

## LA CLINICA DELLE DIPENDENZE

Priorità e sostenibilità per un  
sistema che cambia



La centralità dei Ser.D nel  
sistema della rete  
residenziale e  
semiresidenziale:  
dall'esperienza alle  
prospettive futuri

## *sistema integrato come punto di forza*

Il tema della residenzialità, più di altri, rende evidente come la collaborazione tra pubblico e privato sociale sia irrinunciabile, pena l'inefficacia della risposta terapeutica.

C'è sempre più bisogno di risposte specialistiche ed alternative al modello "classico" di comunità terapeutica per rispondere ai molteplici bisogni dell'utenza.

# *il sistema pubblico-privato in Italia*

**562 SerD con 603 sedi  
ambulatoriali**

**145.000 persone in cura per  
sostanze stupefacenti (15%  
nuovi utenti) e 75.000 alcolisti**

**circa 6.500 professionisti**

**821 strutture socio-  
riabilitative private (58% al  
nord)**

**73% di tipo residenziale**

**16% di tipo semi-residenziale  
e 11% di tipo ambulatoriale**

**16.000 persone in carico**

**centinaia di associazioni di  
settore**

## *strutture residenziali*

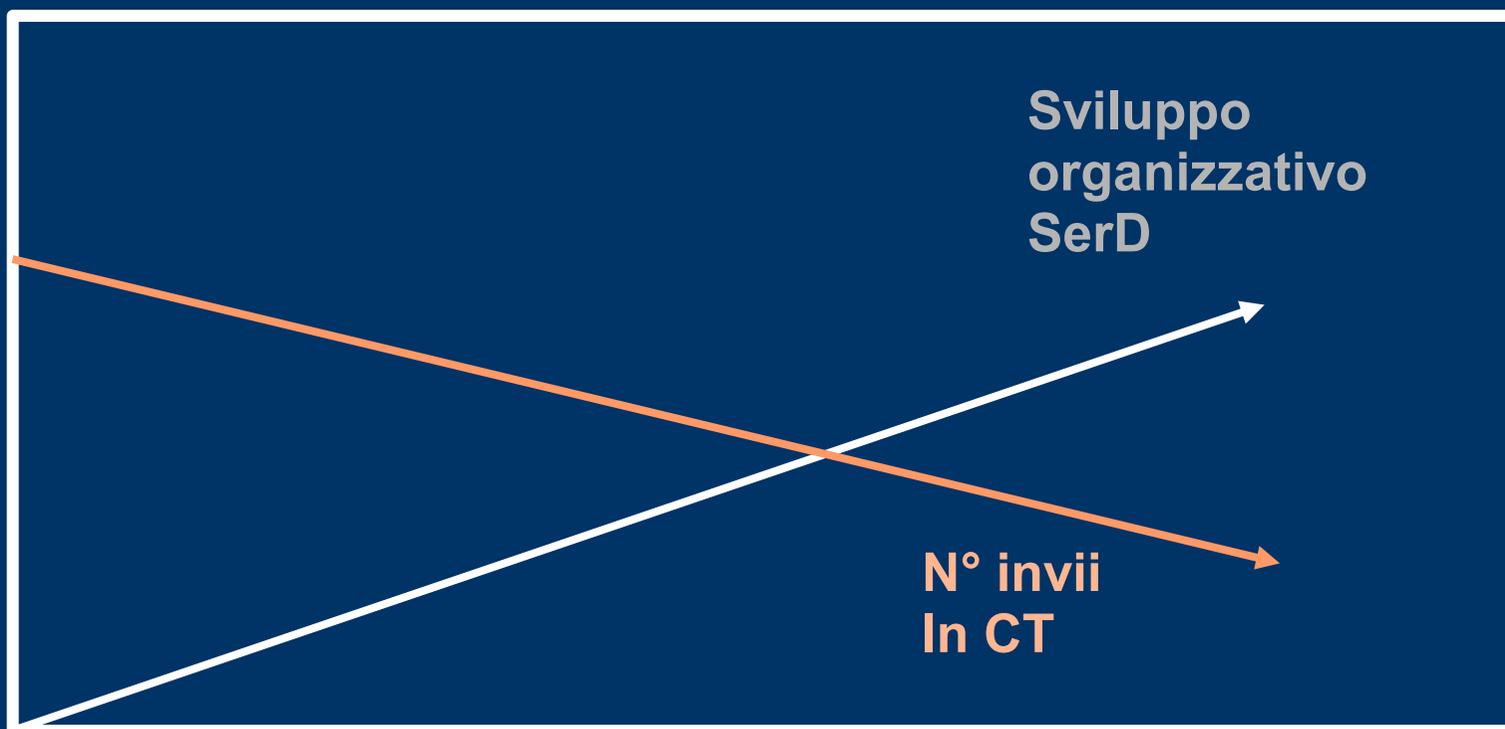
In Italia la quasi totalità delle strutture è gestita dal privato sociale, pochissime le comunità pubbliche

