

SERT previsti: 28 - SERT funzionanti 44; utenti in carico: 8979

Personale previsto: - 603 Effettivamente impegnato: 450

Strutture semiresidenziali pubbliche n. 10; 100 utenti; 50 operatori.

Strutture residenziali pubbliche n. 4; 50 utenti; 30 operatori

Strutture residenziali private n. 64; 1343 utenti; 220 operatori

Strutture semiresidenziali private n. 14; 250 utenti; 75 operatori

Spesa per le rette:

anno 1996: lire 21.660.029.489

Atto d'intesa con Ministero di Grazia e Giustizia

Delibera 4043/95, che istituisce convenzioni con DAP e Direttori Istituti Penitenziari

Strutture a custodia attenuata: 1, presso l'istituto di Rimini

Al 31.12.1996 erano presenti negli istituti penitenziari 1008 detenuti dichiaratisi tossicodipendenti.

Nel corso dell'anno sono stati seguiti dai SERT emiliano-romagnoli 1.000 soggetti ristretti.

Sistema informativo

In tutti i SERT dell'Emilia-Romagna il sistema informativo è centrato sulla cartella informatizzata, entrata in uso nel 1993 ed aggiornata nel 1996. Con questo strumento è possibile monitorare gli utenti in carico ai Servizi, i programmi terapeutici per loro intrapresi, le attività svolte. La cartella informatizzata sarà estesa nel corso dell'anno anche agli Enti Ausiliari del territorio regionale. In ogni SERT capoluogo di provincia è attivo l'Osservatorio Provinciale Tossicodipendenze. Presso la Regione, Ufficio Tossicodipendenze, opera l'Osservatorio Regionale Tossicodipendenze.

Attuazione e risultati iniziative finanziate dal fondo nazionale

Nel 1996 si sono svolte le seguenti iniziative:

- "La Clinica delle Tossicomanie: La Psicoterapia coi tossicomani" rivolto a 40 operatori dei SERT, biennale, cadenza quindicinale.
- "La Clinica delle Tossicomanie: Il trattamento farmacologico" rivolto a 40 operatori dei SERT, biennale, cadenza quindicinale.
- Seminario sul "Sistema dei Servizi" rivolto a 100 responsabili dei SERT e degli Enti Ausiliari, 14.15 dicembre 1996

- Supervisione sulle tematiche della prevenzione primaria con la Prof.ssa Francescato, rivolto a 30 operatori dei SERT, 6 incontri nel corso dell'anno.
- Seminario sulla valutazione degli interventi, rivolto a 70 operatori dei SERT, 25.26 novembre 1996
- Seminario sulla valutazione degli interventi, rivolto a 60 operatori degli Enti Ausiliari, 4.5 novembre 1996
- Seminario sulle tematiche sociali ed educative, rivolto a 60 operatori dei SERT, 17/19.4.96 e 20/22.4.96
- Corso di formazione per operatori sanitari rivolto a 60 operatori dei SERT, 6 incontri nel corso dell'anno (maggio/ottobre)
- Conferenza Internazionale "Ecstasy e sostanze psichedeliche" - Bologna, 18-19 novembre 1996
- Formazione équipe SERT: in ogni SERT si sono svolti corsi di formazione e supervisione in cui sono stati coinvolti tutti gli operatori.

Problemi generali aperti e proposte migliorative

Necessità di addivenire ad una distinzione tra Fondo Sanitario e Sociale nel campo della tossicodipendenza. Revisione dell'atto d'intesa più aderente ai bisogni ed alle strutture oggi operanti, all'interno del Sistema dei Servizi.

Regione Lazio

Quadro Normativo Regionale

La Regione Lazio non ha adottato una propria legge per l'istituzione dei Ser.T ma ha dato attuazione al DM 444/90 ridefinendo così le strutture funzionali dei servizi per le tossicodipendenze.

I Ser.T sono stati adeguati nella quasi totalità utilizzando gli strumenti normativi nazionali.

La Regione Lazio non ha ancora definito il Piano Sanitario Regionale ha quindi dato attuazione alle disposizioni dei D.D. leg.vi 502/92 e 517/93 recependo le leggi regionali 18/94 e 19/94. Con la delibera di Giunta regionale del 13 Aprile 1995 n. 3140 sono state impartite disposizioni per l'organizzazione e il funzionamento delle aziende unità sanitarie locali e delle aziende Ospedaliere. Non è stato elaborato alcun progetto obiettivo specifico per il settore.

Con deliberazione di G.R. n. 7731 del 13.10.93 è stato recepito l'atto d'intesa tra Stato e regioni per la definizione di criteri uniformi d'iscrizione agli albi degli Enti Ausiliari che gestiscono strutture di riabilitazione per tossicodipendenti di cui all'art. 116 del decreto del Presidente della repubblica n. 309/90. A livello regionale è stata recepita la normativa Nazionale Legge 11 Agosto 1991 n. 266 sul volontariato con L.R. n. 29 del 28.06.93 ed è stata recepita la legge quadro 381/91 sulle cooperative sociali con legge regionale n. 24/96.

