

# Modelli di intervento per le tossicodipendenze

*Un confronto fra Mantova, Brescia, Modena e Bus-  
solengo*

(a cura di)  
*Paolo Poletti  
Costantino Cipolla  
Maurizio Gobetto  
Andrea Costa  
Alessia Bertolazzi*

**ASL** | AZIENDA  
SANITARIA  
LOCALE  
DELLA PROVINCIA  
DI MANTOVA  
 Mantova



# Indice

<b>Introduzione. Come sta cambiando il fenomeno droga</b> (di <i>C. Cipolla e A. Bertolazzi</i> )	pag. 5
<b>1. Il Servizio Dipendenze dell'ASL Provincia di Mantova</b> (di <i>M. Gobetto e A. Costa</i> )	
1.1. Cornice normativa	pag. 18
1.2. Il funzionamento	pag. 19
1.3. I rapporti con gli Enti Accreditati	pag. 21
1.4. Il modello organizzativo	pag. 23
1.5. Prospettive	pag. 24
<b>2. Il Dipartimento Dipendenze della ULSS 22 di Bussolengo</b> (di <i>A. Costa</i> )	
2.1. Cornice normativa	pag. 26
2.2. Il funzionamento	pag. 28
2.3. I rapporti con gli Enti ausiliari	pag. 29
2.4. Il modello organizzativo	pag. 30
<b>3. Il Dipartimento tecnico-funzionale delle Dipendenze dell'Asl di Brescia</b> (di <i>A. Bertolazzi e A. Costa</i> )	
3.1. Cornice normativa	pag. 31
3.2. L'organigramma e il funzionamento	pag. 32
3.3. I rapporti con gli Enti Accreditati	pag. 36
3.4. Il Servizio Multidisciplinare Integrato della Cooperativa sociale "Il Mago di Oz" di Ospitaletto (di <i>A. Costa</i> )	pag. 37
<b>4. Il Settore Dipendenze Patologiche dell'AUSL di Modena</b> (di <i>A. Bertolazzi</i> )	

4.1. Cornice normativa	pag. 42
4.2. Il funzionamento	pag. 45
4.3. I rapporti con gli Enti accreditati	pag. 47
4.4. Il modello organizzativo	pag. 48
<b>Conclusioni. Modelli di intervento a confronto</b> (di <i>C. Cipolla, P. Poletti, A. Bertolazzi</i> )	pag. 51
<b>Riferimenti bibliografici</b>	pag. 58
<b>Allegati:</b>	pag. 60
1. Report sui Servizi per le Tossicodipendenze – Anno 2006: Mantova	
2. Report sui Servizi per le Tossicodipendenze – Anno 2006: Busso-lengo	
3. Report sui Servizi per le Tossicodipendenze – Anno 2006: Brescia	
4. Report sui Servizi per le Tossicodipendenze – Anno 2006: Modena	

## Introduzione

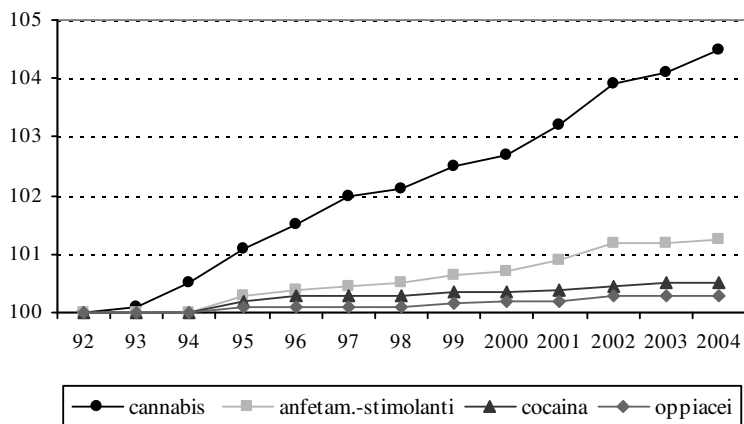
### Come sta cambiando il fenomeno droga

Negli ultimi decenni, il consumo di droga è diventato un fenomeno di portata globale e trasversale rispetto a variabili strutturali (età, genere, titolo di studio, status socio-economico, ecc.). Le evoluzioni nei modelli di consumo di droghe riguardano nello specifico alcuni aspetti che andiamo ad elencare.

#### 1. *Diffusione e tipi di sostanze psicoattive*

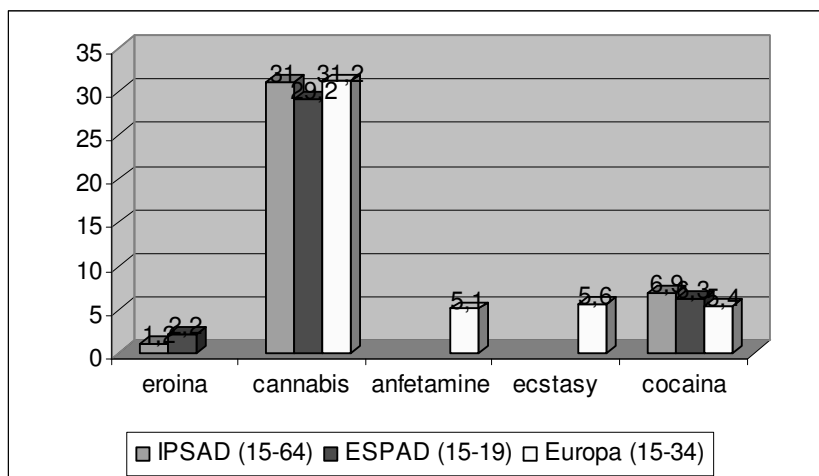
I trend di consumi di droghe nella popolazione generale segnalano una costante crescita, piuttosto marcata per i cannabinoidi, ma anche per le altre sostanze (soprattutto anfetaminiche/stimolanti, mentre per cocaina ed eroina l'incremento è meno significativo) (fig. 1).

Fig. 1 – Trend del consumo di sostanze illegali nel mondo, periodo 1992-2004 (anno-base 1992=100)



Fonte: UNODC, Annual Reports Questionnaire Data (for trends) and UNODC drug use estimates [UNODC 2006: 36]

Fig. 2 – Consumo di sostanze illegali almeno una volta nella vita<sup>1</sup>



Fonti: *Relazione Annuale 2008. Evoluzione del fenomeno della droga in Europa*, a cura dell'Osservatorio Europeo delle droghe e delle tossicodipendenze, e le indagini ISPAD ed ESPAD, citate nella *Relazione annuale al Parlamento sullo stato delle tossicodipendenze in Italia – Anno 2007*

Il nostro Paese si allinea a questo trend generale, registrando tassi di consumo di sostanze psicoattive in aumento nella popolazione generale e tra i più giovani. Esaminando i dati più recenti raccolti da alcune indagini nazionali su campioni rappresentativi della popolazione (studi ISPAD ed ESPAD Italia 2007, rispettivamente per le classi di età 15-64 anni e 15-19 anni), si osservano per le diverse droghe i seguenti scenari.

- *Eroina*. Dopo una continua flessione negli anni precedenti, negli ultimi 4 il consumo di eroina è rimasto stabile nella popolazione generale e nelle classi di età più giovani (15-19, in particolare si rileva una diminuzione per le studentesse 16enni e i maschi 18enni); rispetto alla popolazione tra 15 e 64 anni, 3 persone ogni 1000 ne dichiarano l'uso nell'anno antecedente l'intervista.

- *Cocaina*. I consumatori nell'ultimo anno rappresentano il 2,2%, considerando la popolazione tra 15 e 64 anni. Il dato generale evidenzia una stabilizzazione dell'aumento consistente dei consumi di cocaina che si è invece registrato nell'ultimo decennio; la contrazione dei consumi generali si verifica anche presso i giovani scolarizzati.

1. Non è stato possibile riportare i dati del consumo una tantum di amfetamine ed ecstasy raccolti nelle indagini ISPAD ed ESPAD Italia, poiché tali sostanze sono accorpate nella sola categoria "stimolanti". Per l'eroina, invece, le rilevazioni dell'EMCDDA non segnalano il consumo *lifetime*, ma riportano soltanto la stima della prevalenza sulla popolazione.

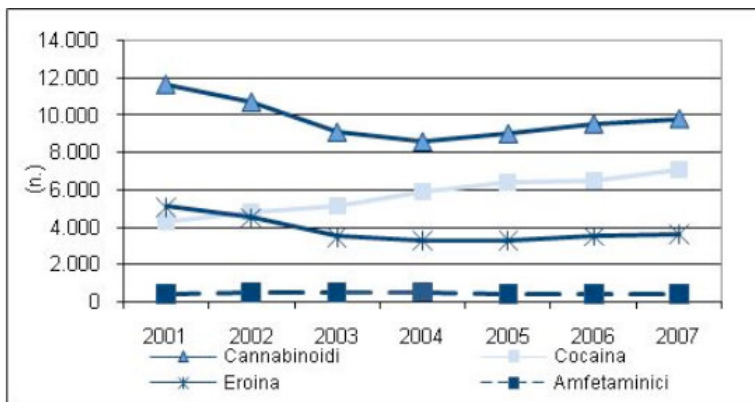
- *Cannabis*. Cresce la diffusione dei cannabinoidi: nella classe d'età 15-64 anni, il 14% riferisce di aver usato cannabinoidi una o più volte nei 12 mesi precedenti all'intervista. Il consumo aumenta sia tra gli uomini, sia tra le donne. Tra i giovani-adulti (25-34 anni), dichiarano il consumo di cannabis il 40% in più delle donne e il 50% degli uomini rispetto alla rilevazione del 2005-2006, mentre tra i giovani scolarizzati (15-19), si rileva una leggera diminuzione dei consumi dichiarati, soprattutto per i 15enni (25% i meno rispetto alla rilevazione precedente).

- *Stimolanti/Allucinogeni*. Nella popolazione generale, i livelli di diffusione sono stabili: 7 persone ogni mille affermano l'uso di anfetamine, ecstasy, GHB e altri stimolanti nell'ultimo anno, mentre 6 ogni mille di allucinogeni. Invece, per i più giovani (15-19) si osserva un aumento delle sostanze stimolanti: il 40% in più degli studenti riferisce l'uso una o più volte nella vita, il 50% in più per quanto riguarda gli ultimi trenta giorni. Parimenti, l'incremento interessa anche gli allucinogeni, soprattutto fra le studentesse tra i 18 e i 19 anni.

In generale, se nella popolazione adulta i consumi dei maschi sono sempre superiori a quello delle femmine, per i giovani scolarizzati (15-19) i comportamenti tra i due generi appaiono maggiormente omogenei. Più diminuisce l'età e più le donne tendono ad allinearsi ai valori registrati per la popolazione maschile.

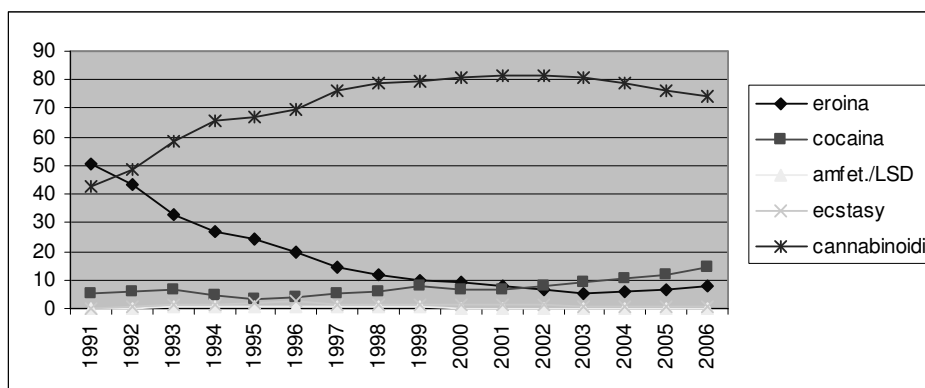
Oltre ai dati raccolti sulle dichiarazioni di consumo di campioni di intervistati, altri indicatori segnalano i cambiamenti che stanno riguardando il mondo delle sostanze psicoattive. Esaminando longitudinalmente le operazioni anti-droga e i tipi di sostanze coinvolte nelle segnalazioni di soggetti detentori di sostanze illegali per uso personale (segnalati per l'ex-art. 75 del D.P.R. 309/1991, come modificato dalla L.49/2006), si apre uno spaccato piuttosto preciso su quelle che sono le tendenze manifestate negli ultimi decenni nel mondo dei consumatori di droghe. È decisamente crollata la presenza dell'eroina tra le sostanze sequestrate ai soggetti segnalati, mentre all'opposto i cannabinoidi sono aumentati e rappresentano di gran lunga la sostanza più rinvenuta dalle Forze dell'Ordine (figg. 3-4).

Fig. 3 – Distribuzione del numero di operazioni antidroga per tipo di sostanza (anni 2000-2007)



Elaborazione su dati del Ministero dell'Interno – DCSA (aggiornamento al 31 gennaio 2008)

Fig. 4 – Segnalati ex-art. 75 del D.P.R. 309/1990 (modificato dalla L. 49/2006) per tipo di sostanza stupefacente (1991-2006)



Fonte: Elaborazione su dati del Ministero dell'Interno [Aa. Vv. 2007: 13]

## 2. La poliassunzione di droghe

Il modello di consumo di droghe che si sta diffondendo prevede l'uso simultaneo di diverse sostanze. Più precisamente, possiamo distinguere alcune tipologie di consumo combinato di sostanze:

- *policonsumo simultaneo*: due o più sostanze vengono assunte contemporaneamente, mescolate o in successione rapida, secondo tre modalità: a. si parla di *uso simultaneo* quando l'associazione di due o più sostanze è frutto della ricerca di un bilanciamento, amplificazione o contrasto tra di esse (es. lo *speedballing*, l'uso intravenoso di un mix di eroina e cocaina, in cui gli effetti si bilanciano); b. si definisce *garbage head syndrome* (letteralmente "sindrome della testa a

spazzatura”) un uso simultaneo e indiscriminato di sostanze alla ricerca dello “sballo” completo e continuativo, privo di una ricerca intenzionale di uno specifico effetto, o di uno stato edonico. In questo caso, si incrociano spesso situazioni di comorbilità psichiatrica. Infine, con *uso normativo* si intende un pattern conformistico di associazione di sostanze, generalmente contemporaneo, che persegue le tendenze e le consuetudini prevalenti in un determinato setting sociale e periodo storico [Janiri, Hadjichristos 2000].

- *Policonsumo nel breve periodo*: le sostanze vengono assunte a breve distanza (ad es. nell’arco di una serata), ma separatamente. Si tratta di *uso concomitante*, quando due o più sostanze vengono assunte per incrementare o contrastare gli effetti ricevuti: si pensi all’uso di varie sostanze rilassanti e deprimenti il sistema nervoso centrale (cannabis, eroina, ipnosedativi, ecc.) al termine di una serata a base di sostanze stimolanti, come pratica adottata da molti consumatori per placare l’effetto eccitante. Pinamonti e Rossin attribuiscono inoltre un *uso facilitante* ad alcune sostanze (prevalentemente legali), che porterebbero verso una progressione ad altre sostanze (illegali), «grazie alla diminuzione del peso delle norme interne dovuto all’effetto della prima sostanza» [2004: 35]. Gli autori riportano come esemplificazioni l’abuso di alcol e cannabinoidi come facilitanti l’utilizzo di cocaina ed eroina, pur se le opinioni in merito siano piuttosto controverse [Zimmer, Morgan 2005].

- *Policonsumo nel lungo periodo*: si riprende la classificazione di Clayton<sup>2</sup>, che distingue tre tipologie. 1. *Uso sequenziale*: il modello degli stadi prevede una progressione da una sostanza all’altra nel corso della vita (ad es. frequentemente chi fuma cannabinoidi ha già sperimentato il fumo di tabacco); tale progressione può comprendere talvolta non una singola sostanza, ma un abbinamento di due: un percorso ideale può essere dato dal mix alcol-tabacco (primo step), alcol-cannabis (secondo step), alcol-cocaina (terzo step). 2. *Uso alternato*: la progressione dell’uso di droghe nell’arco della vita appare più spesso discontinua, per cui il consumatore multiplo utilizza una o più sostanze per un certo periodo, per poi passare ad una sostanza “nuova” e magari interromperla e tornare alle precedenti, tracciando così traiettorie di consumo intermittenti. 3. *Uso sostitu-*

---

2. Per approfondimenti si rimanda a Clayton R.R. (1986), *Multiple drug use. Epidemiology, correlates and consequences*, «Recent Dev. Alcohol».