Si stima che circa il 33% del budget dei servizi pubblici per le dipendenze sia investito in interventi residenziali

Le motivazioni dell'invio in CT sono mutate nel tempo: **bisogni complessi** che richiedono risposte specialistiche intensive e strutturate sulle 24 ore. Oppure risposte residenziali protette per persone con **problematiche sociosanitarie croniche** e ridotta autonomia.

## *evoluzione del bisogno di comunità*

Sappiamo che organizzazione e risorse dei SerD sono molto disomogenei. Possiamo dire che, in linea tendenziale, quando il SerD è in grado di offrire risposte sociosanitarie articolate a livello territoriale gli invii in strutture comunitarie si riducono di n° e si concentrano su situazioni complesse o con bisogni specifici.



## *trasformazione dei percorsi e dei servizi residenziali*

- La normativa sull'accreditamento richiede standard funzionali e organizzativi certi e coerenti con le evidenze scientifiche e le buone prassi in materia di cura e riabilitazione. Non sono più accettabili proposte “ideologiche” o che rispondono solo ad istanze di “contenimento”.
- Il trattamento delle diverse forme di DUS necessita di una offerta differenziata, a diversa intensità di cura, fino a risposte specialistiche.
- Il programma residenziale rappresenta una fase del progetto di cura personalizzato e va gestito secondo una logica territoriale di continuità assistenziale.
- Il SerD ha la regia del progetto terapeutico riabilitativo individualizzato (PTRI).

## *delega o integrazione?*

Ancora oggi, per diversi motivi, nello svolgimento dei programmi residenziali vi è una carente integrazione/collaborazione. Questo interferisce sulla possibilità di personalizzare il progetto di cura e di garantire continuità e coerenza di intervento.

### **Servizio SerD**

- programma terapeutico-riabilitativo concepito per fasi separate
- delega alla comunità
- organizzazione che non prevede “visite domiciliari” c/o la C e percorsi di continuità assistenziale
- carenza di risorse di personale
- lontananza dalla CT

### **Struttura residenziale**

- modello di intervento “rigido” predefinito
- scarsa osmosi con il territorio
- carenza di risorse di personale per attività di accompagnamento esterno
- lontananza dal SerD

**PROVVEDIMENTO 5 agosto 1999**

*(pubbl. sulla G.U. n. 231 del 1 ottobre 1999)*

**Schema di atto di intesa Stato-regioni, su proposta dei Ministri della sanità e per la solidarietà sociale, recante: "Determinazione dei requisiti minimi standard per l'autorizzazione al funzionamento e per l'accreditamento dei servizi privati di assistenza alle persone dipendenti da sostanze di abuso". (Repertorio atti n. 740).**

La ricchezza e la diversità del patrimonio culturale sviluppato dal privato sociale ha condotto alla definizione di un sistema di servizi in cui enti pubblici ed enti ed associazioni private concorrono al perseguimento di finalità comuni, ciascuno secondo le proprie specifiche vocazioni istituzionali e competenze.