MODELLO ORGANIZZATIVO

La Regione con delibera del 13.04.95 n. 3140 nel disporre direttive per l'organizzazione e il funzionamento delle Aziende Unità Sanitarie Locali e di quelle Ospedaliere non ha posto vincoli per l'organizzazione dei servizi per le tossicodipendenze, lasciando alle aziende stesse la possibilità, data la peculiarità tecnico-professionale dei servizi Ser.T, di organizzare i servizi medesimi secondo modelli dipartimentali con alcune funzioni centralizzate quali i compiti di programmazione gestione del budget economico, indirizzo e coordinamento, ed altre funzioni operative, decentrate a livello locale oppure di collocarli in ambiti distrettuali o interdistrettuali.

L'ipotesi dipartimentale è stata già attuata da parte di alcune aziende.

La Regione Lazio con propria deliberazione n. 597 del 18.02.97 ha approvato il progetto Dipartimento per il Disagio, la Devianza e le Dipendenze (Dipartimento 3D).

Per la sperimentazione triennale di tale Dipartimento è stata individuata l'azienda USL di Frosinone.

Data l'importanza che il progetto riveste si ritiene opportuno fornire una analitica descrizione.

I Ser.T previsti nella regione sono 51 di cui 4 non funzionanti. Il personale previsto, in base agli organici di cui al DM 444/90 è di circa 900 unità ed il personale effettivamente in servizio è di circa 500 unità e rappresenta quindi il 55% sul totale delle dotazioni, tuttavia i servizi risultano pertanto in rapporto all'utenza territoriale e quella derivante dagli istituti di pena oltre modo carenti ivi compresi i Ser.T ad alta utenza.

Il problema delle carenze di personale è dovuto al concatenarsi di norme sempre più restrittive per le assunzioni, ivi comprese le disposizioni relative all'accesso in ruolo del personale sanitario (medici e psicologi) dell'ex 9° livello. La mobilità non ha prodotto alcun beneficio per i Ser.T, anzi in molti casi, ha avuto effetti deleteri in quanto alcuni profili professionali hanno utilizzato tale strumento per transitare in altri servizi o per passare da servizi periferici a quelli urbani.

Sono funzionanti due strutture semiresidenziali pubbliche strutturate come centri diurni e di accoglienza.

L'Albo regionale degli Enti Ausiliari è stato aggiornato sia in base alle disposizioni della legislazione regionale che all'atto di intesa Stato e regioni (D.M. 19.02.1993), integralmente recepito dalla Regione Lazio.

Con decreto del Presidente della Giunta sono state iscritte all'Albo 32 sedi operative che possono raccogliere in regime residenziale 526 unità e 386 in regime semiresidenziale.

In particolare nell'area pedagogico-riabilitativa sono state riconosciute 26 sedi e 3 sedi nell'area terapeutico-riabilitativa, queste ultime offrono 64 posti in regime residenziale.

Alcuni Enti riservano posti in regime residenziale per programmi terapeutici a favore di soggetti che possono fruire di misure alternative alla detenzione o agli arresti domiciliari.

Va sottolineato che alcuni Enti propongono anche programmi di intervento per minori ed adolescenti per un totale di 45 unità, di cui 6 per le misure alternative.

INTERVENTI NELLE STRUTTURE PENITENZIARIE

Per ciò che attiene il protocollo di intesa: "Interventi nel carcere" sottoscritto dal Ministero di Grazia e Giustizia e la Regione in data 18.04.94, pubblicato sul BUR del 30.05.95, la Giunta regionale ha adottato anche un provvedimento per gli interventi sanitari nelle strutture carcerarie, ivi compresi quelli derivanti delle disposizioni del DPR 309/90, Delibera della Giunta regionale 11.05.94 n. 2677 (BUR del 30.08.1994 n. 24) e relativi protocolli tecnici.

Le Aziende UU.SS.LL., dopo ripetuti solleciti da parte della Regione, hanno iniziato a stipulare le convenzioni con gli istituti di pena. Ad oggi sono a noi pervenute 9 convenzioni e sono in via di perfezionamento le rimanenti. Gli interventi previsti in campo sanitario, riguardano tutta la popolazione carceraria oltre i tossicodipendenti ed alcolisti.

Le difficoltà di garantire un adeguato intervento rispetto al numero dei detenuti tossicodipendenti e/o alcolisti deriva unicamente dalla carenza degli organici dei Ser.T, in quanto, come già detto, il blocco delle assunzioni ne ha impedito i necessari adeguamenti.

I dati, pervenuti all'Osservatorio vengono elaborati 2 volte l'anno, nella prima stesura vengono presi in considerazione quelli relativi all'utenza nel I semestre, nella II i dati di tutto l'anno.