*tivo*: si verifica quando a causa dell'indisponibilità della sostanza d'elezione, il consumatore assume una sostanza secondaria: l'abuso di alcol talvolta è comune nella fase di disassuefazione da eroina attraverso farmaci sostitutivi e spesso aiuta a controllare le crisi di astinenza.

### 3. Normalizzazione del consumo di droghe

Come sostenuto da alcuni autori [Parker *et al.* 1998; Lalander 2005], sempre più persone considerano legittimo un utilizzo di droghe "responsabile", a scopo ricreazionale o prestazionale. In generale, le sostanze psicoattive servirebbero a migliorare le attività professionali, ricreative, di relazione. Si parla, dunque, di normalizzazione dell'uso di droghe perché una quota crescente di popolazione mostra un atteggiamento tollerante verso la condotta, purché responsabile e con funzioni ricreative. Per di più, tale legittimazione proviene tanto da chi consuma droghe, quanto da coloro che se ne astengono. Tale percezione proviene in modo particolare dalla classi di età più giovani. Attraverso studi longitudinali mirati su coorti di adolescenti, Parker e colleghi hanno rilevato cinque situazioni a sostegno della normalizzazione: 1) la crescente contiguità dei giovani verso le sostanze psicoattive; 2) l'aumento del tasso di "sperimentatori" (soggetti che provano per la prima volta le droghe); 3) l'incremento degli "utilizzatori" (soggetti che mantengono un uso abituale); 4) un atteggiamento tollerante (*accommodating*) verso un consumo sensato, riscontrato anche tra chi non fa uso di sostanze; 5) il livello di adattamento culturale percepito nella società rispetto al consumo di droghe illegali [Parker *et al.* 2002]. La normalizzazione come modello esplicativo resta ancora dubbia se riferita a sostanze come l'ecstasy e le amfetamine, la cocaina e gli oppiacei; invece è un processo già in atto per la cannabis, secondo gli studi di Parker e colleghi. Lo studio di Parker *et al.* su una coorte di adolescenti monitorati in tre periodi diversi (1991, 1995, 2000) ha riportato per i cannabinoidi valori piuttosto elevati per quanto riguarda accesso, disponibilità, numero degli sperimentatori e degli utilizzatori. Anche tra gli astinenti, la contiguità alla sostanza è marcata: la metà ha amici che utilizzano cannabis e oltre i 2/3 ne tollerano l'uso [Parker *et al.* 2002]. A colpire l'attenzione degli autori è soprattutto il rilievo dato alla diffusione nelle società contemporanee di un atteggiamento sociale di legittimazione del consumo di sostanze ille-

gali secondo modalità accettabili rispetto al bilancio costi/benefici individuali e collettivi.

A partire da quest'ultimo aspetto, è ragionevole credere che il processo di normalizzazione possa coinvolgere tanto i giovani, quanto la popolazione più adulta. Le indagini di prevalenza sulla popolazione generale (15-64) indicano che l'uso di droghe con l'avanzare dell'età tende a ridursi meno rispetto al passato [EMCDDA 2008]. È possibile altresì supporre che al crescere dell'età mutino le motivazioni che portano ad utilizzare sostanze psicoattive: l'uso strumentale di droghe va oltre il puro fine ricreazionale e diventa anche prestazionale, si integra allo stile di vita del soggetto. È il caso di sostanze psico-stimolanti come la cocaina, che riducono lo stress fisico e apparentemente danno al soggetto l'impressione di migliorare la propria performance.

Per questo, interventi adeguati non possono ignorare la necessità di operare, a livello micro, sulle percezioni cognitive individuali e, a livello macro, sui significati simbolici veicolati a livello culturale.

#### 4. *Setting di utilizzo e funzioni attribuite al consumo di droghe*

Le funzioni attribuite al consumo di droghe si diversificano, quanto i contesti di utilizzo. Per quanto riguarda il primo aspetto, attraverso un'efficace schematizzazione Goode [2001] individua almeno quattro tipi di utilizzo: l'uso medico legale, l'uso ricreazionale legale, l'uso strumentale illegale e l'uso ricreazionale illegale (fig. 5).

Rispetto all'uso ricreativo – come sopra menzionato – pare essersi stabilizzato all'interno dell'universo giovanile un uso ricreazionale tollerato socialmente e che riguarda sia sostanze legali, sia illegali: gli assuntori delle cosiddette *club drugs* associano spesso alle droghe illecite tabacco e alcol; quest'ultimo, come sostanza assunta in vista delle sue proprietà euforizzanti, viene ricondotto ad un pattern di consumo definito *binge drinking*. Come detto in precedenza, però, il loro utilizzo è comunque regolato da norme sociali che si sviluppano nel gruppo dei pari e, più in generale, nella cultura giovanile.

Fig. 5 – Funzioni attribuibili all'uso di droghe e loro status giuridico

	Legali	Illegali
Strumentali/Terapeutiche	Sostanze prescritte dai medici (amfetamine, tranquillanti, psicofarmaci in genere)	Sostanze “dopanti”
Ricreative	Alcol, tabacco	“Droghe” nel linguaggio quotidiano (cannabis, cocaina, LSD, XTC, eroina, ecc.)

Fonte: Goode [2001: 177-181] rielaborato in Barbagli *et al.* [2003: 75]

In modo particolare, il modello di consumo prevalente si concilia con uno stile di vita integrato ai valori e alla cultura dominanti. Da una serie di interviste svolte su un gruppo di consumatori di cannabinoidi, ad esempio, risulta come la loro fruizione sia compatibile con i *life engagements*, ovverosia con un corretto svolgimento delle attività correnti, sociali, scolastiche e lavorative; o almeno così risulta dall'autopercezione degli stessi assuntori [Cipolla 2007b; Cipolla 2008].

L'uso medico legale viene invece individuato da Goode sulla base dell'ambiguità che il termine inglese *drug* conserva. Con esso, infatti, si intendono sia i prodotti farmaceutici a scopo terapeutico, prescritti legalmente dai medici o disponibili anche senza prescrizione (farmaci da banco); sia le sostanze psicoattive (legali ed illegali), che possiedono le proprietà farmacologiche descritte precedentemente, cioè che sono in grado di alterare l'umore, le percezioni e i processi cognitivi. L'utilizzo medico dei farmaci (con o senza prescrizione) non è chiaramente interpretato come un fenomeno deviante; pertanto la possibilità di un loro utilizzo improprio, o di un loro abuso, è elevata, in considerazione della legittimità sociale di cui godono. Secondo Goode, approssimativamente un medicinale su sette tra quelli che vengono prescritti in America ha proprietà psicoattive (barbiturici, tranquillanti, regolatori dell'umore, antidepressivi, ansiolitici, antidepressivi, ecc.). Va detto che, rispetto agli anni '70, l'uso di farmaci psicoattivi prescritti è stato ridotto: circa un quindicesimo dei barbiturici e un settimo delle amfetamine vengono prescritte oggi dai medici<sup>3</sup>. Questo è avvenuto in conseguenza degli effetti collaterali di questo tipo di sostanze e per l'abuso che se ne faceva: si sono diffuse sanzioni formali ed informali verso medici che tendevano a prescriverle in modo eccessivo. È una tendenza che, tuttavia, si riscontra in particolare per alcune sostanze che sono state sintetizzate per scopi terapeutici, ma che poi sono state prevalentemente inglobate nell'utilizzo “di strada”, come sostanze ricreative (es. amfetamine, ecstasy, ketami-

3. Per le anfetamine è noto l'utilizzo diffuso negli anni '70 per combattere l'obesità.

na). Per altre “droghe”, pressoché rimaste in un contesto medico di prescrizione ed utilizzo sanitari, non si è verificato un decremento. All’opposto, la vendita di farmaci come il Prozac è progressivamente aumentata [Conrad, Schneider 1980].

Con uso strumentale illegale si fa piuttosto riferimento all’utilizzo di sostanze illecite che hanno il fine di migliorare la performance (lavorativa o sportiva). Qui si apre il vasto mondo delle sostanze dopanti utilizzate in ambito sportivo; ma altresì le sostanze illegali si affacciano in contesti ancora diversi, come nel mondo del lavoro: pensiamo alle possibilità in termini prestazionali che una sostanza come la cocaina può garantire ai suoi consumatori; all’utilizzo di anfetamine rilevato presso gli autotrasportatori. Ecco, quindi, che il consumo di psicostimolanti, a partire dall’alcol, penetra anche nei contesti lavorativi, costituendo un fattore ex-ante, ex-post e talvolta simultaneo alla prestazione lavorativa. Ex-ante, nel senso di soggetti che nel weekend assumono, secondo diverse traiettorie, un mix di sostanze e che devono reggere i “postumi” all’inizio della settimana; ex-post, pensiamo a soggetti che alleviano lo stress quotidiano ricorrendo a sostanze che si prestano ad un uso “gestito” nel quotidiano (alcol e tabacco, cannabinoidi; più controversa la cocaina).

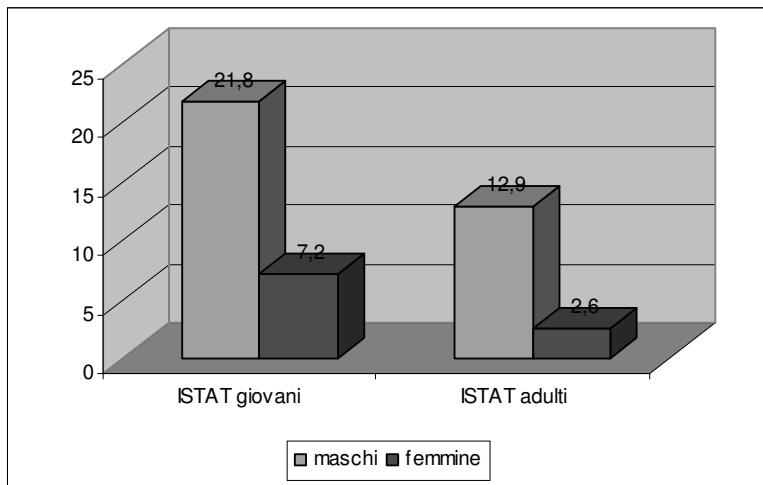
##### *5. Alcol e binge drinking*

La diffusione di alcol tra le fasce più giovani della popolazione merita un approfondimento, per le dimensioni che sta assumendo il fenomeno.

Il caso italiano si distingue da altri contesti nazionali per quanto concerne il rapporto con l’alcol, avvicinandosi al cosiddetto *modello mediterraneo*, che concepisce tradizionalmente l’alcol come bevanda (vino, in primis) di accompagnamento ai pasti. La funzione alimentare, unita anche ad aspetti simbolici, quali la convivialità e la socialità che all’alcol spesso si vengono associate, resta quindi prevalente e difatti il consumo avviene più frequentemente durante i pasti.

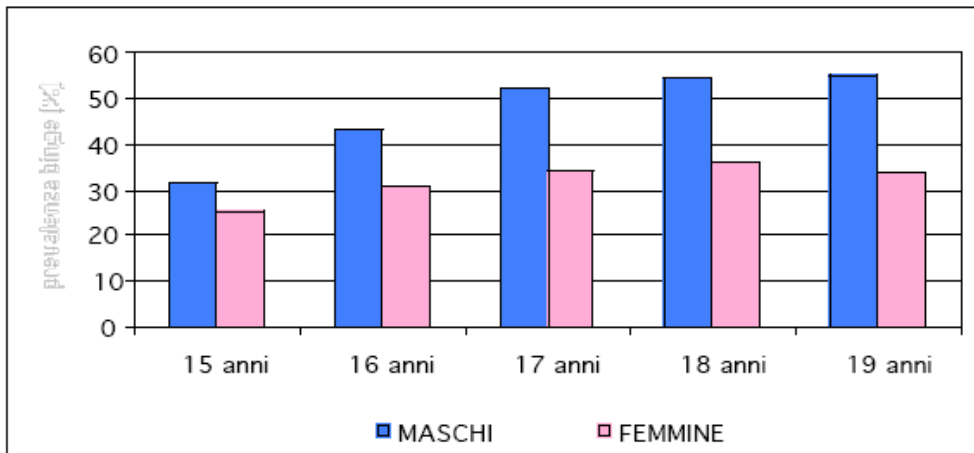
Tuttavia, si sta affacciando un nuovo pattern di consumo di bevande alcoliche. Le nuove generazioni stanno aprendo la strada ad un’abitudine al bere diversa, accostabile al *modello anglosassone*, caratterizzato dal “bere secco”, ovvero sia lontano dai pasti, consumato quindi prevalentemente fuori casa, durante il week-end e con finalità ricreative.

Fig. 6 – Distribuzione per genere di chi si è ubriacato almeno una volta nell'ultimo anno



Fonte: Elaborazione su dati ISTAT [2008]

Fig. 7 – Binge drinking nella popolazione scolarizzata (una o più volte negli ultimi 30 giorni) per genere e classe di età



Elaborazione sui dati ESPAD-Italia@2007

Questo nuovo approccio all'alcol sposta altresì l'orientamento del bevitore verso altre bevande: più del vino, viene preferita l'assunzione di birra e di superalcolici, puri o miscelati in long-drink. Infine, il bere può essere associato anche ad episodi di eccesso, il cosiddetto *binge drinking*, vale a dire un'assunzione smodata, indirizzata al raggiungimento di uno stato di ebbrezza. Più precisamente, per *binge drinking* si intendono 5 o più bevute di fila in un'unica occasione (fig. 6-7).

## 6. Nuove dipendenze

Con nuove dipendenze intendiamo la diffusione di comportamenti diversi rispetto al consumo di droghe, che ne riproducono alcuni aspetti (compulsione, astinenza, ecc.), ma che non implicano l'intervento di alcuna sostanza chimica. Pensiamo, ad esempio, alle "dipendenze da comportamento", come il gioco d'azzardo, i disturbi alimentari, lo shopping compulsivo.

Il trattamento di tutte le forme di *addiction* comporta una revisione stessa del concetto. Rispetto al concetto di dipendenza, riscontriamo un certo dibattito in letteratura sulla sua definizione. Secondo la definizione di *addiction* fornita dal *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (DSM-IV) dell'*American Psychiatric Association*, si instaura una relazione di dipendenza – come uso patologico di una sostanza che manifesti menomazioni o disagio clinicamente significativo – quando si verificano tre delle seguenti condizioni per un tempo di almeno dodici mesi:

1. tolleranza, come bisogno di dosi progressivamente maggiori per raggiungere l'intossicazione o l'effetto desiderato, che non sono ottenuti da un uso continuativo di una quantità invariata;
2. astinenza, che si manifesta come sindrome caratteristica per ogni sostanza e che viene attenuata o placata dall'assunzione della sostanza stessa;
3. la sostanza viene assunta in quantità e per periodi di tempo superiori alle intenzioni originarie del soggetto;
4. vi è un desiderio persistente o tentativi falliti di ridurre o controllare la fruizione della sostanza;
5. l'individuo dedica una grande quantità di tempo a procurarsi la sostanza, ad utilizzarla (ad es. fumando una sigaretta dietro l'altra), o a riaversi dai suoi effetti;
6. si verifica una compromissione delle attività sociali, ricreative o lavorative imputabili all'uso della sostanza;
7. l'uso della sostanza si protrae nel tempo nonostante il soggetto abbia la consapevolezza del problema, di natura fisica o psicologica, verosimilmente causato dalla sostanza [APA 1998: 205].

