui almeno uno psichiatra	3,0	4,0
Psicologo	3,0	3,5
Infermiere	4,0	6,0
Educatore professionale /TeRP	2,5	3,5
Assistente Sociale	2,0	3,0
Amministrativo	0,5	1,0
Altro personale inserito nell'equipe ai fini dell'approccio multiprofessionale, non ricompreso negli standard	-	-
TOTALE	15,0	21,0

*Secondo quanto previsto dal DM 444/90 e delle discipline di equipollenza ministeriali.

Area Dipendenze Patologiche

L'assistenza sanitaria e sociosanitaria rivolta alle persone con dipendenze patologiche nell'intero ciclo di vita, sia dovute a consumo di sostanze psicotrope, sia di tipo comportamentale, è assicurata attraverso i Servizi pubblici per le Dipendenze (SerD), in collaborazione e integrazione con altri servizi sanitari e sociali, i Servizi residenziali e semiresidenziali accreditati/convenzionati per le dipendenze, il Terzo settore, altre Istituzioni e realtà del territorio, al fine di garantire completezza, unitarietà e continuità degli interventi.

I SerD sono servizi specialistici la cui organizzazione e dotazione del personale deve garantire i Livelli Essenziali di Assistenza definiti dal DPCM 12 gennaio 2017 (artt. 28 e 35); la loro attività è ulteriormente disciplinata dal TU di cui al DPR n. 309/90 e s.m. e dalla Legge Quadro n.125/2001.

Deve essere previsto **1 Servizio per le dipendenze almeno ogni 80 - 100.000 abitanti della popolazione target 15-64 anni**, con

- apertura per almeno 5 giorni alla settimana, per 12 ore al giorno
- un servizio con apertura per 6-7 giorni alla settimana per garantire la massima continuità assistenziale ogni macroarea individuata regionalmente (2-3 distretti).

L'articolazione dei servizi dovrà in tutti i casi tenere conto delle caratteristiche e dei bisogni peculiari dei diversi territori, delle caratteristiche oro-geografiche, della dispersione o concentrazione territoriale della popolazione servita e della accessibilità, criteri del DM 444/1990, servizi under 25.

L'assistenza nei presidi penitenziari deve prevedere un medico, anche non a tempo pieno, 1 psicologo, 1 assistente sociale e 1 ulteriore figura professionale ogni 350 detenuti.

L'assistenza è organizzata funzionalmente secondo quattro livelli, prestazioni con intensità differenziate per target e bisogno.

- 1. Livello di prevenzione, consultazione ed assistenza primaria:** le funzioni vengono garantite nelle Case di Comunità in collaborazione con i MMG, i PLS e gli altri servizi della rete sociosanitaria, con modalità organizzative che le Regioni individueranno in attuazione del DM 77/2022. Queste attività possono essere realizzate anche nel SerD o presso altri servizi della rete o in contesti esterni (ad es. scuole, luoghi di lavoro, contesti sportivi e di aggregazione, ecc.). Nei contesti outdoor, tra cui quelle di RDD, sono realizzate anche in partnership con soggetti del Terzo settore e privati accreditati/convenzionati.
- 2. Livello di presa in carico delle persone con disturbo da uso di sostanze o con dipendenza comportamentale:** prevede attività sanitarie di diagnosi e cura e altre attività sociosanitarie, definite nei programmi terapeutico-riabilitativi personalizzati ed erogate da équipe multiprofessionali. Interventi a varia intensità e complessità, ambulatoriali, territoriali e di prossimità, in integrazione con gli Enti territoriali e in partnership con Terzo settore e privati accreditati/convenzionati. Interventi finalizzati all'inclusione sociale e all'empowerment. Alle persone detenute deve essere garantita la presa in carico multiprofessionale, attraverso équipes dedicate (Istituti a maggiore capienza) o attraverso attività dei SerD di riferimento (operatori dedicati). Ai SerD competono inoltre attività certificative e a valenza medico legale.
- 3. Livello di assistenza specialistica** a. in ambito ospedaliero; b. nelle strutture semiresidenziali e residenziali accreditate/convenzionate; c. negli istituti di pena, attraverso le Sezioni - SeATT).
- 4. Livello delle reti specialistiche di area vasta, regionali o interregionali**, persone con problematiche complesse e comorbidità (es. patologie infettive, comorbidità psichiatrica, patologie organiche correlate, problematiche di giustizia). Reparti di riabilitazione delle dipendenze/alcolologia, attività di supporto specialistico (es. quelle dei trapianti di fegato nelle patologie epatiche).

Conclusioni: SerD come nodi specialistici della rete sanitaria territoriale

- Valutare se i nostri servizi stanno lavorando con un approccio territoriale e di rete, per porre in essere i cambiamenti necessari e compatibili con le risorse a disposizione (non è solo questione di risorse, anche altre esistenze professionali e organizzative)
- Confronto tra professionisti (ruolo di FeDerSerD)
- LEA come indicatori di riferimento
- Sviluppare la cultura professionale della medicina territoriale dopo anni di disinvestimento
- Cambiamento come ricerca continua di miglioramento dell'offerta
- Attenzione ai nuovi bisogni emergenti (es. under 25)
- PNRR – Occasione di sviluppo e di innovazione da non perdere