STRATEGIE ADOTTATE

Il Consiglio regionale del Lazio ha approvato con Delibera n. 810/93 un programma Integrato di riduzione del Danno per i tossicodipendenti a Roma per la durata di due anni.

Tale programma era destinato ai tossicodipendenti che non si rivolgono alle strutture esistenti o che abbandonano tali strutture ed era finalizzato alla riduzione dei danni associati all'uso di droghe per via endovenosa.

Nel 1996 il Consiglio regionale con delibera n. 220 del 11.09.96 ha emanato le linee di indirizzo alle aziende UU.SS.LL. in tema di riduzione del danno.

In sintesi le Aziende UU.SS.LL. dovrebbero poter garantire, attraverso servizi pubblici e privati talune prestazioni minime es. Unità di strada, trattamenti con farmaci sostitutivi, distribuzione profilattici, scambio di siringhe, interventi sanitari, educazione sanitaria, sale di ritrovo diurno, centri crisi, interventi Centri residenziali e semiresidenziali per "storici", interventi socio-assistenziali e di I accoglienza, prevenzione delle cause di morte.

PROGETTI FINANZIATI CON IL FONDO NAZIONALE DI INTERVENTO PER LA LOTTA ALLA DROGA

Dai finanziamenti relativi agli anni finanziari 1990, 1991, 1992 1993 è stato possibile utilizzare soltanto i fondi dei primi due anni, non essendo gli altri stati trasferiti alla Regione.

I fondi stanziati per l'anno 1991 sono stati interamente impegnati per una serie di corsi di formazione e di aggiornamento professionale del personale dei Ser.T e degli Enti Ausiliari coordinati dalla Associazione SAMAN, che sono terminati nel luglio 1996, rivolti ad operatori dei Ser.T e degli Enti Ausiliari, I corsi hanno sviluppato i seguenti temi:

- Sistemi di sorveglianza per le tossicodipendenze
- Metodologie organizzative per le Unità di strada
- Strategie e metodi di approccio per gli operatori impegnati in unità di prima accoglienza
- I servizi di assistenza per le tossicodipendenze, loro integrazioni, il sistema di rete
- Analisi del ruolo degli operatori dei Ser.T
- L'infezione HIV nei tossicodipendenti
- Strategie di intervento per la tossicodipendenza
- Epidemiologia delle tossicodipendenze

- Tossicodipendenza ed infezione HIV nelle carceri

I fondi stanziati per l'anno 1992 sono stati assegnati direttamente alle UU.SS.LL. del Lazio e agli Enti Ausiliari per la formazione del personale dei Ser.T e degli Enti Ausiliari nel campo della prevenzione dell'AIDS e dei programmi di riduzione del danno nei tossicodipendenti.

Una parte del finanziamento è stata utilizzata per organizzare un Corso di specializzazione in epidemiologia delle tossicodipendenze per operatori dei Ser.T e degli Enti Ausiliari;

Il corso ha durata biennale, ad oggi è stato completato il I anno di attività con lo svolgimento di tutti i moduli di epidemiologia e statistici di base.

Sono stati inoltre definiti i singoli progetti di ricerca assegnati ad ogni studente partecipante al corso.

LINEE ORGANIZZATIVE INSEDIAMENTO COMPRENSORIO 3D

Modello metodologico organizzativo

Il Dipartimento 3D, istituito con Delibera del Consiglio regionale del Lazio n. 597 del 16.01.97, costituisce un progetto pilota per il trattamento delle problematiche di Disagio Devianza Dipendenza.

La necessità di prevedere ed articolare un tale progetto sperimentale, monitorato dalla regione Lazio, nasce dalla constatazione di due principali fenomeni: da un lato il divulgarsi e l'ampliarsi di una condizione adolescenziale e giovanile "non protetta" che versa in situazione di rischio o di patologia (fenomeno questo che tende a minare i presupposti per uno sviluppo sano ed equilibrato di cospicua parte di una generazione); dall'altro la frammentarietà, la disomogeneità se non l'inesistenza di proposte operative e di risposte sociosanitarie (soprattutto locali e mirate) che contrastino tale tendenza disgregante.

Nelle dichiarazioni degli Organismi internazionali viene sempre più ribadita l'importanza di una politica sociosanitaria in favore della prevenzione e del trattamento globale delle condizioni di svantaggio e di rischio della popolazione giovanile, con particolare riguardo a tutte le situazioni facilitanti il diffondersi di stati di dipendenza e di devianza. A tal proposito, ad esempio il Programma delle Nazioni Unite sul Controllo Internazionale degli Stupefacenti e degli Psicofarmaci del 1996 specifica alcune misure particolari per l'articolazione di programmi di "riduzione della domanda". In una direzione analoga vanno le indicazioni della Comunità Europea, anche con il tentativo di censire e valutare le differenti iniziative intraprese in tal senso dai vari Stati membri nei singoli territori nazionali(EMCDDA).

Anche nella normativa italiana e, in particolare per quanto riguarda il nostro territorio le Linee guida della Regione Lazio, contenute nella Deliberazione n. 3140 del 13.03.95, raccomandano analoghi obiettivi di politica sociosanitaria.