Da più parti si è messo in evidenza come spesso le definizioni attribuite al concetto di *addiction* non tengano nel dovuto conto tutti i fattori sociali e culturali

che le influenzano. A seconda del diverso sistema di valori di riferimento, si elabora una differente concezione di dipendenza. Ne elenchiamo almeno tre:

1. *la dipendenza come devianza*. Il tossicomane è visto come soggetto moralmente “corrotto” e socialmente deprivato in ragione dell’assunzione di droghe e viene relegato ai margini della società. In questa prospettiva, gli interventi adottati sono di stampo proibizionista, il cui scopo ultimo è di ottenere una società libera da droghe. Tuttavia, i processi stigmatizzanti che si producono hanno nella maggior parte dei casi effetti controproducenti. Il potere attraverso cui «un’etichetta sociale può intervenire nella ridefinizione dell’identità del soggetto ha molto a che vedere con i processi di impotenza appresa, che fanno sì che un individuo non ritenga possibile un cambiamento nella sua vita [...], il cronicizzarsi della esclusione» [Meringolo e Zuffa 2001: 152].

2. *La dipendenza come malattia*: nell’Editoriale di un numero curato da R. West della rivista “Addiction”, l’autore è piuttosto chiaro: «la gravità del danno medico, psicologico e sociale che può essere causato dall’*addiction*, insieme al fatto che essa viola la libertà di scelta dell’individuo, indica che è appropriato considerarla come un disordine psichiatrico: un disordine della motivazione» [West 2001: 3]. P. Conrad e W. Schneider [1980] nel testo *Deviance e Medicalization* riportano un dettagliato excursus sui passaggi che hanno caratterizzato il ruolo della scienza medica rispetto al consumo di oppiacei dal XIX° secolo ad oggi: si è passati dal non considerare la questione, alla sua definizione come problema medico, alla sua criminalizzazione, fino ad una nuova rimedicalizzazione (attraverso la diffusione delle terapie metadoniche). Sul fatto che la dipendenza da sostanze psicoattive abbia a che fare con aspetti patologici, legati alle modificazioni neuro-biologiche indotte dalle sostanze, ci sono pochi dubbi. Tuttavia, la dipendenza è un fenomeno assai complesso, che va oltre il sintomo; il rischio è di considerare la parte per il tutto, di patologizzare il tossicodipendente e considerarlo come oggetto di trattamento specialistico. Da ciò, «si moltiplicano le figure degli specialisti del trattamento, psichiatrici, medici, psicologi e terapeuti che vanno a formare un corpus di competenze esperte, ma anche di modi di percepire il problema che istituzionalizzano e riproducono la concezione della tossicodipendenza come patologia» [Fazzi, Scaglia 2001: 13].

3. La dipendenza come relazione: «l'*addiction* può esistere soltanto *nella relazione fra* persone (corpo e mente), azioni (attività e sostanze) e cultura» [Larkin *et al.* 2006: 213]. La rilevanza del contesto sociale nell'influenzare i modelli di consumo è stata dimostrata dagli studi di Robins sui veterani che durante la campagna militare in Vietnam erano diventati assuntori abituali di oppiacei. Al loro ritorno, soltanto un'esigua parte continuò l'uso della sostanza: allontanati da un contesto altamente stressante, la maggior parte interruppe autonomamente l'assunzione, senza necessità di intraprendere un percorso terapeutico. Altri autori pongono l'accento sulla necessità di attribuire il giusto rilievo ai processi cognitivi che ogni soggetto stabilisce in interazione con altri: «le persone possono provare reazioni emotive effetto di credenze sulle proprie disposizioni emotive» [Elster 2001: 115]. Studi in merito sono stati compiuti da Eiser *et al.* [1978] sui fumatori di tabacco, indagando soprattutto la categoria dei dissonanti. Gli autori giunsero alla conclusione che al fine di ridurre la dissonanza cognitiva derivata dal perpetrare una pratica nociva per la propria salute nella consapevolezza dei rischi, i soggetti si auto-attribuivano una condizione di dipendenza. E questo, chiaramente, ostacolava in loro un effettivo cambiamento del comportamento.



# **1. Il Servizio Dipendenze dell'ASL Provincia di Mantova**

## **1.1. Cornice normativa**

La Regione Lombardia (con il D.G.R. n. 12621 del 7 aprile 2003) ha disposto che, in ogni ASL lombarda, sia istituito il Dipartimento tecnico-funzionale delle Dipendenze, a sua volta ricompreso all'interno del Dipartimento A.S.S.I. (Attività Socio-Sanitarie Integrate: Anziani, Disabili, Famiglia ed età evolutiva) ed afferente al Direttore Sociale della ASL.

Il Dipartimento Dipendenze, secondo tale DGR, comprende, al suo interno, uno o più Servizi Territoriali Dipendenze/Multidisciplinari Integrati (Ser.T.), strutture complesse laddove i pazienti in carico risultino almeno 1250/anno. Questi servizi si articolano in Unità Operative (ciascuna dotata di propria sede ed organico, al fine di erogare prestazioni nel campo della prevenzione, del trattamento, del reinserimento, di persone in stato di abuso e dipendenza da sostanze psicotrope, illegali e legali), e in Unità Funzionali (Prevenzione, Carcere, Unità di strada, Osservatorio Epidemiologico), le quali, a loro volta, possono operare su base distrettuale o sovradistrettuale, e utilizzano personale delle UU.OO. stesse. Il personale delle UU.OO. comprende le figure di medico, psicologo, assistente sociale, educatore professionale, infermiere professionale, operatore amministrativo, in numero tale, per quanto riguarda il comparto, da assicurare da un minimo di 21 a un massimo di 49 minuti di attività assistenziale a settimana per

paziente in carico, e, per quanto concerne i dirigenti, da risultare “adeguato al volume e alla qualità dell’utenza in carico”.

Le UU.OO. devono essere accessibili al pubblico per almeno 8 ore al giorno, con orario continuato, dal lunedì al venerdì (il sabato: secondo le necessità locali) e devono assicurare la somministrazione dei farmaci 365 giorni all’anno, festivi compresi.

Il Dipartimento delle Dipendenze, sempre secondo la DGR citata, comprende anche (laddove presenti) i Servizi Multidisciplinari Integrati (S.M.I.), strutture private, soggette all’accreditamento secondo standard predefiniti, che possono erogare prestazioni negli stessi campi di attività dei Ser.T. pubblici.

Il Dipartimento delle Dipendenze coordina, infine, gli Enti Accreditati del privato-sociale e tutti gli Enti che, nel suo ambito territoriale, intervengono nel campo dell’uso, abuso, dipendenza, da sostanze psicotrope, legali ed illegali.

## **1.2. Il funzionamento**

L’ASL Provincia di Mantova, preso atto che, nel 2002 (anno indicato dalla DGR per la rilevazione), gli utenti in carico al proprio Ser.D. risultavano 1165, ha deciso di individuarlo quale “struttura semplice” all’interno del Dipartimento A.S.S.I. e di non istituire il Dipartimento delle Dipendenze.

Le UU.OO. del Ser.D. sono organizzate su base distrettuale e sono distinte in una “sede principale” (Distretto di Mantova) e cinque “sedi periferiche” (Distretti di Guidizzolo, Asola, Suzzara, Ostiglia, Viadana); tuttavia, rispetto ad orari e tipologia di prestazioni erogate, la sede principale eroga, di fatto, prestazioni come una struttura complessa.

Le UU.FF. istituite sono due:

- a. *Equipe Carcere*, cui sono demandate le prestazioni assistenziali ai detenuti tossico e alcolodipendenti ristretti nella Casa Circondariale di Mantova;
- b. *Osservatorio delle Dipendenze*, cui sono demandati il coordinamento e la raccolta dei flussi informativi di attività, nonché lo studio e la ricerca epidemiologico-clinica.

Ciascuna equipe di Unità Operativa è coordinata da un “Referente” (un medico, a Castiglione delle Siviere; una psicologa, in tutte le altre sedi), il quale risponde

gerarchicamente al Coordinatore Sociale di Distretto (sociologa per Castiglione/Asola; psicologa, per Mantova, Viadana, Suzzara/Ostiglia), e funzionalmente al Responsabile del Ser.D. (medico psichiatra).

Le Referenti della sede di Viadana e della sede di Ostiglia svolgono altresì le funzioni di Coordinatrice Sociale dei rispettivi Distretti.

Le due UU. FF. rispondono direttamente al Responsabile del Ser.D. e sono coordinate rispettivamente: l'Equipe Carcere, dall'Educatrice Professionale della sede di Mantova, e l'Osservatorio, prima da un Assistente Sociale della sede di Mantova, poi dall'Infermiere Professionale della sede di Castiglione, l'uno e l'altro esperti in gestione dei flussi informatici.

– Orario d'apertura:

Le 6 sedi del servizio hanno ciascuna un proprio orario di apertura al pubblico, in funzione del personale in servizio e delle esigenze dell'utenza. La sede principale (Mantova) ha un'apertura per un monte-ore settimanale pari a 50, suddivise su 7 giorni, mentre le sedi periferiche operano solo dal lunedì al venerdì, ed hanno un'apertura media ciascuna pari a 28 h/settimana.

In larga misura, nel pomeriggio, l'accesso al servizio avviene su appuntamento (nella sede di Mantova, l'accesso è libero fino alle 16).

– Personale in servizio:

Il personale che opera nelle 6 UU.OO. e nelle 2 UU.FF. era composto (l'anno di riferimento è sempre il 2006) da 44 Operatori, di cui 21 (47,7%) a tempo pieno nello stesso servizio, 16 (36,4%) a tempo parziale, 6 (13,6%) che operano su due sedi alternando tra esse i giorni di presenza, 1 (2,3%) in maternità non sostituita.

Da questi dati, si ha la conferma della frammentazione che caratterizza il Servizio Dipendenze, la quale però contrasta con il rapporto operatori/utenti, pari a 1: 55 (1:31, se si considera solo l'utenza in carico).

Analizzando in singoli profili professionali, si trovano: 8 medici, 8 psicologi, 11 infermieri professionali, 9 assistenti sociali, 6 educatori professionali, 2 operatrici amministrative.

– Prestazioni erogate:

- trattamenti psico-sociali;
- colloqui con i famigliari;

- visite “a parere” su invio della Commissione Medica Locale Patenti per persone fermate dalle FF.OO. per guida in stato d’ebbrezza;
- gruppi di discussione per tipologia di pazienti: soggetti segnalati dalla Prefettura o soggetti inviati dalla C.M.L.P.G. (ai quali si propone questo trattamento, visto il quadro clinico);
- accoglienza, prima diagnosi, presa in carico, del paziente;
- individuazione di un programma terapeutico e riabilitativo mirato ai bisogni di ciascun paziente;
- somministrazione di terapie farmacologiche specifiche, sostitutive e non, con monitoraggio clinico e di laboratorio;
- attività di diagnosi psicologica, “counselling”, sostegno psicologico e psicoterapia;
- attività di orientamento e di sostegno in ambito sociale ed educativo;
- servizio per il trattamento del tabagismo;
- attività di prevenzione nelle Scuole e sul territorio.

### **1.3. I rapporti con gli Enti Accreditati**

Nel territorio della ASL, operano 5 Enti Accreditati, che gestiscono le seguenti strutture riabilitative:

- Cooperativa “Porta Aperta”, che gestisce:
  - una C.T. residenziale terapeutico-riabilitativa per Tossicodipendenti, a Casale di Roncoferraro, accreditata per 18 posti letto;
- Centro Mantovano di Solidarietà “Arca”, che gestisce:
  - una C.T. residenziale terapeutico-riabilitativa per Tossicodipendenti a Revere, accreditata per 17 posti letto;
  - una C.T. residenziale terapeutico-riabilitativa per Accoglienza, comprensiva di 1 Modulo per Alcolodipendenti, a Romanore, accreditate rispettivamente per 16 e per 8 posti letto;
  - una C.T. residenziale terapeutico-riabilitativa per Tossicodipendenti, con Modulo per Doppia Diagnosi a Marengo, accreditate rispettivamente per 12 e 6 posti letto;
- Coop.va “Arianna”, che gestisce:

- un C.D. semi-residenziale terapeutico-riabilitativo per situazioni di Tossicodipendenza e Doppia Diagnosi a Mantova, accreditato per 20 ospiti;
- una C.T. residenziale terapeutico-riabilitativa per Tossicodipendenti ed Alcolodipendenti a Mantova, accreditata (a partire dal 2007) per 10 posti letto;
- “Ce.P.I.A. S. Leonardo-Centro Primo Intervento Antidroga”, che gestisce:
  - una C.T. residenziale terapeutico-riabilitativa per Tossicodipendenti a Mantova, accreditata per 8 posti letto;
  - Fondazione “Exodus” di Milano, che gestisce:
    - una C.T. residenziale pedagogico-riabilitativa per Giovani tossicodipendenti a Cavriana (Mn), accreditata per 26 posti letto, di cui 2 per pazienti Alcol- e poli-dipendenti.

Questi Enti erogano prestazioni nel campo del trattamento, reinserimento, prevenzione, promozione ed attivismo sociali.

Nel campo dei Problemi-e-Patologie-Alcol-Correlate, operano i gruppi dell’Auto-aiuto di A.A., Al-ANon, Al-ATeen, e dei C.A.T..

In continuità con precedenti esperienze (Coordinamento Territoriale ex lege 45/’99, Progetti “Margherita” e “Kaleidos”), indirizzi della Regione Lombardia (Programmi di Assistenza Integrata; Progetto Obiettivo Dipendenze), evidenze della letteratura nazionale e internazionale, sulla centralità della collaborazione di rete e, in particolare, sull’integrazione tra Servizio Pubblico ed Enti del privato-sociale, i Presidenti degli Enti Accreditati, unitamente al Responsabile del Ser.D. e ai Coordinatori dei 6 Ser.T. (con la supervisione del Direttore del Dipartimento delle Dipendenze della ULSS 20 di Verona, all’interno del Progetto “Dalla intenzione all’azione di sistema”, finanziato ex lege 45/’99) hanno elaborato l’articolato documento “Organizzazione e regolamento del Dipartimento Dipendenze della ASL di Mantova”.

Il documento è stato presentato al Direttore Generale dell’ASL, nel dicembre 2005, ma non è stato recepito (anche in seguito a cambiamenti intervenuti nella Direzione Strategica); ciononostante, il lavoro di collaborazione e d’integrazione tra pubblico e privato-sociale è proseguito e prosegue a tutt’oggi.

Ne è testimonianza il Progetto “Integra-Mantova”, di nuovo elaborato insieme e di nuovo presentato alle competenti autorità (Direzione ASL, Amministrazione Provinciale, Comitato di Coordinamento dei Sindaci, Consiglieri Regionali mantovani, Uffici Regionali competenti, Comuni capofila distrettuali), le quali hanno espresso, tutte, parere favorevole, anche se a tutt’oggi il progetto è ancora in attesa di adeguato finanziamento.

Esso propone 5 campi di attività innovativa (consumatori di cocaina, minorenni a rischio, housing sociale post-cura, inserimenti residenziali brevi, carovana terapeutica), per differenziare e arricchire ulteriormente l’offerta terapeutico-riabilitativa e adeguarla alle nuove emergenze del territorio.

Ne sono ulteriore testimonianza i P.O.A.-P.O.F.A. dell’ASL degli ultimi 3 anni, che sanciscono formalmente la “strategia del sistema di intervento pubblico-privato delle dipendenze” nella provincia di Mantova, e definiscono alcuni interventi di ottimizzazione e miglioramento nella presa in carico delle persone con problemi di dipendenza.

#### **1.4. Il modello organizzativo**

Il Servizio sembra essere caratterizzato da una doppia valenza: una istituzionale ed una più riconducibile al processo di funzionamento.