Il presente atto d'intesa oltre a ridefinire i requisiti minimi per l'autorizzazione al funzionamento introduce le regole generali per l'accreditamento (ai sensi del decreto legislativo n. 502/1992) dei servizi già autorizzati al funzionamento.

Vengono, successivamente, definite le linee di indirizzo sulla base delle quali le regioni stabiliscono i criteri e gli standard qualitativi per l'accreditamento degli enti o associazioni gestori di servizi sanitari o di servizi sociali a cui sia riconosciuto un rilievo sanitario; l'accreditamento costituisce requisito preliminare per l'instaurarsi di rapporti contrattuali ed economici fra gli enti e le associazioni e le aziende del S.S.N. per l'acquisto di prestazioni sanitarie nei confronti di persone tossicodipendenti. Al fine dell'accreditamento vengono definite aree di prestazioni acquistabili (e non più tipologie), in base al programma complessivo proposto dall'ente.

In ogni caso la predisposizione di qualunque intervento viene subordinata alla preliminare valutazione diagnostica multidisciplinare (medica, psicologica, sociale) delle condizioni psicofisiche e dei bisogni della persona nella consapevolezza degli obiettivi, dei programmi e dei tempi di attuazione degli stessi.

Art. 10.

*Aree dei servizi*

Al fine dell'accreditamento, i servizi offerti dagli enti o associazioni che intendono accedere all'accreditamento, sono raggruppati nelle seguenti aree di prestazione, in base al programma complessivo:

- 1) servizi di accoglienza;
- 2) servizi terapeutico-riabilitativi;
- 3) servizi di trattamento specialistici;
- 4) servizi pedagogico-riabilitativi;
- 5) servizi di tipo multidisciplinare integrato.

L'accesso ai servizi di cui agli articoli 12, 13 e 14 avviene previa valutazione diagnostica multidisciplinare (medica, psicologica e sociale) da parte del servizio pubblico o dei servizi accreditati a tal fine ritenuti idonei dalla regione, nei limiti dei posti programmati, nelle medesime aree, dalle aziende.

Gli enti gestori accreditati partecipano alla programmazione degli interventi regionali e alla verifica dei risultati conseguiti dalle singole strutture accreditate nell'ambito di appositi organismi consultivi misti pubblico-privato, da costituirsi presso le singole amministrazioni regionali.

Progetto realizzato dall'Istituto di  
ologia Clinica (CNR- IFC) in  
aborazione con l'Istituto di Linguistica  
nputazionale (CNR-ILC) del Consiglio  
ionale delle Ricerche



### **Accreditamento e tariffe delle strutture semiresidenziali e residenziali:**

- eterogeneità tra Regioni per organizzazione offerta e contenuti della proposta di cura
- differenze dovute alla diversità del sistema di assistenza (90 criteri per stabilire le tariffe della residenzialità e 20 per quelle della semiresidenzialità)
- presenza di un'offerta specifica/specialistica non uniforme, con tariffe che variano da 80 a 150 euro (doppia DG, donne in gravidanza o con figli minori, minori, gestione crisi, osservazione/valutazione diagnostica/orientamento)

## 3 macro-categorie di strutture semiresidenziali e residenziali

### 1. Strutture di prima accoglienza:

- presenti in quasi tutte le regioni
- rette da 68 a 90 €

### 2. Strutture terapeutico-riabilitative:

- presenti in tutte le regioni
- retta media di 65 € (da 42 a 85 €), se specialistiche da 80 a 150 €
- anche semiresidenziali (apertura di 4-8 ore al giorno, retta da 20 a 80 €)

### 3. Strutture pedagogico-riabilitative:

- presenti in tutte le regioni
- offerta molto diversificata
- retta delle residenziali da 35 a 54 €, retta delle semiresidenziali da 24 a 40 €

PROGETTO

# STATUS QUO

per la ricognizione dei bisogni e  
degli assetti regionali nell'area  
delle dipendenze patologiche