Tali linee di indirizzo costituiscono il riferimento di base e lo spirito attivatore di tutta la programmazione e della configurazione organizzativa del Dipartimento 3D.

La globalità degli interventi costituisce il principio conduttore della progettazione del Dipartimento 3D: con tale globalità si intende la creazione di una rete di servizi e risorse, interagenti tra loro, che abbiano in comune una programmazione, un coordinamento e indirizzo ed una valutazione dei risultati ottenuti. Al fine di proporre un livello di servizi consoni a tali obiettivi, il Dipartimento 3D prevede la confluenza di tutte le risorse locali che operano nel medesimo campo e che si prefiggano mete comuni. Pertanto il Dipartimento 3D prevede l'integrazione tra pubblico e privato sociale che, nel rispetto delle singole competenze e specificità, operano in collaborazione ad ogni livello di intervento previsto. Questo punto, che rappresenta elemento peculiare di innovazione e sperimentazione del progetto, si prefigge di ottimizzare le risorse esistenti nel territorio, offrendo ad ognuna pari dignità in una politica di trasparenza reciproca. Si ritiene infatti che l'antagonismo che per lungo tempo ha contrapposto le azioni degli Enti pubblici a quelle degli Enti o Associazioni private sia stata anche determinata dalla difficoltà di confronti rigorosi, ma sereni e dalla difficoltà di riconoscere ad ogni agente di cambiamento sociale un suo specifico, utile, differenziato compito di intervento.

Predisporre una organizzazione dipartimentale che favorisca la capacità di utilizzare tutte le risorse disponibili, di ricercare le strategie ottimali, di verificare l'efficacia e l'efficienza delle singole azioni, ha comportato programmare un modello organizzativo dipartimentale che sia al tempo stesso strutturato e altamente flessibile. Tale modello del Dipartimento, si muove su linee progettuali in cui è prevista un'organizzazione a matrice degli interventi.

La matrice del Dipartimento 3D è articolare in un sistema di rete la cui il livello verticale è rappresentato da "Aree omogenee", ed il livello orizzontale da "Unità Organizzative". Le "Aree omogenee" elaborano gli obiettivi e le strategie di intervento, promuovono il coordinamento ed il confronto tra gli operatori offrendo supporti teorico-metodologici per il lavoro realizzato dalle singole "Unità Organizzative", che attuano attraverso azioni mirate i compiti prefissati. Le "Unità Organizzative" lavorano su progetti, si riferiscono a target di popolazione definita e sono composte a loro volta da "Unità operative" più specifiche che raggruppano singole équipe di lavoro e realizzano gli interventi operative.

Nel modello proposto particolare rilievo è dato alla possibilità di verifica metodologica degli interventi e della stessa struttura organizzative; per questo assume importanza centrale la fase di ricerca e di valutazione costante delle strategie e dei risultati clinici ottenuti. In questo ambito interagisce inoltre il compito di monitoraggio del Progetto Sperimentale del Dipartimento 3D, che la Regione Lazio svolgerà per i primi tre anni, al termine dei quali valuterà l'opportunità di estendere all'intero territorio regionale medesime metodologie organizzative e funzionali.

Ulteriore rilevanza viene data alla funzione di formazione permanente di tutti gli operatori, sia interni alla Azienda Sanitaria che Esterni del Privato Sociale o di altre Strutture collaboranti al Dipartimento. La funzione di formazione permanente non verrà svolta, in via prioritaria, tramite i consueti corso o seminari,

bensi attraverso il lavoro di programmazione, coordinamento, verifica promosse dalle Aree Omogenee del Dipartimento stesso.

Attualmente le attività Dipartimentali vengono svolte in diversi Centri del territorio della Provincia di Frosinone. Fermo restando la presenza capillare di Unità Operative Dipartimentali su tutto il territorio, nella prospettiva del miglioramento e piena realizzazione di tutte le attività previste dal Progetto, si è ritenuta opportuna l'individuazione di un "luogo fisico" centrale.

In conclusione, obiettivo prioritario che il Dipartimento 3D si pone è la riduzione del rischio e della patologia a Disagio, Devianza e Dipendenza attraverso capillari azioni sociosanitarie che incidano sulla cultura dei soggetti bersaglio e dei loro contesti di riferimento. Sono stati individuati singoli obiettivi per ogni progetto delle Unità Operative, esplicitati in indicatori di facile verifica.

Ulteriore obiettivo, su più larga scala, è poter offrire un contributo alla costruzione di una cultura comune europea che possa tradursi in metodologie ed interventi operativi e legislativi omogenei nell'ambito della Comunità Europea.

Per quanto sopra esplicitato si ritiene opportuna la possibilità che la Comunità Economica Europea offra attenzione al Progetto Pilota (o nelle modalità che la CEE riterrà più adeguate) per la sua particolare importanza nella sperimentazione di strategie e metodologie innovative in campo sociosanitario.