Da un lato, la mancata istituzione del Dipartimento delle Dipendenze ha avuto come conseguenza il manifestarsi, via via nel tempo, di elementi di criticità:

a. *dell’intero sistema*: la mancata istituzione del Dipartimento priva i numerosi Enti che operano, formalmente ed informalmente, nel campo, di una sede “meta”, istituzionalmente riconosciuta, di progettazione e governance unitarie, nonché di un soggetto collettivo forte, che si faccia promotore, convinto e autorevole, della cultura e della pratica della collaborazione e integrazione di sistema.

b. *del versante pubblico*: la mancata istituzione del Dipartimento e l’individuazione del Ser.D. quale “struttura semplice”, espongono il servizio al paradosso prima citato e lo indeboliscono nella contrattazione interna ed esterna. La sua distrettualizzazione, poi, lo frammenta in 6 sottosistemi, che, risucchiati nelle logiche, organizzative e culturali, locali, faticano ad integrarsi e a

progettarsi in una *mission* di sistema. La doppia dipendenza, gerarchica e funzionale, delle UU.OO. da due autorità distinte (Coordinatore Sociale di Distretto e Responsabile del Ser.D.), che pure soffrono di livelli di intervento diversi (locale e sistemico), e la ridefinizione dei loro Coordinatori in “Referenti” anziché in “Responsabili”, non fanno che accentuare le criticità sopra menzionate.

c. *del versante privato-sociale*: anche gli Enti Accreditati soffrono della mancata istituzione del Dipartimento, perché questa assenza non permette loro di partecipare a pieno titolo alla progettazione e alla governance del sistema. L'emergenza della figura del “policonsumatore” e il diffondersi della “cultura della normalizzazione” anche nella provincia di Mantova, riducono la domanda a strutture costruitesi intorno ai bisogni degli utenti tradizionali e costringono gli Enti a impegnativi investimenti e a faticose innovazioni.

d. *del versante dell'auto-aiuto*: la sottovalutazione diffusa, nell'opinione pubblica e nelle istituzioni, dei P.P.A.C. e il principio dell'anonimato limitano gravemente il riconoscimento del valore e delle attività degli A.A. e dei C.A.T., e rendono faticosa la loro collaborazione con i Ser.T e gli Enti Accreditati.

D'altro canto, i dati raccolti (pur relativi al solo 2006) evidenziano come un modello di questo tipo “*a maglie larghe*” (o *loose coupling*, come lo definisce Manoukian), in cui coesistono tante e differenti rappresentazioni (spesso implicite) del lavoro con gli utenti, ha prodotto, nonostante le criticità e le difficoltà sopra indicate, importanti risultati, spesso poco riconosciuti all'interno dell'intero sistema.

La valorizzazione, soprattutto implicita, delle identità dei singoli Ser.T. e degli stessi Enti Accreditati, e il lavoro che, per anni, ciascuno di essi ha svolto e svolge nel proprio ambito territoriale, ha consentito lo svilupparsi di un sistema cooperativo dal basso, che sembra abbia risposto in maniera buona ai bisogni espressi dagli utenti ad essi rivoltisi.

Resta più che mai aperta la domanda come si possa ulteriormente migliorare la capacità di attrazione e la capacità di ritenzione in trattamento per gli utenti delle “tipologie tradizionali” e che di propria iniziativa si rivolgono al Servizio e agli Enti, e di come differenziare e arricchire l'offerta, in maniera da attrarre e ritenere in aggiunta gli utenti delle “nuove tipologie” che, anche in provincia di

Mantova, “bussano” ormai frequentemente: a giudizio degli scriventi l’istituzione del Dipartimento contribuirebbe grandemente a dare risposta positiva a queste 2 radicali domande.

### **1.5. Prospettive**

Una Circolare della Regione Lombardia del giugno ‘08 ha prescritto l’istituzione dei Dipartimenti delle Dipendenze in tutte le ASL lombarde: l’ASL di Mantova ha inserito la propria proposta in merito, all’interno del P.O.A.-P.O.F.A 2009 e il parere favorevole della stessa Regione è giunto nello scorso mese di gennaio.

La stessa Regione ha presentato, nel dicembre ‘08, ai Direttori Generali e Sociali di tutte le ASL lombarde, una propria proposta di “Dipartimento delle Dipendenze”, e ha avviato con loro un processo co-decisionale, che terminerà con una DGR specifica entro il marzo prossimo: tale DGR dovrebbe dare omogeneità organizzativa e funzionale a tutti i Dipartimenti della Regione e fare in modo che essi si costituiscano e operino quale “sistema integrato regionale delle dipendenze”.

Sempre la Regione Lombardia, con DGR dell’ottobre ‘07, ha disposto anche per gli Enti Accreditati il processo di budgettizzazione e la conseguente stipula dei contratti con l’ASL competente: la procedura, a Mantova, è stata avviata ed è in corso il suo monitoraggio presso la Direzione Sociale, con il coinvolgimento attivo degli Enti.

Nel settembre ‘08, ha preso avvio l’attività della Commissione di Vigilanza ASL sulla appropriatezza delle prestazioni dei Ser.T. e delle strutture degli Enti Accreditati; se adeguatamente organizzata da parte dei “Vigilanti”, e adeguatamente colta da parte dei “Vigilati”, sarà un’occasione preziosa per fare il punto sulle “buone prassi” già in atto e per migliorarle ulteriormente, in un impegno condiviso e in un confronto reciproco, basati sulla “logica della pari dignità e delle funzioni diverse”.



Infine, ultimo, ma non per questo ultimo in ordine di importanza, con DGR della primavera '08, sono state emanate le “Linee Guida regionali sulla prevenzione delle dipendenze”: per l’approccio di sistema e l’impianto di rete, contribuiranno anch’esse, e non poco, alla implementazione (organizzativa, funzionale, meta-cognitiva) della logica dipartimentale, individuata come la forma più adeguata di risposta al livello di iper-complessità raggiunto negli ultimi anni dalla “questione sostanze psicotrope”.

## **2. Il Dipartimento Dipendenze della ULSS 22 di Bussolengo**

### **2.1. Cornice normativa**

Il Dipartimento delle Dipendenze della ULSS 22 viene costituito circa 8 anni fa a seguito del D.G.R. n. 2217 del 22/06/1999 e si caratterizza come Unità Funzionale volta ad integrare servizi ed unità operative intra ed extra ULSS.

La finalità dell'organizzazione dipartimentale è quella di operare in una logica di sistema, che connetta ed integri servizi diversi – privato sociale accreditato, servizi per le dipendenze, reparti ospedalieri, medici di base, associazioni, enti ed istituzioni – con l'obiettivo di erogare prestazioni utili alla presa in carico di soggetti con problemi di *addiction* dalla strada (bassa soglia) al reinserimento sociale completo.

La guida del Dipartimento è caratterizzata da una bassa decisionalità/alta relazionalità al fine di costruire una rete integrata. Per realizzare ciò, il Coordinatore del Dipartimento ha istituito – ai sensi del D.G.R. n. 2217 del 22/06/1999 – due distinti organismi:

- Comitato Dipartimentale (o Nucleo Ristretto), con funzioni di gestione del Dipartimento, individuazione delle criticità e loro soluzioni, stesura del Progetto dipartimentale triennale; questo gruppo di lavoro si riunisce mediamente una volta al mese ed è composto da:
  - Coordinatore del Dipartimento (nonché Responsabile del Ser.T. di Bussolengo)

- Responsabile del Ser.T. di Villafranca di Verona
- Rappresentante della “Comunità dei Giovani” onlus
- Referente dell’A.C.A.T.
- Referente dell’A.A.
- Rappresentante del personale Ser.T. (dirigente)
- Rappresentante del personale Ser.T. (comparto)
- Comitato allargato, nel quale vengono discussi gli orientamenti proposti dal comitato operativo, proposte variazioni o innovazioni, condivise le priorità e le linee guida, evidenziate nuove problematiche, accolti e licenziati le linee guida e i protocolli d’intesa; ne fanno parte i comuni, le scuole, i reparti ospedalieri, i medici di base ed altri servizi dell’ULSS interessati.

L’attività di questo organismo è risultata più problematica: eccetto un periodo iniziale nel quale è stato appunto discusso e licenziato il Progetto triennale, in seguito gli incontri sono stati per lo più centrati sull’attribuzione dei finanziamenti alle iniziative presenti o proposte nel territorio.

Da qui l’idea del dr. Ceravolo di organizzare incontri “a tema”, al fine di stimolare la partecipazione dei soggetti realmente coinvolti.

Il principale punto di forza di questo modello è quello di aver dato vita ad una gestione “che tende ad unità”, nel rispetto degli specifici ruoli ed autonomie gestionali e di approccio al problema. Al Dipartimento afferiscono tutte le informazioni relative al lavoro con gli utenti dei singoli servizi e dal Dipartimento giungono ai servizi contributi economici per la gestione di progetti di prevenzione (ad esempio alle due associazioni dell’alcolismo); l’essere riusciti a dar vita alla “rete alcologica” è una dimostrazione di questo lavoro, ancora migliorabile.

Per contro, tutto ciò ha fatto emergere rivalità ed invidie tra operatori e tra servizi: non solo lungo l’asse pubblico-privato, ma anche tra i due Ser.T., come pure tra le realtà del privato sociale in senso lato.

Il punto di maggior criticità risulta essere la prevenzione: ogni servizio della ULSS tende a muoversi autonomamente, così come i singoli comuni; per ovviare a ciò il dr. Ceravolo sta operando affinché ogni comune individui al suo interno un referente della prevenzione, allo scopo di costruire una rete che consenta di non duplicare inutilmente iniziative ed ottimizzare l’uso delle risorse disponibili.

## 2.2. Il funzionamento

Il Dipartimento Dipendenze comprende al suo interno due Ser.T.: quello con sede a Bussolengo e quello con sede a Villafranca; operativamente, ogni servizio ha un proprio responsabile – per Bussolengo è lo stesso Ceravolo – ed una propria autonomia gestionale (ai sensi del D.M. n. 444/90).

– Orario d'apertura:

Entrambi i servizi hanno un'apertura media settimanale pari a circa 43h, nei soli giorni feriali, operano prevalentemente dalla mattina fino alle prime ore del pomeriggio, riservando solo uno/due pomeriggi lunghi a quell'utenza che non può accedere alle prestazioni negli altri orari. Il servizio di Villafranca (Vr) ha un orario specifico per la distribuzione dei farmaci.

– Personale in servizio:

Complessivamente operano nei due 29 operatori – 17 a Bussolengo e 12 a Villafranca – con un rapporto operatori/utenti pari a 1:37 (1:25 se consideriamo solo l'utenza in carico).

Analizzando poi le professionalità troviamo: 6 medici, 7 psicologi, 7 infermieri, 4 assistenti sociali (di cui una in maternità e non sostituita ed una part-time), 3 educatori e 2 amministrativi.

Da sottolineare la presenza di 5 operatori (pari al 17,2%) assunti a progetto o tramite convenzione con una cooperativa di servizi.

All'interno del Dipartimento si è dato vita ad un'Equipe Prevenzione, fisicamente collocata a Bussolengo, coordinata da una psicologa e composta dai tre educatori che non svolgono attività con l'utenza diretta del servizio.

Vi sono poi delle funzioni di responsabilità delegate a singoli medici: dall'ambulatorio per il tabagismo, ai prelievi HIV in anonimato, alla rete alcolologica e così via.

– Prestazioni erogate:

- trattamenti psico-sociali;
- colloqui/lavori con i genitori;
- supporto/aiuto;
- colloqui di gruppo;

- accoglienza, prima diagnosi e presa in carico del paziente;
- individuazione di un programma terapeutico e riabilitativo mirato ai bisogni di ciascun paziente;
- somministrazione di terapie farmacologiche specifiche, sostitutive e non, con monitoraggio clinico e di laboratorio;
- attività di diagnosi psicologica, “counselling”, sostegno psicologico e psicoterapia;
- attività di prevenzione, screening e collaborazione alla cura dell’HIV e delle altre MST, anche in collaborazione con altri servizi specialistici;
- attività di orientamento e di sostegno in ambito sociale ed educativo;
- attività specifiche per la prevenzione delle principali cause di morte e di inabilità (malattie infettive, overdose, ecc.);
- attivazione di programmi destinati alle prostitute;
- servizio per il trattamento del tabagismo;
- attività di riabilitazione e prevenzione delle ricadute.

### **2.3. I rapporti con gli Enti ausiliari**

Nel territorio sono operanti – e facente parte del Dipartimento Dipendenze – due C.T. della “Comunità dei Giovani” di Verona: una residenziale ad Albaré ed una Pronta Accoglienza a Bussolengo.

Queste realtà si configurano come “enti ausiliari”, ma in prospettiva la Regione Veneto punta a caratterizzarli come “enti autonomi fortemente coordinati”.

Sin da ora tra i criteri per l’accreditamento vi è l’accettazione del sistema dipartimentale; per il futuro si intende sovvenzionare il loro lavoro non più con il sistema delle rette, ma a budget, rendendole responsabili in proprio della cura dei pazienti da loro assistiti.

Molto attive sono l’A.C.A.T. e l’A.A., nonché diverse associazioni di volontariato operanti sul territorio.

Si segnalano anche i rapporti con le Case di cura convenzionate di Negrar e Peschiera del Garda per le patologie alcol-correlate.

## 2.4. Il modello organizzativo

Il servizio sembra essere caratterizzato da una forte spinta alla unitarietà ed integrazione del privato nel sistema pubblico attraverso la struttura dipartimentale, nella quale convivono - in questo modo - storie, culture e pratiche organizzative differenti; qua ci riferiamo, non solo alle strutture di cura accreditate, ma anche al personale che opera nei Ser.T. proveniente da cooperative di servizi.

Dall'analisi della normativa regionale - relativa all'istituzione del modello dipartimentale - emerge un sistema fortemente normato, con precise linee d'indirizzo circa l'integrazione dei servizi privati accreditati all'interno del Dipartimento delle Dipendenze, con il ruolo di "unità operative" a tutti gli effetti.

Per alcuni aspetti sembra un modello "*fideistico*", dove "fare sistema" - essere in rete tra i servizi - è quasi un precetto da assolvere, salvo poi osservare l'emergere di resistenze istituzionali e/o individuali a rimarcare la complessità del processo che si è avviato.

Il tentativo di ridurre ad unità procedure, interventi, rendicontazioni, ecc. se da un lato può portare ad una miglior razionalizzazione dell'intervento, dall'altro rischia - a nostro avviso - di non dare adeguato spazio alle peculiarità di ciascun soggetto presente nel sistema.

La libera scelta di cura da parte del cittadino è subordinata al fatto che la struttura privata sia accreditata, dunque parte integrante del Dipartimento

### **3. Il Dipartimento tecnico-funzionale delle Dipendenze dell'Asl di Brescia**

#### **3.1. Cornice normativa**

Il riferimento normativo nel settore delle tossicodipendenze è per l'ASL di Brescia, come per quella di Mantova, la Delibera della Giunta Regionale del 7 aprile 2003, n. 12621, che riguarda la determinazione dei requisiti standard per l'autorizzazione al funzionamento e all'accreditamento dei servizi privati e pubblici per l'assistenza alle persone dipendenti da sostanze illecite e lecite (art.12, comma 3 e 4, l.r.31/97), nonché gli indirizzi programmatici e le direttive sull'organizzazione dei servizi territoriali.

I principali cambiamenti introdotti dalla d.g.r. n. 12621 sono due:

- 1) la costituzione di un Dipartimento Tecnico-Funzionale delle Dipendenze, con funzioni di coordinamento e programmazione degli interventi nell'ambito delle dipendenze;
- 2) l'individuazione di due tipologie di strutture per l'erogazione di servizi con funzioni di cura e riabilitazione dall'uso di sostanze, di prevenzione e di cura delle patologie ad esse correlate: il *servizio territoriale dipendenze* e il *servizio multidisciplinare integrato*. Mentre il primo è pubblico, il secondo è costituito da un soggetto privato che deve ottenere l'accreditamento e stipulare un contratto con l'ASL di riferimento. Per l'accreditamento, sono ritenuti requisiti fondamentali: l'offerta dell'insieme delle prestazioni previste dalla d.g.r.

12621/2003; il rispetto delle procedure di presa in carico (cap.1 della d.g.r. n.12621/ 2003).

L'ASL di Brescia ha recepito entrambe le disposizioni. Si è costituito il Dipartimento tecnico-funzionale delle Dipendenze all'interno del Dipartimento ASSI (Attività Socio-Sanitarie Integrate).