**Tab. 1.1. Tariffe (minime e massime) adottate nelle Regioni per le strutture residenziali e semiresidenziali nel settore delle dipendenze**

<b>Regioni e Prov. Autonome</b>	<b>Strutture semiresidenziali</b>	<b>Strutture residenziali</b>
<b>Abruzzo</b>	Da € 30 a € 40 + IVA	Da € 40 a € 120 + IVA
<b>Calabria</b>	Da € 39,81 a € 50,76	Da € 63,04 a € 73,99
<b>Campania</b>	Da € 24 a € 41	Da € 54 a € 67
<b>Emilia Romagna</b>	Da € 37,84 a € 55,18	Da € 54,75 a € 133,71
<b>Friuli Venezia Giulia</b>	€ 71	Da € 59 a € 143
<b>Lazio</b>	Da € 36 a € 41	Da € 59 a € 65
<b>Liguria</b>	Da € 28,40 a € 52,84	Da € 35,69 a € 135,05
<b>Lombardia</b>	Da € 26,60 a € 36,30	Da € 51,70 a € 68,50
<b>Marche</b>	Da € 20 a € 55	Da € 55 a € 112,06
<b>Molise</b>	Da € 42,00 a € 111,00	-
<b>Piemonte</b>	Da € 35 a € 45	Da € 62 a € 150
<b>Puglia</b>	Da € 34,37 a € 80,39	Da € 51,85 a € 125,91
<b>Sardegna</b>	Da € 41 a € 59	Da € 65 a € 92
<b>Toscana</b>	Da € 41,34 a € 59,91	Da € 56,68 a € 150,00
<b>PA Trento</b>		€ 100
<b>Umbria</b>	Da € 29,95 a € 40,80	Da € 45,34 a € 88,57
<b>Valle d'Aosta</b>	€ 35	Da € 70,86 a 135,38
<b>Veneto</b>	€ 53	Da € 53,00 a € 85,00

**Tabella 5.1.5 - Numero assoluto delle strutture residenziali e semi-residenziali per le dipendenze**

	Strutture residenziali ospedaliere		Comunità terapeutiche residenziali		Comunità terapeutiche semi-residenziali/ diurne	
	Pubbliche	Private	Pubbliche	Private	Pubbliche	Private
Piemonte		1	4	35	2	5
Valle d'Aosta				3		
Lombardia				71		14
Liguria				14		1
PA Bolzano		1		2		
PA Trento				4		
Veneto	1	3	3	45		15
Friuli Venezia Giulia			2	3	1	1
Emilia Romagna				62	3	
Toscana			10	40	1	8
Umbria			1	18	3	2
Marche	1	3	1	22	4	4
Lazio				25		6
Abruzzo				13	1	2
Molise						
Campania			1	18	4	4
Puglia				25		3
Basilicata	1			6		2
Calabria				22		7
Sicilia *				7		
Sardegna			1	14		
<b>ITALIA</b>	<b>3</b>	<b>8</b>	<b>23</b>	<b>449</b>	<b>19</b>	<b>74</b>

\*: le informazioni si riferiscono solo alle ASL di Ragusa e Trapani

**Tabella 5.1.7 - Numero assoluto delle strutture specialistiche per le dipendenze**

	Comunità per minori con problematiche droga-correlate	Comunità per genitori tossicodipendenti con figli		Comunità per comorbilità psichiatriche		Altre strutture residenziali	
	Private	Pubbliche	Private	Pubbliche	Private	Pubbliche	Private
Piemonte	1		2		8		27
Valle d'Aosta							
Lombardia			6		22		2
Liguria			1		3		
PA Bolzano					2	2	
PA Trento							
Veneto	1		3		2		
Friuli Venezia Giulia					3	2	
Emilia Romagna							
Toscana	1	1	1	1	3		
Umbria			1		6		
Marche	2		1		2	6	
Lazio				2	4		
Abruzzo							
Molise							
Campania							6
Puglia	3				1		
Basilicata					1		
Calabria							
Sicilia*							
Sardegna	2		2		3		
<b>ITALIA</b>	<b>10</b>	<b>1</b>	<b>17</b>	<b>3</b>	<b>60</b>	<b>10</b>	<b>35</b>