Regione Liguria

Quadro Normativo Regionale

A) Legge Regionale istituzione Ser.t. 22.1.1992 n. 5.

B) Piano Sanitario Regionale: in corso di predisposizione

C) Progetto Obiettivo specifico per il settore: pur non esistendo un progetto obiettivo specifico per il settore, si evidenzia che in data 7. 2. 1995 è stato adottato il Piano Triennale regionale per le tossicodipendenze per gli anni 1995 - 1997, il quale si propone i seguenti obiettivi:

- piena attuazione Ser.T. (istituzione del servizio Alcoolologico territoriale, potenziamento funzioni sociali del Ser.T., formazione del personale, miglioramento sedi, inserimento lavorativo dei tossicodipendenti)
- prosecuzione e sviluppo della cooperazione con gli Enti Ausiliari per le tossicodipendenze iscritti agli Albi regionali
- elaborazione di un sistema di raccolta ed elaborazione dati che consenta di costituire la base di una attività di prevenzione scientificamente fondata;
- avvio e prosecuzione nell'arco degli anni di una attività di riduzione del rischio e minimizzazione del danno tra tossicodipendenti e di prevenzione dell'infezione da HIV;
- creazione di strutture di ricovero per disintossicazione di soggetti per i quali non sia appropriato il ricovero in ospedale civile. Istituzione di un centro per la disintossicazione e di un centro per il trattamento di soggetti con "Doppia diagnosi";

D) Albo Enti Ausiliari per le tossicodipendenze: Deliberazione G.R. n. 5426 del 12. 11. 1993, con la quale è stato recepito l'atto di intesa Stato e Regioni D.M.S.19. 2. 1993, Deliberazione della Giunta Regionale n. 3920 del 22. 11. 1996, con la quale sono state fornite le indicazioni sulle modalità di iscrizione, tenuta e funzionamento dell'Albo Regionale previsto dall'art. 8 della L.R. n. 14 del 12. 3. 1984 e successive modificazioni e integrazioni, nonché sugli eventuali rapporti convenzionali tra le UU.SS.LL. e i soggetti iscritti all'Albo medesimo.

E) Cooperative Sociali: L.R. n. 23 del 1.6.1993 (Norme di attuazione per la promozione e lo sviluppo delle Cooperative sociali), L.R. n.7 del 30.1.1995 (Norme per il finanziamento della L.R. n.23/93)

F) Volontariato: L.R. n.15 del 28.5.1992

MODELLO ORGANIZZATIVO

G) Ai sensi dell'art. 1 della L.R. n. 5 del 28.1.1992, il Ser.T. è una struttura organizzativa a carattere interdisciplinare, istituita e resa operativa presso ogni U.S.L.. Ai sensi della L.R. n.42 del 8.8.1994, è una unità operativa dell'area dipartimentale "attività di assistenza sanitaria, socio-sanitaria e di riabilitazione". Si articola

in ogni U.S.L., in una sede centrale con funzioni di direzione amministrativa e in sedi operative territoriali, a seconda del bacino di utenza della U.S.L. cui afferisce.

- Ser.T. previsti: 5, operanti 5, con 15 sedi operative;
- Personale previsto: 350 unità; effettivamente impegnato: 215 unità;
- Strutture semiresidenziali pubbliche: /
- Strutture residenziali pubbliche: /
- Strutture residenziali private (Comunità terapeutiche) : n.11 (sedi legali); utenti n. 430 (posti accreditati); personale dipendente: dato non immediatamente disponibile, ma comunque superiore rispetto ai parametri previsti dall'atto d'intesa;
- Strutture semiresidenziali private: n.6; posti accreditati n. 137;
- Spesa per rette (comprensiva di residenziale, semiresidenziale ed extraterritoriale) L. 13.498.087.528;

Problematiche rilevate (con particolare riferimento al riordino del S.S.N.):/

H) Atto di intesa con il Ministero di Grazia e Giustizia - intervento nelle carceri: è stato recepito;

- convenzioni esistenti: con gli Istituti di Pena delle UU.SS.LL. 1, 2, 4, 5, non ancora stipulata dalla U.S.L. 3 Genovese con gli Istituti penitenziari di Marassi e Pontedecimo, purtuttavia il Ser.T. 3 opera con proprio personale all'interno del carcere di Marassi;

- Detenuti tossicodipendenti negli Istituti penitenziari della Regione: U.S.L. 1 n.382, U.S.L. 2 n.65, U.S.L. 3, Casa Circondariale di Marassi n. 587 (con una flessione del 20% circa rispetto all'anno precedente), U.S.L. 4, n. 75; U.S.L. n.5, n. 126; totale n.1235. Il numero è stato fornito dai Ser.T., non dall'Amministrazione Carceraria ed è relativo ai detenuti tossicodipendenti trattati dai servizi all'interno degli Istituti di Pena.