Il Dipartimento delle Dipendenze è una struttura complessa cui competono le seguenti funzioni:

- coordinamento e programmazione degli interventi nell'ambito delle dipendenze;
- programmazione ed indirizzo tecnico-scientifico e tecnico-professionale;
- definizione di protocolli diagnostico-terapeutici e di linee guida;
- definizione di sistemi di valutazione e di monitoraggio delle attività erogate.

Invece, il 23 gennaio 2007, la società cooperativa sociale "Il Mago di Oz" di Ospitaletto ha sottoscritto un contratto con l'ASL di Brescia come servizio ambulatoriale integrato, previo accreditamento ottenuto dalla Regione, costituendo così il secondo caso regionale di Servizio Multidisciplinare Integrato (S.M.I.) (il primo è il Centro Accoglienza e Trattamento – CAD di Milano). Pur operando nel medesimo quadro normativo, che ne definisce requisiti e funzioni, S.M.I. e servizi territoriali dipendenze hanno assunto modalità operative differenti, come descritto nei paragrafi che seguono.

### **3.2. L'organigramma e il funzionamento**

Il Dipartimento Tecnico-Funzionale delle Dipendenze è articolato in due servizi:

- il Ser.T di Brescia, cui afferiscono 4 Unità Operative: l'U.O. di Brescia (più l'Unità Funzionale Unità di Strada), l'U.O. Carcere, l'U.O. di Sarezzo (Zanano) con équipe di alcologia, l'U.O. di Salò con équipe di alcologia (più l'Unità Funzionale di Desenzano);
- il Ser.T di Orzinuovi, cui afferiscono 5 Unità Operative: l'U.O. di Orzinuovi con équipe di alcologia, l'U.O. di Iseo/Chiari (con l'Unità Funzionale di Palazzolo),



l'U.O. di Leno, l'U.O. di Montichiari, l'U.O. NOA (Nucleo Operativo Alcoldipendenza).

Tali strutture complesse si occupano della prevenzione della diffusione di sostanze psicoattive legali ed illegali, nonché di interventi a favore della salute psico-fisica per le persone che presentano un uso problematico di droghe e per le loro famiglie.

– Orario d'apertura:

Le U.O. di Brescia, Carcere e Unità di Strada sono aperte al pubblico nei seguenti orari: da lunedì a venerdì, dalle 8.15 alle 16.15; da lunedì a giovedì su appuntamento, dalle 16.15 alle 19.00; venerdì su appuntamento, dalle 16.15 alle 18.00. La U.O. di Zanano (con Equipe Alcologia) è aperta da lunedì a venerdì, dalle 7.20 alle 16.30; nei mesi di luglio e agosto, dalle 7.20 alle 15.00.

La U.O. di Salò (con Equipe Alcologia) e la U.O. Prevenzione sono aperte da lunedì a venerdì, dalle 8.00 alle 16.30.

– Personale in servizio:

All'interno delle U.O., lavorano équipes multidisciplinari composte da medici, infermieri, psicologi, assistenti sociali ed educatori. Gli operatori svolgono attività di accoglienza delle richieste di cura delle persone che si rivolgono ai servizi, predisponendo un progetto personalizzato, che tenga conto per ogni utente di specifici aspetti (famiglia di origine, contesto sociale in cui vive, ecc.). Il progetto terapeutico, condiviso con l'interessato, può prevedere se necessario l'invio in comunità terapeutica e/o un accompagnamento al reinserimento sociale e lavorativo.

– Prestazioni erogate:

I Ser.T offrono:

- a. Consulenza, orientamento, accoglienza;
- b. Counselling sanitario e psico-socio-educativo all'interessato o alla famiglia;
- c. Diagnosi medica e psicologica, valutazione sociale e dei bisogni educativi;
- d. Prevenzione, diagnosi e cura delle patologie correlate;
- e. Definizione di programmi terapeutico-riabilitativi personalizzati;
- f. Trattamenti farmacologici;
- g. Sostegno psicologico, sociale ed educativo;
- h. Psicoterapia individuale, di coppia, familiare e di gruppo;

- i. Inserimenti in comunità terapeutiche;
- l. Inserimenti nei gruppi di auto-mutuo aiuto;
- m. Collaborazioni con Ospedali per ricoveri e dimissioni;
- n. Attività di prevenzione delle principali cause di morte e di inabilità (malattie infettive, overdose...) compresi gli interventi di riduzione del danno;
- o. Attività di reinserimento sociale, lavorativo e di prevenzione delle ricadute;
- p. Accoglienza, diagnosi e programmi terapeutici a favore di soggetti detenuti o sottoposti a misure restrittive della libertà;
- q. Promozione di gruppi non terapeutici su problemi correlati.

Inoltre, è possibile anche avere consulenze sulla normativa in vigore relativamente alle implicazioni amministrative e penali legate all'uso di sostanze illegali. L'accesso alle Unità Operative è gratuito, libero negli orari di apertura al pubblico, ed è rivolto non solo a chi vive il problema in prima persona, ma anche a familiari, amici o conoscenti ed a tutti coloro che desiderino avere informazioni in merito. Oltre alla tutela garantita dalla specifica legislazione sulla privacy, le persone che accedono ai Ser.T possono avvalersi dell'anonimato.

L'U.O. Unità di strada si occupa degli interventi rivolti alle persone tossicodipendenti attive con grave disagio sanitario, psicologico e familiare e con grave marginalità sociale. L'U.O. di Strada offre a queste persone la possibilità di poter usufruire di alcuni servizi:

- Distribuzione siringhe, profilattici, fiale di acqua distillata, Narcan e materiale informativo
- Counselling individuale
- Gruppi di informazione sanitaria e sociale
- Invio, orientamento e accompagnamento ai Servizi
- Offerta di beni di conforto (alimenti, vestiario, ecc.)
- Servizio docce
- Diagnosi sullo stato di tossicodipendenza e sulle malattie correlate
- Terapie Mediche
- Trattamento con Metadone a breve termine allo scopo di prevenire i rischi e i danni sanitari correlati alla tossicodipendenza
- Consulenza infermieristica e medicazioni

L'Equipe Prevenzione del Dipartimento Dipendenze dell'ASL di Brescia eroga prestazione di tre tipi:

- consulenza progettuale: si rivolge ad una committenza che esprime un bisogno, è portatrice di ipotesi progettuali, avanza un problema che non sa risolvere. In questo caso la committenza può essere un gruppo o un sistema e l'esito può essere la chiusura della consulenza, il ri-orientamento, la co-progettazione;
- interventi diretti specifici e di gruppo con adolescenti, giovani ed adulti che si differenziano nelle tipologie di informazione, sensibilizzazione e formazione. Si interviene utilizzando metodologie di approccio diversificate in base al target ed ai bisogni che esprime;
- collaborazioni progettuali ed operative con altri Servizi ed articolazioni ASL.

Il Dipartimento Tecnico-Funzionale delle Dipendenze comprende poi 4 organi/servizi: il Coordinamento Territoriale, il Comitato di Dipartimento, l'Osservatorio Provinciale e il Servizio Grave Emarginazione.

Con la delibera n. 620 del 10.08.05 e la delibera n. 773 del 2.11.05 è stato istituito l'Osservatorio territoriale sul fenomeno dell'uso, abuso e dipendenza da sostanze psicotrope Dipendenze al fine di analizzare e monitorare il fenomeno, di rilevare i cambiamenti in atto sia rispetto ai consumi sia rispetto alle caratteristiche dei consumatori/assuntori, di indirizzare gli interventi e le strategie operative per renderli sempre più sintonici con i bisogni emergenti, di fornire supporti informativi, qualitativi e quantitativi, necessari ed utili alla programmazione, progettazione e realizzazione delle attività di prevenzione delle dipendenze e di presa in carico e riabilitazione delle situazioni problematiche. Tra le prime iniziative dell'Osservatorio, vi è stata l'implementazione di un sistema di rilevazione delle prestazioni e delle caratteristiche dell'utenza in carico ai servizi, attraverso l'installazione e l'utilizzo di software dedicato che, dopo il necessario rodaggio e i tempi di formazione degli operatori, ha preso avvio nel gennaio 2007.

Il Servizio Grave Emarginazione, invece, è una struttura semplice con funzioni di programmazione, coordinamento e definizione di linee strategiche nell'ambito degli interventi a favore di tossicodipendenti e alcolodipendenti in gravi condizioni di marginalità, in particolare per gli interventi attivati dalle unità operative Carcere e Unità di Strada.

### **3.3. I rapporti con gli Enti Accreditati**

L'offerta dei servizi delle Comunità Terapeutiche si articola su 3 aree:

- servizi di accoglienza: accolgono persone con problematiche di dipendenza in particolari situazioni di emergenza, quindi senza selezione, per un periodo di tempo non superiore a 90 giorni. Sono strutture specifiche o moduli all'interno di altre strutture;
- servizi terapeutico-riabilitativi: sono sia a carattere residenziale (cioè con permanenza diurna e notturna) che semiresidenziale (con la sola permanenza diurna); accolgono persone con problematiche di dipendenza da sostanze lecite ed illecite e nei confronti delle quali, in accordo con gli operatori dei Ser.T./SMI, predispongono un progetto terapeutico personalizzato che si articola su un periodo di tempo non superiore ai 18 mesi;
- servizi pedagogico-riabilitativi: si rivolgono a persone con problematiche di dipendenza da sostanze lecite ed illecite e nei confronti delle quali, in accordo con gli operatori dei Ser.T./SMI, predispongono un progetto terapeutico personalizzato a prevalente carattere educativo che si articola su un periodo di tempo non superiore ai 30 mesi; possono essere sia residenziali, che semiresidenziali;
- servizi di trattamento specialistico: sono rivolti a persone con problemi di dipendenza molto specifici o associati a situazioni cliniche e personali particolari. Il trattamento specialistico ha luogo sia in unità di offerta che lo realizzano in modo esclusivo, sia in unità d'offerta che mettono a disposizione moduli specifici. La durata del trattamento specialistico non supera un arco di tempo di 18 mesi. A seconda della tipologia di utenza, i servizi di trattamento specialistico si distinguono in: servizi per coppie,

soggetti con figli, nuclei familiari; servizi per pazienti in comorbilità psichiatrica; servizi per alcol e polidipendenti.

Le comunità Terapeutiche presenti sul territorio dell'ASL della provincia di Brescia sono 23 di cui 18 accreditate e 5 autorizzate al funzionamento. Le 18 strutture accreditate hanno sottoscritto un contratto con l'ASL e percepiscono, per ogni persona ospitata, una retta giornaliera a carico dell'ASL differenziata per tipologia d'offerta, la cui entità è stabilita dalla Regione Lombardia.

Per poter accedere ai Servizi residenziali e semiresidenziali accreditati, ad eccezione dei Servizi di accoglienza, per i quali l'accesso può avvenire rivolgendosi direttamente alla struttura, è necessaria l'autorizzazione del Dipartimento Dipendenze dell'ASL sulla base di una certificazione dei Ser.T./SMI che attesti, dopo la fase diagnostica e di definizione del programma terapeutico, la necessità di inserimento nella specifica tipologia di servizio. In ogni caso l'Equipe curante dei Ser.T./SMI segue l'andamento del programma terapeutico in collaborazione con gli operatori delle strutture. Nel caso si desideri accedere ai Servizi solo autorizzati al funzionamento, ci si può rivolgere direttamente alla struttura.

### **3.4. Il Servizio Multidisciplinare Integrato della Cooperativa sociale “Il Mago di Oz” di Ospitaletto**

L'idea di dar vita ad un Servizio ambulatoriale per il trattamento delle dipendenze, che andasse in qualche modo a completare la filiera del processo di cura nell'ambito del privato sociale accreditato, nacque durante un tavolo territoriale che riuniva molte realtà bresciane impegnate in questo settore, finanziato con la L. 45.

Dal confronto che ne scaturì emerse la disponibilità dei Gruppi “Fraternità” (composto da circa una ventina di cooperative sociali) e “Pinocchio” (a sua volta comprendente quattro realtà) a dar vita ad una nuova Cooperativa che si occupasse della gestione del servizio.

Viene così a costituirsi – siamo nel 2005 – la cooperativa sociale “Il Mago di Oz”, la quale iniziò a progettare il Servizio Multidisciplinare Integrato di Ospitaletto (Bs), il secondo servizio ambulatoriale privato nato in Lombardia.

Il servizio ha ottenuto l'autorizzazione al funzionamento il 4 ottobre 2006 ed il 20 dicembre successivo l'accreditamento; l'avvio ufficiale è avvenuto il 23 gennaio 2007 con la stipula di un contratto tra la cooperativa e l'Asl di Brescia.

Il Servizio multidisciplinare integrato è una struttura privata soggetta all'accreditamento secondo gli standard definiti dalle normative regionali in materia; può erogare prestazioni negli stessi campi di attività dei Ser.D. pubblici e viene compresi dal punto di vista funzionale, così come previsto dal D.G.R. n. 12621 del 2003, nel Dipartimento tecnico-funzionale delle dipendenze.

Al momento<sup>4</sup>, lo S.M.I. di Ospitaletto ha in carico 353 utenti, di cui l'85% circa uomini e il 15% donne. Un dato interessante è costituito dalla tipologia di sostanza primaria degli utenti: per il 45% dei casi si tratta di cocaina; per il 23% di alcol; per il 17% di eroina; per il 10% di cannabinoidi e per il 5% di altre sostanze.

#### *3.4.1. Il funzionamento*

Attualmente il servizio è aperto al pubblico da lunedì a venerdì, dalle 10 alle 19 e sabato e domenica dalle 8.30 alle 10.30, per complessive 49h/settimana.

La sua gestione è affidata ad un'equipe di 14 operatori, coordinati da un educatore professionale che si occupa dell'organizzazione del servizio e dell'accoglienza degli utenti; le figure professionali coinvolte sono: medici (4), infermiera (1), assistenti sociali (2), educatori professionali (2), psicologi (4) ed una segretaria, cui va aggiunto uno psichiatra a consulenza.

Per quanto concerne le prestazioni offerte all'utenza, lo S.M.I. offre gli stessi trattamenti ed interventi erogati dai Servizi Territoriali per le Dipendenze (Ser.T.) dell'ASL e risponde agli stessi requisiti – sia strutturali che organizzativi – previsti dalla specifica normativa regionale. Analiticamente troviamo:

- trattamenti psico-sociali
- colloqui/incontri con i genitori
- colloqui di gruppo
- accoglienza, prima diagnosi e presa in carico del paziente;

---

4. I dati sono aggiornati al 16 aprile 2008.

- individuazione di un programma terapeutico e riabilitativo mirato ai bisogni di ciascun paziente;
- somministrazione di terapie farmacologiche specifiche - sostitutive e non - con monitoraggio clinico e di laboratorio;
- attività di diagnosi psicologica, “counselling”, sostegno psicologico e psicoterapia;
- attività di prevenzione, screening e collaborazione alla cura delle patologie correlate all’uso di sostanze, anche in collaborazione con altri servizi specialistici;
- attività di orientamento e di sostegno in ambito sociale ed educativo;
- attività specifiche per la prevenzione delle principali cause di morte e di inabilità (malattie infettive, overdose, ecc.);
- attivazione di programmi destinati alle donne, anche in collaborazione con altri servizi specialistici, prevedendo in particolare interventi relativi a gravidanza, prostituzione, episodi di violenza;
- attività di riabilitazione e prevenzione delle ricadute.

Queste prestazioni sono erogate – oltre che presso i locali del servizio – in vari contesti, quali il carcere, nelle strutture residenziali accreditate, in strutture del S.S.N.; inoltre gli operatori dello SMI, in accordo con i comuni, si recano direttamente nelle località dove viene segnalato un problema o un cliente che non può raggiungere il servizio, nel tentativo di agganciare quel target di utenza potenziale che difficilmente accede in modo spontaneo a questa tipologia di servizi.

Tutte le prestazioni erogate sono gratuite, fatto salvo quelle relative al gioco d’azzardo, per le quali è richiesto un ticket di €. 36.