\*: le informazioni si riferiscono solo alle ASL di Ragusa e Trapani

**Tabella 5.2.2 – Numero personale operante nei SerD per profilo professionale**

	N. operatori						
	Medici	Infermieri	Psicologi	Assistenti sociali	Educatori	Amministrativi	Altro
Piemonte	156	182	99	88	148	37	31
Valle d'Aosta	2	5	5	3	6	3	0
Lombardia	224	251	177	180	113	58	26
Liguria	45	98	25	29	13	9	12
PA Bolzano	8	18	56	10	2	5	6
PA Trento	8	8		6	6	3	2
Veneto	80	122	55	56	77	18	32
Friuli Venezia Giulia	38	95	26	29	16	8	15
Emilia Romagna	105	178	53	71	107	6	30
Toscana	118	142	45	54	44	2	13
Umbria	26	41	19	13	4	2	0
Marche	48	58	26	28	2	10	15
Lazio	125	198	90	65	6	12	7
Abruzzo	28	31	16	17	7	5	5
Molise	---	---	---	---	---	---	---
Campania	144	163	83	74	8	20	48
Puglia	92	139	78	79	34	23	23
Basilicata	8	15	5	5	4	2	2
Calabria	41	41	17	18	5	9	30
Sicilia	124	140	83	57	10	17	62
Sardegna	58	75	35	16	12	12	11
<b>ITALIA</b>	<b>1.478</b>	<b>2.000</b>	<b>993</b>	<b>898</b>	<b>624</b>	<b>261</b>	<b>370</b>

# *quali sono questi bisogni complessi?*

Bisogni che non trovano una risposta appropriata in un programma territoriale: criterio di gravità (risposta a media-alta-altissima intensità) e/o di specificità di bisogno:

1. Situazioni di crisi
2. Comorbilità psichiatrica
3. Problematiche specifiche “di genere”
4. Problematiche di giustizia/Esecuzione penale esterna
5. Minori e giovani adulti (under 25)
6. Problematiche complesse di polidipendenza (cocaina, alcol, BDZ, dip. comportamentali)
7. Problematiche sociosanitarie croniche evolutive

# 1. gestione di situazioni/fasi critiche

- di natura internistica (intossicazioni, eventi avversi, infezioni) o di natura psichiatrica (stati confusionali e agitazione, sintomi produttivi o negativi, autolesionismo), che richiedono osservazione o ricovero in ospedale
- grave craving, comportamenti a rischio, ricadute, con accessi ripetuti PS, inadeguatezza contesto familiare

**Il programma residenziale consente di gestire il post ricovero, stabilizzare la sintomatologia, approfondire la valutazione diagnostica, sviluppare consapevolezza, motivazione e collaborazione al trattamento.**

**Accoglienza, contenimento emotivo e relazionale, protezione da possibili rischi (craving, autolesionismo, illegalità, incidenti), trattamento farmacologico e psico-educativo. Programmi più brevi.**



## 2. *comorbilità psichiatrica*

- ★ Il termine di “doppia diagnosi” (coniato da psichiatri USA negli anni '90) può essere utile solo per intendersi velocemente tra addetti ai lavori. Non corretto per rappresentare sul piano clinico e soggettivo la complessità del quadro psicopatologico.
- ★ Epidemiologia variabile (dal 20% al 60%), in quanto mancano dati certi.
- ★ Risposta residenziale per:
  - situazioni di adolescenti o adulti in cui il DUS si accompagna a sintomi psicopatologici associati a grave compromissione del funzionamento sociale, familiare, scolastico o lavorativo;
  - situazioni che richiedono una risposta più lunga e strutturata sulle 24 ore, anche per prevenire cronicizzazione, possibili rischi aggiuntivi (incolumità, giustizia....)
- ★ Programma che richiede forte integrazione SerD/DSM/struttura residenziale, per definire gli obb del percorso, per gestire il trattamento farmacologico e riabilitativo.