- Strutture a custodia attenuata: attivate due sezioni presso il carcere di Sanremo.

- Problemi rilevati nel modello organizzativo di intervento negli Istituti Penitenziari: In generale difficoltà organizzative dovute alla carenza di personale dei Ser.T., ciò non impedisce l'erogazione del servizio; in generale buona la collaborazione col personale carcerario nonostante la riduzione delle ore di incarico degli addetti, si segnalano problemi in due istituti di Pena circa la distribuzione del metadone; Per quanto attiene gli ambienti, si segnala il forte degrado rilevato nella Casa Circondariale di Marassi, che incide sul servizio, in generale gli operatori dei Ser.T. vengono ospitati nelle infermerie o nelle stanze degli educatori.

I) Strategie adottate: interventi di riduzione del danno, interventi a bassa soglia, unità di strada.

L) Sistema informativo: pur non essendo ancora adottata una cartella clinica regionale, i Ser.T. forniscono trimestralmente i dati relativi all'utenza e alle prestazioni proprie e degli Enti Ausiliari; è stato adottato il sistema informativo fornito dal Ministero della Sanità. Prima di procedere alla scelta definitiva del sistema informativo regionale, è stato ritenuto utile promuovere attività di ricerca che consentano verifiche e validazioni mirate alle reali esigenze del territorio.

M) Attuazione e risultati iniziative finanziate dal Fondo Nazionale:

- formazione ed aggiornamento:

• “Programma regionale di formazione ed aggiornamento di operatori pubblici e del volontariato per le tossicodipendenze”, finanziamento di L. 300.000.000. assegnato nel 1992, predisposto dall'E.N.A.I.P. (Ente Nazionale A.C.L.I. - Istruzione Professionale), liquidato alla ex U.S.L.15, attuale U.S.L. 3 Genovese, il corso biennale, ha avuto inizio nel settembre 1995 e sta proseguendo.

• “Il gruppo come strumento di lavoro nella produzione di servizi per le tossicodipendenze”, finanziamento L. 200.000.000. assegnato nel 1994, predisposto dallo Studio di analisi psicologica di Milano, a gestione diretta di questa Amministrazione, in via di attivazione.

• “Il ruolo terapeutico”, finanziamento L. 20.000.000. assegnato nel 1994, predisposto dalla Scuola di formazione psicoterapeutica di Milano, a gestione diretta di questa Amministrazione, in via di attivazione.

• “Progetto per la realizzazione di un osservatorio epidemiologico regionale per le tossicodipendenze”, finanziamento L. 300.000.000. assegnato nel 1996, predisposto dal C.N.R. di Pisa, Istituto di Fisiologia Clinica, Reparto di Epidemiologia, a gestione diretta di questa Amministrazione, in via di attivazione.

• “Progetto di valutazione degli interventi realizzati dai Servizi pubblici per l'assistenza ai tossicodipendenti”, finanziamento L. 76.776.647. assegnato nel 1996, predisposto dal Ministero della Sanità, a gestione da destinarsi, in via di attivazione.

- Altre iniziative ed attività: Allestimento nelle 4 province liguri della mostra itinerante “Alter ego, droga e cervello”, avente come particolare obiettivo nella lotta alla droga il momento della prevenzione, che passa necessariamente attraverso momenti di pubblicizzazione ad ampie fasce della popolazione. La mostra ha raccolto un alto gradimento da parte del pubblico.

- Progetti di prevenzione e reinserimento adottati dagli Enti Locali e dagli Enti Ausiliari, dalle coop. sociali e dal volontariato finanziati con Fondo Nazionale: sono conosciuti solo quelli più significativi, non sono stati monitorati né rilevati.

N) Collegamento ad altre iniziative internazionali: /

O) Incidenza del volontariato nel settore: Rilevante.

PROBLEMI GENERALI APERTI: In primo luogo si evidenzia il sottodimensionamento degli organici dei Ser.T., e in alcune UU.SS.LL. l'inadeguatezza delle sedi, anche se si pensa di raggiungere parziale soluzione già nel corrente anno. Tali problemi hanno fatalmente rallentato la costituzione di centri per l'Alcoologia e l'approccio in termini clinici alle problematiche portate dalle nuove droghe. Si lamenta ancora mancanza di strutture di ricovero per la disintossicazione, sono altresì inadeguate le strutture idonee all'accoglienza di pazienti affetti da “Doppia diagnosi”. E' sentita come prioritaria l'attivazione di un servizio epidemiologico in grado di fornire dati aggiornati e facilmente classificabili e organizzabili.

PROPOSTE MIGLIORATIVE: L'assenza di conflitti significativi tra i servizi pubblici e gli enti ausiliari costituisce, a nostro avviso una buona base per la soluzione delle problematiche emergenti. a livello politico si evidenzia grande disponibilità ad affrontare e risolvere in tempi rapidi i problemi relativi a personale e sedi dei Ser.T., si ritiene che la regionalizzazione dei Fondi per la lotta alla droga costituisca un momento importante per una maggior razionalizzazione delle risorse economiche e progettuali della regione nel settore delle tossicodipendenze.