Anche gli interventi di prevenzione rientrano nelle attività proposte dallo S.M.I. di Ospitaletto: attualmente sono in preparazione alcuni progetti, che però non hanno finanziamento regionale sulla base delle prestazioni tariffate e dunque sono totalmente a carico della struttura.

In passato sono già stati attivati progetti di informazione (sportelli aperti per genitori) in Val Sabbia, e contatti con un paio di parrocchie a causa di problema-

tiche riscontrate nei grest estivi. L'obiettivo è quello di intercettare la potenziale utenza direttamente là dove vive.

#### *3.4.2. I rapporti con il Servizio Pubblico*

A detta del responsabile del servizio, inizialmente il servizio non è stato ben visto a livello istituzionale, quanto piuttosto sopportato, mentre dalla Regione Lombardia veniva dato molto sostegno all'iniziativa.

Attualmente, a livello operativo, tra S.M.I. e la quasi totalità degli operatori presenti nel servizio pubblico vi è collaborazione e riconoscimento, anche se la scelta di un educatore professionale come responsabile del servizio non ha favorito il dialogo con gli altri servizi, diretti da medici.

#### *3.4.3. Il modello organizzativo*

Il servizio sembra essere nato e inizialmente cresciuto secondo una dinamica istituzionale di tipo “*contro dipendente*”, in un'implicita rivalità rispetto al sistema pubblico di cura, dettata anche dal suo mancato riconoscimento da parte di questi servizi.

L'esigenza di completare la filiera produttiva, la notevole percentuale di utenti inseriti o seguiti in strutture residenziali, sottolineano le origini del servizio stesso e dunque i modelli valoriali di riferimento.

Lo S.M.I. sembra essere in grado di una grande flessibilità gestionale – dove viene chiamato va, interviene, propone – e questo suo muoversi a tutto campo manifesta più la necessità di legittimare la propria esistenza che l'obiettivo di trovare una propria collocazione dentro al sistema dei servizi bresciani: il sostegno “forte” della Regione Lombardia paradossalmente complica questo processo, squilibrando le forze in campo.

La sua attività sembra intercettare una tipologia d'utenza che per diversi motivi preferisce non rivolgersi al servizio pubblico: persone ospiti delle tre strutture presenti nel territorio bresciano – “Mondo X”, “Shalom” e “Lautari” – che non hanno richiesto l'accreditamento, oltre che persone che vivono in situazioni di



disagio socio-economico in zone isolate della provincia ed hanno difficoltà a raggiungere un servizio, o soggetti (cocainomani in particolare) che all'idea di approcciarsi ad un servizio pubblico provano sentimenti di timore/vergogna di essere conosciuti; rilevante anche il numero di persone provenienti dal circuito penale.

La normativa regionale in materia, nel momento stesso in cui individua nel modello organizzativo dipartimentale il luogo idoneo ad integrare e razionalizzare i diversi interventi in materia di dipendenze, sembra accentuare molto la pari dignità dei servizi pubblici e dei servizi privati accreditati – e tra essi lo S.M.I. appunto – individuando criteri tecnico-funzionali per l'accreditamento.

In questo modo viene di fatto creato – dentro al sistema dei servizi – un rapporto più concorrenziale e meno cooperativo, dove la funzione di governance sembra assumere più i connotati di un tavolo territoriale di coordinamento e meno una funzione d'indirizzo e valutazione dell'intervento entro l'intero sistema.

## **4. Il Settore Dipendenze Patologiche dell'AUSL di Modena**

### **4.1. Cornice normativa**

Il quadro normativo nell'ambito delle dipendenze in Emilia-Romagna prevede un modello organizzativo originale. Con le Delibere 86/2006 e 2011/2007, la Regione ha previsto, di fatto, l'accorpamento alla salute mentale delle strutture previste per la cura e riabilitazione delle dipendenze. Con il Dipartimento Salute mentale e dipendenze patologiche così aggregato, si intende organizzare un sistema di servizi integrato tra le discipline di psichiatria adulti, neuropsichiatria infantile e dipendenze patologiche. L'obiettivo è di rafforzare un approccio globale alla presa in carico della persona (dalla prevenzione alla riabilitazione) e l'integrazione tra tutti i soggetti del sistema di cura (medici di famiglia, Comuni, il volontariato sociale e il privato accreditato). A livello regionale, è stato costituito un unico servizio (Salute mentale, dipendenze patologiche e salute nelle carceri) e le varie AUSL del territorio si stanno adeguando al modello. Inoltre, è stato recentemente approvato (Delibera della Giunta Regionale n. 698/2008) il programma Regionale dipendenze patologiche per il triennio 2008-2010, che ha come scopo quello di sviluppare l'integrazione tra i servizi per le dipendenze per favorire la qualità dell'assistenza e facilitare l'accesso dei cittadini alle attività di prevenzione e ai percorsi di cura e riabilitazione.

Nell'Azienda USL di Modena, le dipendenze patologiche costituiscono un settore all'interno del Dipartimento di salute mentale: più precisamente, il *Settore di*

*coordinamento delle attività di programmazione e assistenza riferite alle dipendenze patologiche.*

Il Settore è la struttura funzionale che garantisce a livello aziendale, nell'ambito del Dipartimento Salute Mentale, l'unitarietà della programmazione, dell'organizzazione e della valutazione dei processi assistenziali. Più in particolare, il Settore:

- è l'interlocutore naturale per l'Ufficio Tossicodipendenze della Regione, per l'Azienda, per il DSM, per il Privato Sociale, per l'Università e per gli Enti locali e per la Conferenza Sanitaria Territoriale, nel senso che interagisce e interloquisce con queste istanze affinché l'area funzionale sia qualitativamente e quantitativamente adeguata ai bisogni dell'utenza locale e omogenea sia al suo interno, sia con le altre analoghe della regione;
- definisce le linee guida per la buona pratica clinica e assistenziale in ambito medico - infermieristico, psicologico, socio - educativo e mette a punto i relativi strumenti di valutazione;
- opera per la buona organizzazione dell'intero Sistema dei Servizi;
- contratta e definisce il budget aziendale centralizzato per Enti Ausiliari convenzionati del Sistema dei Servizi e per le Case di Cura private;
- organizza e promuove tutte le attività di formazione, aggiornamento professionale permanente, studio, didattica e ricerca;
- gestisce l'Osservatorio Aziendale sulle tossicodipendenze.

Il Settore Dipendenze Patologiche lo si può immaginare come articolato in sei Unità Operative, i Ser.T, aggregate in tre Servizi di Area (Nord, Centro, Sud) interdistrettuale. Ne risultano tre livelli funzionali: del Settore, delle Aree, dell'Unità Operativa.

L'Unità Operativa Ser.T è la struttura distrettuale di base che ha il compito di produrre i “servizi attraverso la necessaria integrazione con le diverse componenti assistenziali e sociali localmente presenti nel territorio di riferimento” (v. deliberazione n°84). Il Ser.T distrettuale, in sostanza, eroga materialmente le diverse prestazioni – nei campi della prevenzione, cura e riabilitazione – agli utenti di tutti i tipi.

In particolare il Ser.T, con risorse adeguate alle esigenze dell'utenza, garantisce:

- l'accettazione, la presa in carico, l'osservazione terapeutica e la definizione di un profilo diagnostico;
- la proposta e lo sviluppo di un percorso terapeutico riabilitativo individualizzato che si avvalga, se possibile, di un ampio ventaglio di trattamenti (farmacologici, psicologici, assistenziali, educativi, riabilitativi ecc.)
- la prevenzione primaria e l'educazione alla salute, quella secondaria (facilitazione dell'accesso al servizio) e quella terziaria e a bassa soglia;
- collaborazione con altri soggetti istituzionali: altri servizi dell'AUSL, ospedalità privata, Enti Ausiliari del Sistema dei Servizi, servizi sociali dei Comuni, cooperazione sociale, volontariato, ecc. ecc.

Ogni Ser.T deve avere un (medico) dirigente responsabile (distinto dal responsabile di area) a cui toccano, come compiti principali, quelli di far funzionare l'équipe interprofessionale e di tenere i rapporti col direttore del distretto e col responsabile di Area. Le Unità Operative Ser.T, come visto, rappresentano la cellula operativa e organizzativa del Settore DD. Poiché, tuttavia, ogni singolo Ser.T, specie quelli più piccoli, dispone di un gruppo di lavoro piuttosto esiguo, non si può immaginare la sua piena autonomia, se non a rischio di un certo isolamento e di un'inconsistenza istituzionale. Pare, quindi, opportuno prevedere che, col parere favorevole dei direttori di distretto, queste cellule possano aggregarsi per formare entità di maggior spessore in termini di risorse, di organizzazione, di cultura operativa, ecc. Da ciò deriva la necessità di un'integrazione delle diverse unità operative in Aree interdistrettuali, identificate e definite in base a criteri geografici e affinità organizzative:

- Area Nord, costituita dalle unità operative dei distretti sanitari di Carpi e Mirandola;
- Area Centro, costituita dall'unità operativa maggiore del comune capoluogo, ma che è destinata a rispondere alle esigenze dei due distretti di Modena e Castelfranco E.;
- Area Sud, costituita dalle unità operative dei distretti sanitari di Sassuolo, Vignola e Pavullo.

Le funzioni del servizio interdistrettuale di ciascuna Area riguardano:

- assicurare l'ottimizzazione organizzativa e l'equità territoriale nella distribuzione delle risorse e nell'offerta di prestazioni;

- promuovere un'omogenea applicazione locale delle linee guida, delle procedure e dei protocolli per una buona pratica clinica, secondo le indicazioni elaborate dal Settore e/o dal Dipartimento SM;
- contribuire alla costituzione, a livello di Area interdistrettuale, del DSM di Area.

Per quanto riguarda il sistema dell'accreditamento, la normativa sul sistema in Emilia-Romagna risale agli anni '90 e fa riferimento alla Legge regionale quadro 12 ottobre 1998, n. 34 "*Norme in materia di autorizzazione e accreditamento delle strutture sanitarie pubbliche e private*" e alle successive modificazioni.

Tra il 2004 e il 2005, la normativa è stata revisionata, principalmente dalla DGR 23.02.2004, n. 327<sup>5</sup>, nonché da diversi provvedimenti specifici per ambiti di attività: per il settore delle dipendenze, ad esempio, con la DGR n. 26/2005, "*Applicazione della L.R. 34/98 in materia di autorizzazione e di accreditamento istituzionale delle strutture residenziali e semiresidenziali per persone dipendenti da sostanze d'abuso*".

Tale Delibera stabilisce, quindi, i requisiti specifici per l'accreditamento dei Ser.t e delle Strutture di Trattamento Residenziali e Semiresidenziali per persone dipendenti da sostanze. In particolare, prevede i requisiti per i servizi territoriali per le dipendenze: il Ser.T è una struttura ambulatoriale che può produrre servizi in materia di prevenzione, riduzione del danno, diagnosi, trattamento riabilitativo e reinserimento sociale delle persone con disturbi correlati all'assunzione di sostanze psicoattive. Per definirsi Ser.T occorrono almeno le funzioni di accoglienza e diagnosi e di trattamento ambulatoriale.

#### **4.2. Il funzionamento**

Il Settore Dipendenze patologiche dell'Azienda USL di Modena è strutturalmente inserito nel Dipartimento di Salute Mentale e si occupa di programmare, organizzare e valutare i processi assistenziali legati alle dipendenze (droga, alcol,

---

5. "Applicazione della L.R. 34/98 in materia di autorizzazione e di accreditamento istituzionale delle strutture sanitarie e dei professionisti alla luce dell'evoluzione del quadro normativo nazionale. Revoca di precedenti provvedimenti", che sostituisce anche la DGR 125/99.

tabacco, gioco d'azzardo). In tutti i 7 Distretti<sup>6</sup> sanitari dell'Azienda sono presenti: il Servizio per la Tossicodipendenza (Ser.T), il Centro Alcolico ed il Centro Antifumo.

Il Servizio Tossicodipendenze (Ser.T) tutela e promuove la salute, assicurando gli interventi di prevenzione, trattamento, cura e riabilitazione, dei disturbi da uso ed abuso di sostanze psicoattive. Il servizio opera tramite un'équipe composta da operatori con differenti competenze, in grado di intervenire sulla persona in modo globale. Il percorso di osservazione e diagnosi attuato nella fase iniziale, è finalizzato a proporre e condurre trattamenti terapeutico-riabilitativi personalizzati, pluri-specialistici e flessibili.

I trattamenti possono essere ambulatoriali (interventi educativi, psicoterapie, interventi di supporto psicologico, trattamenti farmacologici anche a base di farmaci sostitutivi, interventi assistenziali diretti al reinserimento sociale del soggetto), residenziali (ricoveri ospedalieri programmati, Centro di Osservazione e Diagnosi, Comunità Terapeutiche) o semiresidenziali (Centri diurni). Viene garantita la continuità di cure e la verifica continua dell'efficacia dei percorsi terapeutici. Il Servizio collabora e si raccorda con gli altri servizi presenti sul territorio, sia con quelli pubblici a carattere sanitario e sociale, sia con quelli del privato sociale accreditato, degli ospedali privati e del volontariato, operando secondo modalità condivise. Al Ser.T possono accedere tutte le persone che hanno problemi di uso ed abuso di sostanze stupefacenti illegali (eroina, cocaina, cannabinoidi, ecstasy, allucinogeni, ecc.) e/o legali (psicofarmaci).

Il Centro Alcolico, invece, si occupa di prevenzione, diagnosi e cura dei disturbi e problemi legati al consumo e all'abuso di alcol. Il servizio, tramite una équipe specializzata composta da figure professionali diverse (medico, psicologo, assistente sociale, educatore), interviene con un percorso iniziale di osservazione e diagnosi, finalizzato a proporre e condurre trattamenti terapeutico-riabilitativi personalizzati, plurispecialistici e flessibili.

Il Centro collabora con le associazioni di auto-mutuo aiuto presenti sul territorio (Club Alcolisti in Trattamento, Alcolisti Anonimi, Familiari di Alcolisti Anonimi), per favorire l'inserimento nei gruppi di auto-aiuto delle persone con di-

---

6. I distretti sono: Carpi, Castelfranco Emilia, Mirandola, Modena, Pavullo nel Frignano, Sassuolo, Vignola.

sturbi da abuso di alcol e dei loro familiari. Il Centro collabora, inoltre, con gli altri servizi sanitari dell'Ausl, con i servizi sociali degli Enti Locali, con il privato sociale accreditato, l'ospedalità privata accreditata e il volontariato impegnati nell'area degli interventi di prevenzione e di cura dei problemi alcol-correlati, operando secondo modalità condivise.

Il Centro Antifumo si occupa della prevenzione, diagnosi e cura del tabagismo. Offre consulenza e trattamenti mirati a favorire la cessazione del consumo di tabacco da parte del fumatore. Ciò avviene in particolare tramite corsi intensivi di gruppo per smettere di fumare, condotti da personale appositamente formato. Questo trattamento, dieci incontri nell'arco di due mesi, è lo strumento più efficace e la forza del metodo sta nell'auto-aiuto e nell'identificazione reciproca tra i fumatori che partecipano al corso. Si smette di fumare progressivamente in due settimane: quando il consumo di tabacco cessa definitivamente, per intervenire sui sintomi di astinenza, sono previste terapie con prodotti sostitutivi della nicotina e/o altri ausili farmacologici. Nella fase successiva del corso seguirà una specifica attività di prevenzione delle ricadute per incrementare la motivazione e l'autostima dell'ex fumatore. Ciò servirà a mantenere e a consolidare nel tempo i positivi risultati raggiunti a fine corso.

#### **4.3. I rapporti con gli Enti accreditati**

L'integrazione delle strutture pubbliche e private è particolarmente sostenuta a livello regionale. Il rapporto delle Aziende Usl con il privato sociale si è consolidato nel 2007 nel nuovo accordo siglato tra la Regione Emilia-Romagna e il Coordinamento Enti ausiliari, che riunisce 26 Enti che gestiscono comunità terapeutiche<sup>7</sup>. L'accordo definisce tra le priorità:

- la programmazione comune degli interventi tra Aziende Usl e strutture accreditate del privato sociale;
- la messa a punto di percorsi specifici che rispondano ai nuovi stili di consumo di sostanze (poliassunzione, uso di cocaina e psicostimolanti);

---

7. L'Accordo tra la Regione Emilia-Romagna e il Coordinamento degli Enti Ausiliari in materia di prestazioni erogate a favore delle persone dipendenti da sostanze d'abuso è stato approvato con deliberazione della Giunta regionale n. 1005/2007.