### *3. problematiche specifiche di genere*

Sono ancora pochissime le strutture specialistiche competenti:

- in aumento situazioni di abuso e maltrattamento, anche nelle adolescenti
- problemi psicopatologici e di vissuto personale peculiari e di grande complessità (esperienze traumatiche e stressanti, giudizio sociale, vissuto di vergogna e indegnità, solitudine, ...), precedenti e/o conseguenti alla dipendenza
- problematiche sessuali (di identità sex, di rapporto col corpo, esperienze di prostituzione)
- distruttività più spesso auto-diretta che etero-diretta (minor tasso di criminalità e di problematiche di giustizia)
- tematiche della gravidanza, maternità, genitorialità

## 4. problematiche di giustizia

Il 30% della popolazione carceraria (53.619 al 31/7/20) è composta da detenuti per reati connessi alla disciplina degli stupefacenti, per la quasi totalità di genere maschile.

Affidamento in prova al servizio sociale (dati fino al 15/8/20):

- 1.360 dallo stato di libertà
- 3.324 dallo stato di detenzione
- 476 da detenzione/arresti domiciliari

Il programma in comunità viene in molti casi considerato preferibile dal magistrato in quanto più strutturato di quello ambulatoriale in caso di MA.

Sono programmi di lunghezza variabile, che prevedono stretta collaborazione tra SerD e Servizi del Ministero della Giustizia, che spesso devono “fare i conti” con problemi di motivazione reale al cambiamento. Criticità legate al binomio cura-controllo.

## *5. minori e giovani (under 25)*

Il consumo di sostanze rappresenta uno tra i comportamenti sperimentativi degli adolescenti.

Consumi rischiosi e dipendenze giovanili sono in aumento.

Solo il 10% dell'utenza globale dei SerD, che stanno sperimentando servizi/risposte dedicate per assicurare la presa in carico precoce ed intercettare il bisogno sommerso che altrimenti non emergerebbe.

In aumento i minori in carico ai Servizi Sociali della Giustizia Minorile per reati droga-correlati.

Target di utenza che richiede un approccio specialistico ed integrato con i servizi per l'età evolutiva (in primis per i minorenni).

Molte situazioni di assunzioni a rischio o di dipendenza sono complicate da comorbilità, gravi disfunzionalità sociali, familiari, scolastiche.

La divisione tra comunità terapeutiche ed educative non ha significato alla luce dei bisogni di questi, in quanto il programma dovrebbe offrire un'esperienza educativa, di crescita e al tempo stesso terapeutica.

**POCHISSIME STRUTTURE DISPONIBILI.**

**Impossibile assicurare la presa in carico integrata territoriale ed il lavoro con la famiglia.**

## *6. programmi di disintossicazione complessi per polidipendenza*

Strutture pubbliche e private che propongono programmi molto strutturati, a rilevante componente sanitaria, per trattare quadri sintomatologici e psicopatologici derivanti da assunzione di più sostanze e/o da compresenza di dipendenza comportamentale.

Presenti alcune **comunità alcoliche**, spesso originate da strutture di tipo ospedaliero quanto sono pubbliche.

Nel panorama nazionale stanno aumentando proposte di residenzialità dedicate a **programmi specialistici per la disintossicazione** da farmaci (benzodiazepine, pain killer) e/o da sostanze specifiche (cocaina).