Regione Lombardia

Quadro Normativo Regionale

A) Legge Regionale istituzionale Sert

LR 51/88 DEL 19.8.88

DCR V/ 152 DEL 20.3.91

B) Piano Sanitario Regionale

Nell'anno 1996 risultava in corso di elaborazione

C) Progetto Obiettivo con Dgr 50562 del 23.1.1990 formulata proposta ma non adottata.

D) E' rimasto in vigore il regime transitorio che trova fondamento nella deliberazione del Consiglio regionale VI/1033/93 e nelle successive deliberazioni della Giunta Regionale (ultima in ordine di tempo DGR 23926 del 30.12.1996).

Sopravvenuta normativa di carattere generale (es. Albo professionale psicologi e psicoterapeuti) hanno portato a ulteriori richieste in fase di istruttoria.

I requisiti previsti, richiesti in autocertificazione, sono quelli indicati nella dgr 52617/90, riferiti allo standard minimo transitorio.

E) LR 16 del 1.6.1993

F) LR 22 del 24.7.1993

Modello Organizzativo

I sert in Regione Lombardia, prima della riforma sanitaria che ha aziendalizzato le USSL e ne ha ridotto il numero, erano 83 (uno per ogni USSL) tutti funzionanti.

Con la riduzione del loro numero (in Regione Lombardia le USSL sono passate da 83 a 44), ed in attesa della legge di riordino regionale ogni azienda USSL si è organizzata in base a proprie linee interne.

Talune istituendo il dipartimento delle dipendenze o unità operative trasversali con l'obiettivo di razionalizzare l'uso delle risorse. In alcuni casi invece tutto è rimasto come prima mantenendo ad ogni ex vecchio SERT la sua autonomia.

Per i SERT della Lombardia, in base alle normative nazionali, è stato previsto un organico di 1447 unità.

Al 31.12.1996 risultano in servizio 1436 operatori con utenza di 15643 soggetti (i dati si riferiscono a 35 su 44 Aziende).

A far data dal secondo semestre 1996 risultano attive n. 9 strutture semiresidenziali pubbliche con 82 utenti trattati nell'anno e 23 operatori impegnati.

Per quanto riguarda le strutture del privato sociale nel 1996 risultano essere iscritte all'albo provvisorio regionale 176 enti articolati in 424 unità d'oggetta. di cui :

Residenziali	Comunità Psicoergoterapiche	116
	Comunità Ergoterapiche	56
	Associazioni Famiglie	1
	Comunità Alloggio	6
	Centri di prima accoglienza	15
	Gruppi di Auto-aiuto	-
Semiresidenziali	Centri Diurni Psicoergoterapici	36
	Centro diurni ergoterapici	51
	Gruppi di auto -aiuto	3
Non residenziali	Centri Filtro	35
	Centri Psicoterapici	14
	Centri Ascolto	31
	Centri di consultazioni	3
	Associazioni Famiglie	6
	Gruppi Auto-aiuto	17
	Centri Prevenzione e	
	Documentazione	34

Nel periodo transitorio in termini quantitativi è possibile verificare la presenza di n. 1 operatore a tempo pieno ogni 10 utenti presenti.

Il dato relativo agli utenti inseriti in Comunità risulta rielaborato per l'anno 1995 in :

tossicodipendenti inseriti in strutture residenziali 5816

tossicodipendenti in strutture semiresidenziali 254

Per l'anno 1996 il dato disponibile si riferisce al totale degli utenti inseriti presso le strutture terapeutiche (sia residenziali che semiresidenziali) in n. 6444.

La spesa per la retta è aggiornata al 1995 (consuntivo rilevato dalle rendicontazioni delle Aziende USSL della Lombardia) per £ 53.089.589.884 di cui £ 42.901.904.282 per utenti inseriti in strutture ubicate in Lombardia e £ 10.187.694.602 per utenti inseriti in strutture ubicate fuori regione.

L'ammontare della retta prodie, riconosciuta per l'anno 1996:

Area psicoergoterapica residenziali £ 67.000

semiresidenziali £ 36.000

Area ergoterapica residenziali £ 57.000

semiresidenziali £ 29.000

Area psicoterapica terapia individuale (per seduta) £ 31.000

terapia di gruppo (per seduta) £ 36.000

La stima per l'anno 1996 è di £ 67.004.780.000. (dato approssimativo per elaborazione in corso).

Atto Di Intesa Con Ministero Di Grazia E Giustizia E Intervento Nelle Carceri

L'atto di intesa con il Ministero di Grazia e Giustizia è stato recepito dalla Regione Lombardia con Dgr 27.7.1994 n. V/55503.

Tutte le 44 Aziende USSL lombarde hanno stipulato le convenzioni per la presa in carico, cura e riabilitazione dei tossicodipendenti e alcooldipendenti coinvolti nell'area penale, sia con gli Istituti penitenziari che con i CSSA.