- la promozione della salute e di stili di vita sani, con interventi specifici legati alla prevenzione del fumo di tabacco e del consumo inadeguato di alcol.

Nella provincia di Modena, intervengono nel trattamento della tossicodipendenza le Comunità terapeutiche degli Enti ausiliari del privato sociale, sia interne che esterne al territorio provinciale, gli ospedali privati modenesi e le diverse strutture dei Servizi di Salute Mentale dell'Azienda USL, per i soggetti che oltre alla tossicodipendenza hanno anche una diagnosi specialistica psichiatrica. In particolare, gli Enti ausiliari che gestiscono strutture e programmi terapeutici nel territorio modenese sono tre: il Centro di Solidarietà (CeIS) di Modena, l'Angolo di Modena e la Libera Associazione Genitori (LAG) di Vignola. Gli ospedali privati modenesi che operano nell'area sono due: Villa Rosa e Villa Igea. A Villa Rosa vengono effettuati dai Ser.T ricoveri programmati per la disintossicazione e la valutazione specialistica psichiatrica. A Villa Igea è, invece, operativo già da alcuni anni un reparto specializzato nella cura delle persone in cui coesistono la tossicodipendenza ed il grave disturbo mentale.

#### **4.4. Il modello organizzativo**

Il modello di intervento sviluppato nella provincia di Modena nell'ambito delle dipendenze patologiche si caratterizza per due aspetti:

- una presenza sistematica sul territorio di servizi rivolti alla presa in cura per le dipendenze da droghe sia legali, sia illegali, con l'apertura per ogni distretto di un centro antifumo e di un centro alcologico;
- una spiccata integrazione tra enti pubblici ed enti ausiliari, formalizzata in un Accordo e caratterizzata dai principi di cooperazione e sussidiarietà.

Il modello di integrazione pubblico/privato si esplicita nel riconoscimento di strutture già operanti sul territorio che, attraverso un processo di accreditamento, possono svolgere alcune funzioni in un rapporto collaborativo, anziché competitivo, con i servizi pubblici.

Per meglio comprendere come si espliciti operativamente tale rapporto, consideriamo due tra le varie unità operative che agiscono sul campo: il Ser.T di Mo-



dena e il Centro di Solidarietà di Modena (Ceis), di cui è stata accreditata la Struttura di Accoglienza e Diagnosi (SAD).

Il Ser.T di Modena ha alle spalle una storia particolare: data la posizione in cui è situato, i rapporti con i residenti non sono mai stati buoni. Il servizio, infatti, si trova in una zona residenziale nel centro della città, che oltre ad “infastidire” la cittadinanza, non garantisce un adeguato livello di anonimato. Inoltre, i cambiamenti nei modelli di consumo di droghe e l’emergere di nuovi bisogni da parte dell’utenza mettono i servizi di fronte all’esigenza di ri-organizzare l’offerta.

Pertanto, per venire incontro anche alle richieste dei cittadini residenti in zona, il Ser.T ha ridotto le sue attività, spostando altrove o delegando alcuni interventi. Il centro alcolismo e tabagismo sono stati spostati in altra sede, mentre si è stretto il rapporto con gli attori del privato sociale che già operavano nel settore delle dipendenze (tra cui il Ceis, appunto), al fine di decentrare alcune funzioni.

La logica di integrazione che contrassegna il rapporto fra enti pubblici ed enti ausiliari ha permesso alle strutture di razionalizzare al massimo le risorse e di specializzare gli interventi, evitando inutili sovrapposizioni.

Ser.T e Ceis, ad esempio, garantiscono all’utenza una presenza continua durante la giornata, coordinando i loro orari di apertura: il primo resta aperto la mattina (8.15-13.45), mentre la struttura di accoglienza e diagnosi accreditata del Ceis il pomeriggio (dalle 13.30 alle 18.30).

Il Ceis offre un servizio specializzato su interventi brevi e predisponde programmi specifici di due settimane per il recupero di persone dipendenti da cocaina, basati su un modello cognitivo-comportamentale. Al momento – i dati non sono ancora ufficiali – la maggior parte dell’utenza (circa il 50%) della Struttura ambulatoriale di accoglienza e diagnosi del Ceis è composta da consumatori di cocaina come sostanza primaria.

Il modello di collaborazione tra Ceis e Ser.T prevede inoltre alcune deleghe e diversi progetti attivati:

a) il Ceis è dotato di un punto di prelievo, a disposizione non solo dell’utenza che accede vi direttamente, ma anche degli utenti in carico al Ser.T. Quella parte di utenti Ser.T che per vari motivi non può recarsi al servizio negli orari di apertura per eseguire gli esami di routine viene indirizzata al Ceis;

b) tutte le persone straniere con problemi di alcol e droga che siano in possesso del tesserino STP (Straniero Temporaneamente Presente) vengono inviate al Ceis;

c) i progetti di prevenzione nelle scuole sono portati avanti in collaborazione, suddividendo le richieste degli istituti tra le due strutture, per evitare duplicazioni ed inefficienze;

d) è attivo al Ceis un progetto-famiglie (5 gruppi multi-famigliari di diversa tipologia): i familiari degli utenti del Ser.T che desiderassero un sostegno possono accedere ai gruppi organizzati dal Centro;

e) il Ceis svolge un servizio di trasporto per gli utenti.

Si è creato un gruppo di coordinamento composto da membri sia del Ser.t, sia della SAD del Centro di Solidarietà, che periodicamente si riunisce per monitorare l'andamento dei progetti in corso.

L'accreditamento della struttura è stato preventivamente presentato e discusso con gli enti locali (Comune di Modena, Assessorato alle politiche sociali) nei tavoli previsti per i Piani di Zona. I Piani, infatti, costituiscono un momento di confronto fra i soggetti che operano sul territorio e consentono una programmazione concertata e una più efficiente gestione delle risorse.

La forma di collaborazione tra Ser.T e Ceis riflette una più generale articolazione dei rapporti, tra enti istituzionali e non, secondo una logica di rete. Servizi in rete, continuità delle cure e appropriatezza delle prestazioni erogate paiono essere le linee direttrici del modello organizzativo del Settore Dipendenze Patologiche dell'Ausl di Modena.

## **Conclusioni**

### **Modelli di intervento a confronto**

I cambiamenti avvenuti nei modelli di consumo di sostanze psicoattive (brevemente descritti nell'Introduzione) pongono l'esigenza di ripensare e riorganizzare la rete dei servizi rivolti alle dipendenze patologiche. Sono due le azioni previste dal quadro normativo nazionale per tale ri-organizzazione<sup>8</sup>:

a) l'adozione di una struttura dipartimentale per le dipendenze patologiche, nella doppia possibilità di costituire un dipartimento tecnico-funzionale (non dotato di una specifica configurazione gerarchico-amministrativa, al quale afferiscono, mantenendo le specifiche attribuzioni e competenze, in quanto dotate di proprio budget, tutti i soggetti coinvolti nell'area assistenziale della tossicodipendenza, sotto la guida di una figura di coordinamento) o un dipartimento strutturato (che, al contrario, presenta una piena autonomia gestionale – nei limiti previsti dalla generale organizzazione dell'azienda – e nel quale le unità organizzative aziendali coinvolte operano in condizioni di dipendenza gerarchica da una specifica figura apicale, che controlla anche le risorse e definisce le convenzioni con le strutture accreditate

b) l'integrazione fra servizi pubblici e privati, a livello inter-istituzionale, che prevede la diretta partecipazione operativa e decisionale del privato sociale accreditato o autorizzato (enti ausiliari, associazioni di volontariato, associazioni di promozione sociale e "no-profit", associazioni famiglie, ecc.); a questi soggetti «con specifici provvedimenti di accreditamento delle Regioni

---

8. Il rimando legislativo è all'Accordo Stato-Regioni del 21 gennaio 1999 e al Decreto del Ministero della Salute del 14 giugno 2002.

e delle Aziende sanitarie locali, viene riconosciuto un ruolo strategico determinante nell'ambito dello sviluppo di un moderno sistema di prevenzione e di protezione della salute. Nei quattro modelli organizzativi illustrati, tuttavia, il processo di ri-organizzazione è stato diversamente recepito.

Esaminando i dati di sfondo raccolti nei 4 servizi, si nota come le diverse strutture siano piuttosto differenti sia per quantità di utenza che vi afferisce, sia per tipologia di assuntori problematici (figg. 8-9).

Fig. 8 – Distribuzione degli utenti in carico per tipologia (v.a.)

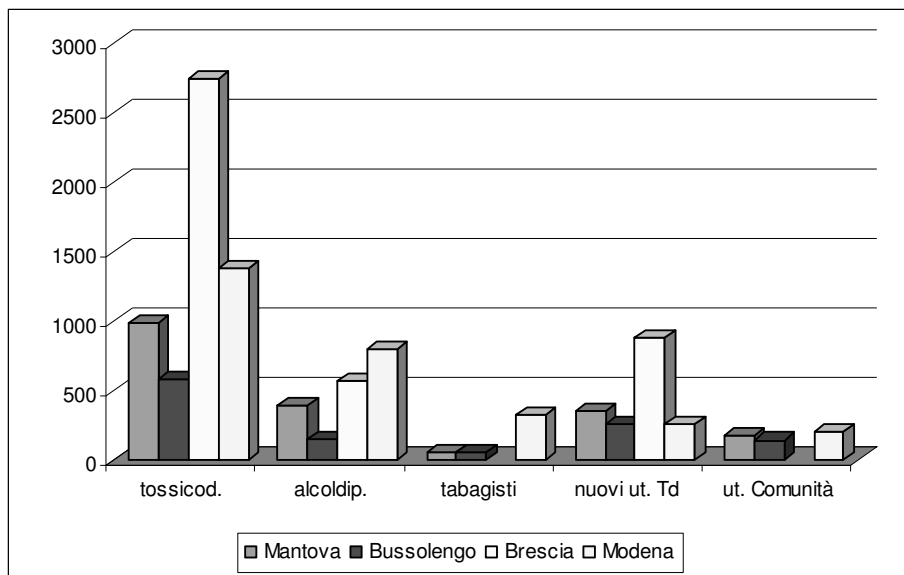


Fig. 9 – Distribuzione degli utenti per sostanza primaria (% sul totale dell'utenza in carico)

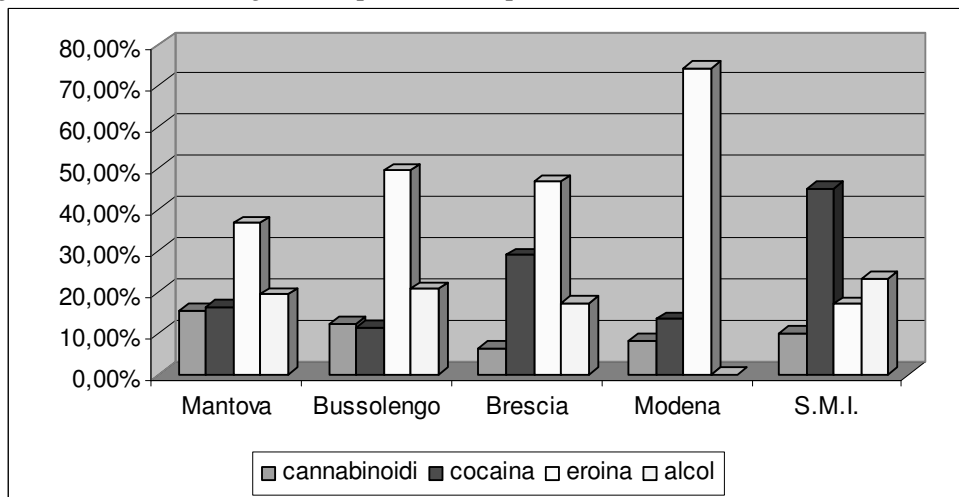


Fig. 10 – Comparazione tra i 4 modelli di intervento

	Mantova	Bussolengo	Brescia	Modena
Struttura di riferimento	Servizio Dipendenze all'interno del Dipartimento ASSI. Dipartimento delle Dipendenze in via di costituzione	Dipartimento delle Dipendenze	Dipartimento tecnico-funzionale delle dipendenze, all'interno del Dipartimento ASSI	Servizio dipendenze afferente al Dipartimento Salute Mentale
Riferimenti normativi	D.G.R. 7 aprile 2003, n. 12621	D.G.R. 22 giugno 1999, n. 2217	D.G.R. 7 aprile 2003, n. 12621	
Soggetti operanti	Ser.T, Enti accreditati	Ser.T, enti ausiliari	Ser.T, Servizio Multidisciplinare integrato, Enti accreditati	Ser.T, Enti accreditati
Modello di intervento	Sistema "a maglie larghe"	Sistema integrato	Sistema "a doppia presenza"	Sistema a rete
	<p><i>Aspetti positivi:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- valorizzazione dell'identità dei singoli servizi</li> <li>- legami deboli e sistema più dinamico</li> </ul> <p><i>Aspetti negativi:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- mancanza di governance unitaria</li> <li>- sovrapposizione di livelli organizzativi (es. Distretto/Servizio Dipendenze) e frammentazione locale</li> <li>- enti accreditati esclusi dalla programmazione</li> </ul>	<p><i>Aspetti positivi:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- programmazione coordinata del sistema dei servizi, con partecipazione degli enti accreditati</li> </ul> <p><i>Aspetti negativi:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- accentramento dei processi decisionali sul Dipartimento</li> <li>- indebolimento del ruolo degli enti ausiliari</li> </ul>	<p><i>Aspetti positivi:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- maggiore libertà di scelta per i cittadini</li> <li>- stimoli al miglioramento continuo</li> </ul> <p><i>Aspetti negativi:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- rapporti tra pubblico e privato più orientati alla competizione che alla cooperazione</li> </ul>	<p><i>Aspetti positivi:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- forte integrazione tra pubblico e privato</li> <li>- programmazione degli interventi e gestione delle risorse concertata a livello locale (Piani di Zona)</li> </ul> <p><i>Aspetti negativi:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- programmazione accentrata nelle strutture pubbliche</li> <li>- scarso dinamismo del sistema</li> </ul>

Il modello di Mantova è stato definito "a maglie larghe". Non essendo ancora ufficialmente adeguato alla Delibera regionale n. 12621 del 7 aprile 2003 e, quindi, al modello organizzativo dipartimentale (pur se ormai pare in via di costituzione), il sistema dei servizi di Mantova riconosce nella prassi un rapporto di collaborazione fattiva con gli enti accreditati, ma sconta la mancanza di un centro di coordinamento. Come dichiarato nella Delibera citata, il dipartimento tecnico-funzionale va riconosciuto come «il luogo idoneo a razionalizzare ed integrare in

un insieme organizzativo e coerente la qualità e la destinazione di tutti gli interventi in materia di dipendenze». La frammentazione locale su base distrettuale rende difficoltosa l'attuazione di strategie di coordinamento da parte del Ser.D; gli interventi "a macchia di leopardo" possono portare a sovrapposizioni ed inefficienze. Gli enti accreditati faticano a svolgere un ruolo di programmazione sul territorio coordinata e le stesse unità operative sono strette tra il livello locale e quello sistemico.