## *7. problematiche socio-sanitarie croniche evolutive*

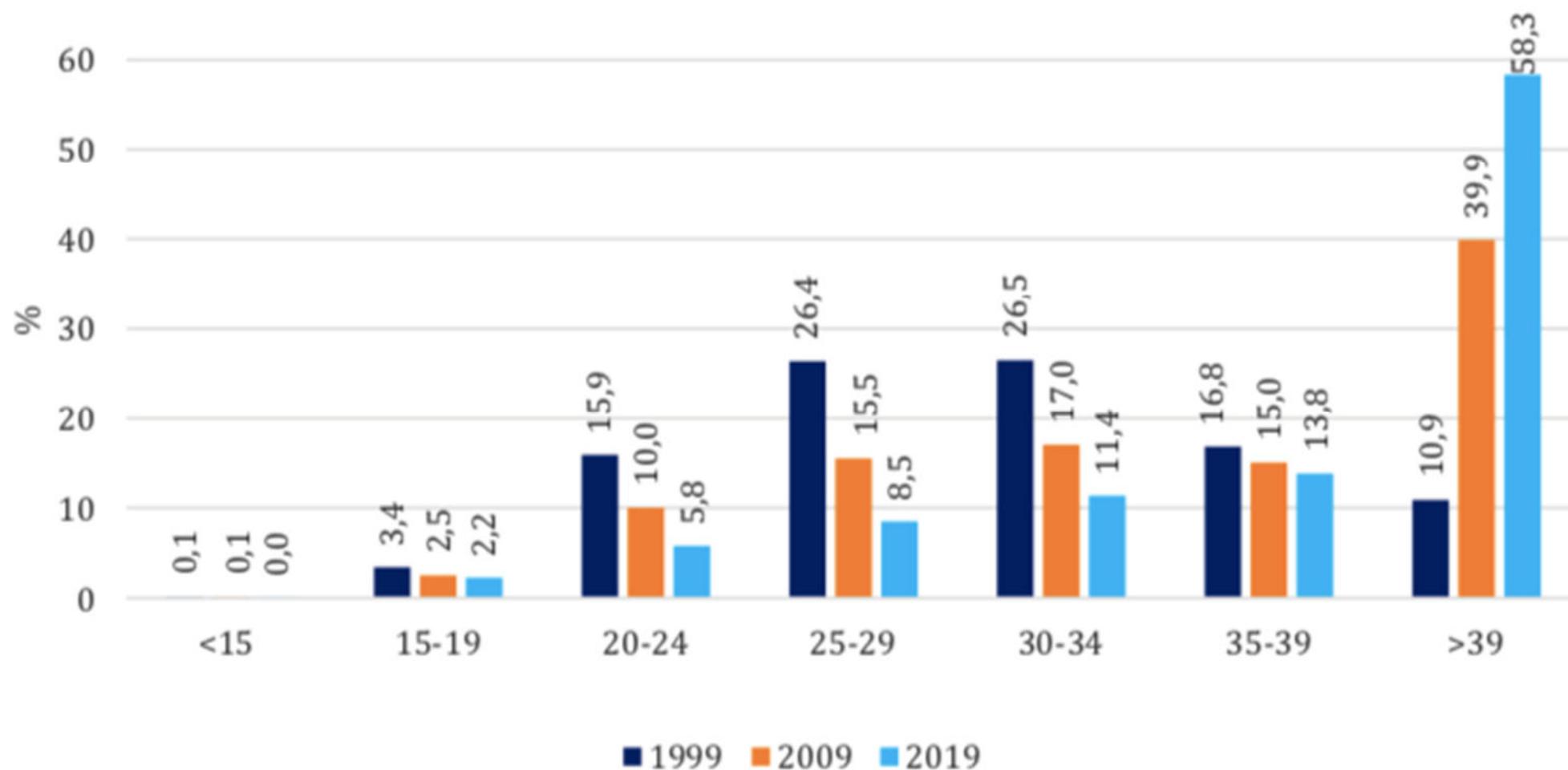
I servizi rilevano un aumento delle persone in carico over 50 che presentano problematiche sociosanitarie croniche con conseguente riduzione del livello di autonomia (DUS, deficit neurocognitivi, comorbidità di tipo organico, marginalità sociale, assenza di contesto familiare, problemi economici).

In assenza di un contesto familiare supportivo e/o di condizioni economiche adeguate, questi utenti necessiterebbero di programmi di residenzialità assistita/protetta, di co-housing, housing-first, caratterizzati da lunga durata e bassa intensità assistenziale, approccio di RDD.