Nessuna struttura di custodia attenuata è stata attivata.

La situazione carceraria al 31.1.1996 era la seguente:

ISTITUTI n. 19 di cui 1 O.P.G. e 1 C.M.

DETENUTI PRESENTI N. 6425

DETENUTI TOSSICODIPENDENTI N. 1948 di cui 164 donne e 1784 uomini

DETENUTI IN TRATTAMENTO METADONICO N. 83 di cui 63 uomini e 20 donne

DETENUTI ALCOOLDIPENDENTI N. 49 di cui 48 uomini e 1 donna

Strategie Adottate

Le strategie definite dalla normativa regionale emanata nel corso dell'anno 1995, nell'anno 1996 hanno trovato applicazione come segue:

1- Interventi Di Riduzione Del Danno**a- Programmi di prevenzione dell'infezione da hiv nei tossicodipendenti**

Dgr 20505 del 15.11.1996 Attuazione dei percorsi di Unità Mobili in area metropolitana

Finanziamenti di n. 2 progetti, del percorso formativo e attivazione del coordinamento regionale degli interventi di educazione di strada.

£ . 330.000.000.

2- Programmi Di Prevenzione

n. progetti 22 finanziamento complessivo £ 1.611.490.000.

Si rivolgono alla comunità territoriale, ad interlocutori privilegiati (adulti, mondo del lavoro..), al mondo adolescenziale (gruppo informale, dei pari) e al mondo scolastico (preadolescente e adolescente).

n. 2 progetti relativi all'area delle nuove droghe per £ 532.500.000.

Si rivolgono sia ai giovani (pluriconsumatori o saltuari) che al loro territorio, al fine di definire ipotesi progettuali diverse a partire da un lavoro integrato di rete.

3- Area Recupero**a- Programmi a bassa soglia**

Progetti n. 8 per un finanziamento complessivo di £ 1.146.400.000.

b- Programmi nell'area penale

Progetti n. 4 per un finanziamento complessivo di £ 422.000.000.

c- Attivazio e di modelli di intervento integrato

Progetti n. 3 per un finanziamento complessivo £ 574.000.000. Tali ipotesi di intervento sono volti a migliorare i livelli di prestazione offerte, garantendo un primo concorso di ciascuno nel rispetto del proprio ruolo.

4- Area Socio-Educativo

a- Programmi di intervento rivolte a forme di cronicità, quadri patologici complessi e degenerativi e implicazioni psichiatriche

Progetti n.2 per un finanziamento complessivo di £ 259.000.000.

b- Strutture di reinserimento socio-lavorativo

Progetti n. 15 per un finanziamento complessivo di £ 1.399.900.000. Rivolte prevalentemente a persone al termine di un proprio percorso terapeutico o alla fine di un detenzione, o che non hanno rotto completamente il loro rapporto con le sostanze, o che assumono metadone. In particolare lo strumento sperimentato è rappresentato dalla figura del "tutoring".

Nel 1996 si è provveduto altresì a definire le procedure per il Riparto del fondo per la lotta alla droga regionalizzato.

Vengono in tale contesto riconfermati gli obiettivi strategici definiti precedentemente, come segue:

Area Prevenzione

-Interventi che si focalizzano su fattori rischio inerenti i fenomeni di dipendenza giovanile e volti a mantenere la persona in uno stato di benessere fisico,psichico e sociale.

-Interventi complessivi e sinergici capaci di diversificazione nelle unità di offerta nonché nella coerenza e titolarità dei percorsi intrapresi a fronte di una estrema eterogeneità dei soggetti coinvolti per l'età, estrazione sociale, appartenenza ad un gruppo, problematiche individuali, motivazioni e sostanze di consumo.

-Interventi finalizzati al sostegno della persona e alla riduzione del rischio per il singolo e per la collettività in un ottica di contatto con il sommerso.

Area Recupero

-Programmi riguardanti il miglioramento organizzativo del "servizio" nelle varie forme di attività terpaeutiche, sia esso struttura pubblica e/o privata, nel rispetto delle problematiche che caratterizzano attualmente la domanda di assistenza e di conseguenza richiedono diverse e nuove forme di risposta nell'ambito della tossicodipendenza e dell'alcoldipendenza correlata.

-Programmi che favoriscono un più ampio accesso e fruizione del "servizio" sia esso pubblico e/o privato, sviluppando modalità innovative rispetto a quanto già attuato, al fine di una organizzazione del "servizio" flessibile ed articolata sia per quanto concerne le strutture che le prestazioni, con attenzione che non vi sia sovrapposizione con funzioni correnti già coperte dalla spesa sanitaria.

-Programmi di sostegno psicosociale al nucle familiare coinvolto nel processo di recupero dalla tossicodipendenza, ivi comprese le famiglie affidatarie di minori tossicodipendenti o figli di tossicodipendenti, o genitori tossicodipendenti con figli minorenni.