La rete dei servizi attualmente non è in grado di affrontare adeguatamente tali situazioni (persone non ospitabili in CT e in residenze per over 65).

Esigenza di progetti innovativi in partnership con gli Enti Locali ed il terzo settore. Sperimentazione del budget di salute individuali, risorse FAP, per pagare forme di residenzialità diverse dalla CT.

**Figura 6.1.3 - Distribuzione temporale degli utenti in carico per classe di età**



Fonte: SIND - Anni 1999-2009-2019

## *valutazioni su offerta ed esito*

Il tema della valutazione di efficacia delle diverse attività e degli esiti è centrale nella nostra operatività.

La spesa per gli inserimenti in comunità terapeutiche rappresenta circa un terzo del budget per le attività terapeutico-riabilitative dei servizi pubblici.

Sono ancora troppo pochi gli studi di settore che hanno valutato la qualità e l'efficacia dei programmi residenziali.

Responsabilità dell'intero sistema dei servizi pubblico-privati di proporre studi multicentrici indispensabili per monitorare e modificare *in progress* l'offerta.

Tavoli tecnici regionali di programmazione integrata.

Gli enti gestori accreditati partecipano alla programmazione degli interventi regionali e alla verifica dei risultati conseguiti dalle singole strutture accreditate nell'ambito di appositi organismi consultivi misti pubblico-privato, da costituirsi presso le singole amministrazioni regionali.

# *evolvere i sistemi di offerta*

Rendere meno eterogenea l'offerta nazionale, specie dei programmi semiresidenziali e residenziali specialistici.

Investire sulle risorse dei SerD. In questi anni si è assistito ad una forte riduzione del personale dovuto principalmente al mancato turnover, con invecchiamento del personale SerD. Questo pregiudica la possibilità di innovazione e riorganizzazione dell'offerta.

Programmazione multilivello coordinata per garantire l'equità della cura a livello nazionale (Piano d'azione nazionale, linee guida nazionali, tavolo di lavoro inter-istituzionale, Accordi Stato-Regioni)

Accreditamento e requisiti essenziali. È urgente la necessità di individuare criteri condivisi su accreditamento, requisiti essenziali e standard di personale e strutturali

# *conclusioni*

1. I programmi di tipo residenziale e semiresidenziale sono parte integrante ed essenziale dell'offerta di cura del sistema integrato dei servizi.
2. Il programma residenziale deve essere fortemente integrato tra SerD e Comunità, per garantire continuità di cura e coerenza, con regia del SerD
3. Il bisogno è mutato e si sta caratterizzando per:
  - situazioni complesse, che richiedono programmi specialistici a diversa intensità, diurni o h24, personalizzati e flessibili, di durata variabile
  - situazioni di cronicità con ridotta autonomia, che necessitano di risposte residenziali/abitative protette, co-housing assistito, a bassa intensità e lunga durata, che non rientrano nel modello di CT;
4. L'offerta quali-quantitativa di residenzialità deve essere in linea con i bisogni dei territori: programmazione e innovazione partecipata ai tavoli regionali

## *conclusioni - 2*

5. Le problematiche dei consumatori adolescenti o giovani adulti richiedono una riformulazione dell'approccio: non separazione tra strutture educative e terapeutiche, ma approccio integrato psicoeducativo e terapeutico
6. E' necessario sperimentare nuovi strumenti di lavoro in partnership con il terzo settore, i servizi del territorio (es. budget di salute individualizzato) e superare il meccanismo delle rette
7. Grave disomogeneità nord-sud per quanto riguarda le strutture residenziali specialistiche
8. Eterogeneità tra Regioni sull'organizzazione dell'offerta e sui contenuti della proposta di cura
9. Necessità di studi e ricerche di valutazione di efficacia ed esito.

**GRAZIE PER  
L'ATTENZIONE**

roberta.balestra@asuigi.sanita.fvg.it

cell. 3482565708