Il modello di Bussolengo, invece, è orientato alla costituzione di un sistema integrato preventivo-terapeutico-riabilitativo delle dipendenze, che ha trovato nella struttura dipartimentale il legittimo strumento. Il Dipartimento (funzionale) delle Dipendenze, come previsto dalla D.G.R. 22 giugno 1999, n. 2217, svolge quel ruolo di governance nel sistema dei servizi. È formato da varie componenti (pubbliche e private) con pari dignità, con compiti, responsabilità e ambiti di intervento diversi, ma necessariamente coordinate e integrate per garantire continuità assistenziale e appropriatezza delle prestazioni erogate. Così, da un lato l'istituzione del Dipartimento delle Dipendenze garantisce l'integrazione fra i vari soggetti: la creazione di una "rete alcolica" lo dimostra. Inoltre, l'integrazione è promossa non soltanto a livello organizzativo, ma anche da un punto di vista "culturale". La regione Veneto, infatti, è stata la prima in Italia a dotarsi di una *Dichiarazione Etica contro l'uso non terapeutico di sostanze stupefacenti e psicoattive* (D.G.R. 27 ottobre 1998, n. 3877), in cui si stabiliscono una serie di principi generali che dovrebbero orientare l'azione di tutte le strutture socio-sanitarie impegnate nell'ambito delle dipendenze. Precisamente, si sostiene che: "vi è il forte bisogno di identificare e condividere socialmente una strategia quanto più possibile diffusibile, che sia finalizzata a contrastare l'uso non terapeutico di sostanze psicoattive e che sia basata, ciò che più rileva, su principi e metodi promoventi l'adesione volontaria e consapevole a stili di vita che assicurino la tutela della salute e dell'integrità della persona nel suo complesso".

Dall'altro lato, tuttavia, tale modello corre il rischio di accentrare ed omogeneizzare l'offerta di servizi sulla struttura dipartimentale: tra i criteri previsti per l'accreditamento del privato sociale, vi è appunto l'accettazione del Dipartimento. L'integrazione potrebbe trasformarsi in "adesione fideistica", indebolendo la

partecipazione e la forza di contrattazione dei soggetti che compongono gli organi preposti al coordinamento (Comitato Dipartimentale). Va comunque detto che vi è la volontà di ridefinire il ruolo delle strutture di privato sociale, da “organi ausiliari” a “enti autonomi fortemente coordinati” e di sovvenzionarli non più attraverso le rette, ma con un sistema di budget, responsabilizzando così la loro attività.

Pur agendo nel rispetto del medesimo quadro normativo regionale, il modello di Brescia si differenzia in molti aspetti da quello di Mantova. La struttura dipartimentale è stata efficacemente recepita, così come la possibilità prevista per un ente privato di accreditarsi come Servizio Multidisciplinare Integrato. Come detto, lo S.M.I. rappresenta una struttura “fotocopia” del Ser.T e ne deve rispettare pertanto i requisiti tecnici, funzionali e strutturali. Come esplicitato nel *Programma Regionale Dipendenze*, un servizio privato che ottenga l’accreditamento come S.M.I. può svolgere le medesime funzioni del Ser.T in campo di prevenzione, trattamento e riabilitazione delle dipendenze. Pur essendo un soggetto privato, lo S.M.I. è integrato nel sistema dei servizi e, come il Ser.T, deve afferire al Dipartimento delle Dipendenze; tuttavia, potrebbero sorgere difficoltà qualora si ponesse come struttura alternativa, anziché integrata o sussidiaria, ai Ser.T pubblici. È esattamente quello che è accaduto a Brescia, dove lo S.M.I. di Ospitaletto è stato istituito secondo una dinamica istituzionale di tipo “*controdependente*”, in un’implicita rivalità rispetto al sistema pubblico di cura.

Il sistema cosiddetto “a doppia presenza” mostra il vantaggio di riconoscere e valorizzare quelle risorse del privato sociale che possono offrire un servizio specialistico o rivolgersi a categorie specifiche di utenza (ad es. i cocainomani), parificandole con quelle pubbliche. Tuttavia, il processo deve essere concertato e adattato alle forze già attive in campo. Sarebbe più opportuno, a nostro avviso, puntare alla specializzazione del servizio privato, anziché omologarlo al Ser.T, onde evitare situazioni di competizione a danno del sistema generale.

Gli “svantaggi” del modello implementato a Brescia pare siano stati recepiti. È difatti molto recente la costituzione di un terzo S.M.I. a Lecco, denominato Broletto, che tra i suoi intenti espliciti vi è quello di non riprodurre il sistema bresciano. Il Servizio di Lecco nasce in stretta collaborazione con il Ser.T, per quan-

to riguarda la programmazione e l'assistenza agli utenti. Specializzandosi verso l'utenza più giovane, lo S.M.I. Broletto intende dichiaratamente fornire una risposta integrata con tutti i servizi della provincia, al fine di evitare discontinuità o sovrapposizioni degli interventi.

Infine, per quanto riguarda il modello modenese, a colpire l'attenzione è la forte integrazione fra pubblico e privato sociale, formalizzata da tempo in un protocollo d'intesa tra Regione e Coordinamento Enti Ausiliari (ora Enti accreditati), riproposto anche per il triennio 2007-2009. Il sistema a rete, inoltre, coinvolge fattivamente anche gli Enti locali, che trova nei Piani di Zona lo strumento più idoneo di realizzazione. Il caso citato di collaborazione fra Ser.T di Modena e Ceis dimostra come l'impiego delle strutture private si orientato verso principi di cooperazione e sussidiarietà con gli enti pubblici. L'unico svantaggio che si può intravedere è che un'eccessiva formalizzazione dei rapporti faccia perdere dinamismo al sistema e all'offerta dei servizi, a discapito della libertà di scelta del cittadino.

*Fig. 11 – Modelli di regolazione dei sistemi socio-sanitari*

	<i>Approccio basato sulla programmazione pubblica</i>	<i>Approccio basato sulle dinamiche di mercato</i>
Aspetti positivi	<ul style="list-style-type: none"> <li>- il sistema è orientato al bene pubblico</li> <li>- l'offerta si sviluppa in funzione del bisogno e non della produzione di utile</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- sistema aperto, recupera dinamiche positive dalla concorrenza</li> <li>- incentiva il miglioramento continuo</li> <li>- il cittadino è protagonista dei processi di scelta</li> </ul>
Elementi di criticità	<ul style="list-style-type: none"> <li>- si costruiscono condizioni di monopolio o oligopolio</li> <li>- non c'è tensione al miglioramento continuo</li> <li>- pesano fortemente le dinamiche dello scambio politico</li> <li>- il cittadino ha spesso un ruolo passivo</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- l'evoluzione del sistema può produrre falsi bisogni</li> <li>- la qualità percepita predomina sulla qualità tecnica</li> <li>- si radicalizzano le diseguaglianze nell'uso dei servizi</li> <li>- difficoltà di controllo della spesa pubblica (chi usa i servizi e chi spende sono soggetti diversi)</li> </ul>

*Fonte: Bertin [2005: 103]*

I modelli emersi da questo studio comparato sembrano dunque oscillare tra due orientamenti: da un lato, l'accentramento dei processi decisionali nella programmazione pubblica, dall'altro l'apertura del sistema a dinamiche di mercato.



Entrambe le soluzioni presentano vantaggi e svantaggi sintetizzati nella fig. 11., che occorre tenere in considerazione.

I servizi nel campo delle dipendenze, in ragione delle rapide trasformazioni in corso, sono sempre più chiamati ad agire secondo processi produttivi *aperti*, vale a dire processi che «si basano sostanzialmente sul principio della promozione e attivazione di processi di comunicazione, interazione e scambio su un plus di interdipendenze e relazioni in modo da coinvolgere le risorse, umane, sociali, economiche e politiche, che hanno senso per affrontare i problemi di interesse per l'agire organizzativo. Un processo produttivo si può dire dunque aperto, quando non si esaurisce nella prestazione, ma rende la prestazione funzionale a raggiungere un obiettivo organico in una visione complessa e multifattoriale del benessere e della tutela sociale» [Fazi, Scaglia 2001: 224].

Un modello di governance efficace dovrà, quindi, contemperare la pari dignità dei soggetti pubblici e privati e la specializzazione dei servizi con la libertà di scelta del singolo individuo.

## Riferimenti bibliografici

- Aa. Vv. (2007), *Analisi dei mutamenti del consumo tra le persone segnalate ai Prefetti per detenzione per uso personale di sostanze stupefacenti dal 1991 al 2006*, Ministero dell'Interno - Dipartimento per le politiche del personale dell'amministrazione civile e per le risorse strumentali e finanziarie - Direzione centrale per la documentazione e la statistica.
- APA – American Psychiatric Association (1998), *DSM-IV. Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali*, Masson, Milano.
- Beck U. (1999), *La società del rischio*, Carocci, Roma.
- Bertin G. (2005), "Valutazione della qualità e governante dei servizi di welfare", in Ugolini (a cura di), *op. cit.*, pp. 99-115.
- Bertolazzi A. (2008a), *Sociologia della droga*, Angeli, Milano.
- (2007), *Uno sguardo internazionale sulle "droghe": modelli superati, questioni emergenti*, «Salute e Società», A. VI, suppl. al n. 1, pp. 49-81.
- (2008b), "Soggettività e intersoggettività si compongono: i fumatori di cannabis in gruppo", in C. Cipolla (a cura di), *op. cit.*, pp. 100-124.
- (2008c), "Cannabis e policonsumo: una presenza trasversale all'uso subculturale e normalizzato", in C. Cipolla (a cura di), *op. cit.*, pp. 151-181.
- Cipolla C. (1997), *Epistemologia della tolleranza*, 5 voll., FrancoAngeli, Milano.
- (a cura di) (2007a), *Il consumo di sostanze psicoattive oggi*, «Salute e Società», a. VI, suppl. al n. 1.
- (2007b), *Come studiare una società di "drogati" e per quali sostanze psicoattive?*, «Salute e Società», a. VI, Suppl. al n. 2: 188-207.
- (2007c), *Il consumo di sostanze psicoattive in Europa ed il loro significato per il soggetto fruitore*, «Salute e Società», a. VI, n. 2: 172-203.
- (a cura di) (2008), *La normalità di una droga*, FrancoAngeli, Milano.
- con M. Martoni (a cura di) (2009), *Droghe nella notte. Una ricerca empirica sulla costa romagnola*, Angeli, Milano.
- Eiser J.R., Sutton S., Wober M. (1978), "Consonant" and "Dissonant" Smokers and the Self-Attribution of Addiction, «Addiction Behaviours», 3, pp. 99-106.
- Elster J. (2001), *Sensazioni forti. Emozioni, razionalità e dipendenza*, il Mulino, Bologna.
- EMCDDA (2008), *Relazione Annuale 2008. Evoluzione del fenomeno della droga in Europa*.
- Fazzi L., Scaglia A. (a cura di) (2001), *Tossicodipendenza e politiche sociali in Italia*, Angeli, Milano.
- Goode E. (2001), *Deviant Behavior*, Prentice-Hall, New Jersey.
- Gossop M. (1982), *Living with Drugs*, Wildwood House, Aldershot.

- Istat (2008), *L'uso e l'abuso di alcol in Italia. Anno 2007*.
- Larkin M., Wood R.T.A., Griffiths M.D. (2006), *Towards addiction as relationship*, «Addiction Research and Theory», 14(3), pp. 207-215.
- Nizzoli U. (2004), *Il sistema dei servizi per le dipendenze patologiche*, Angeli, Milano.
- Parker H. (2005), *Normalization as a Barometer: Recreational Drug Use and the Consumption of Leisure by Younger Britons*, «Addiction Research & Theory», Vol. 13, June, pp. 205-215.
- Parker H., Aldridge J. (1998), *Illegal Leisure. The Normalization of Adolescent Recreational Drug Use*, Routledge, London.
- Parker H., Williams L., Aldridge J. (2002), *The Normalization of "Sensible" Recreational Drug Use*, «Sociology», Vol. 36, No. 4, pp. 941-964.
- Peretti-Watel P. (2003), *Neutralization theory and the denial of risk: some evidence from cannabis use among French adolescents*, «British Journal of Sociology», 54(1), pp. 21-42.
- Pinamonti H., Rossin M.R. (a cura di) (2004), *Polidipendenze. L'assunzione multipla di sostanze in una prospettiva interdisciplinare di clinica integrata*, FrancoAngeli, Milano.
- Presidenza del Consiglio dei Ministri (2008), *Relazione annuale al Parlamento sullo stato delle tossicodipendenze in Italia – Anno 2007*, Roma.
- Robins L.N., Helzer J.E., Davis D.H. (1975), *Narcotic Use in Southeast Asia and Afterward. An Interview Study of 898 Vietnam Returnees*, «Archives of General Psychiatry», 32(8), pp. 955-61.
- Segre S. (2000), *Le politiche sociali in tema di stupefacenti. Un confronto fra Svezia, Stati Uniti e Italia*, Carocci, Roma.
- Teesson M., Degenhardt L., Hall W. (2006), *Le tossicodipendenze*, il Mulino, Bologna.
- Ugolini P. (a cura di) (2005), *Qualità e outcome nelle dipendenze*, Angeli, Milano.
- Ugolini P., Sanza M., Mariani D'Altri A., Buda M. (2007), *Il Ser.T di Cesena tra qualità e soddisfazione. Indagine longitudinale (1998-2005) della soddisfazione dei cittadini-utenti*, «Salute e Società», A. VI, suppl. al n. 2: 207-221.
- West R. (2001), *Editorial – Theories of Addiction*, «Addiction», 96, pp. 3-13.
- Zimmer L., Morgan J.P. (2005), *Marijuana. I miti e i fatti*, Vallecchi, Firenze.
- Zinberg N.E. (1984), *Drug, Set and Setting. The Basis for Controlled Intoxicant Use*, Yale University Press, New Heaven and London.
- Zuffa G. (2000), *I drogati e gli altri*, Sellerio, Palermo.

## Allegati

### **1. Report sui Servizi per le Tossicodipendenze – Anno 2006: Mantova**

<b>Dati UTENZA Ser.T</b>		<b>v.a.</b>	<b>%</b>
Utenza tossicodipendente		992	41,03%
Utenti td in appoggio		90	3,72%
Utenza td provvisoria (valore di stima)		0	0,00%
Famigliari di persone che usano sostanze psicoattive		13	0,54%
Utenza inviata solo per consulenza dalla CMLP		890	36,81%
Utenza alcoldipendente		386	15,96%
Utenza con problemi di tabagismo		47	1,94%
Totale utenti in carico (tox + alc)		1378	56,99%
Nuova Utenza td		351	25,47%
Utenza già in carico o reingressi		1027	74,53%
Utenti presenti in comunità nel 2006		173	12,55%
Utenza td. segnalata in base all'art.75		226	22,78%
Tasso di prevalenza(rapporto tra utenti tox totali e popolazione 15-54 anni *10.000)	(pop.ne 15-54a.= 210959 al 31/12/2006)	65,32	
Tasso di incidenza(rapporto tra nuovi utenti tox totali e popolazione 15-54 anni *10.000)		16,64	
Utenti totali		2418	100,00%
<b>Caratteristiche socio-anagrafiche utenza (% sul totale utenza tox in carico)</b>			
sesso	% maschi	1169	84,83%
	% femmine	209	15,17%
età tossicodipendenti	% < di 15 a.	0	0,00%
	% 15-19	31	3,13%
	% 20-24	136	13,71%
	% 25-29	196	19,76%
	% 30-34	222	22,38%
	% 35-39	192	19,35%
	% 40 e oltre	215	21,67%
età alcoldipendenti	% < di 19 a.	2	0,52%
	% 20-29	41	10,62%
	% 30-39	95	24,61%
	% 40-49	128	33,16%
	%50-59	80	20,73%
	% > di 60	40	10,36%

stato civile	% celibi/nubili	773	56,10%
	% sposati	341	24,75%
	% separati/e- divorziati/e	131	9,51%
	% vedovi/e	13	0,94%
	% non rilevato	120	8,71%
titolo di studio	% nessun titolo	12	0,87%
	% elementare	235	17,05%
	% scuola me- dia/professionale	825	59,87%
	% scuola superiore	207	15,02%
	% laurea	11	0,80%
	% non rilevato	88	6,39%
	condizione lavorativa	% disoccupato/a	436
% occupato		605	43,90%
% lavoratore preca- rio/saltuario		148	10,74%
% condizione non pro- fessionale		81	5,88%
% non rilevato		108	7,84%
situazione abitativa (*valore di stima)	% nucleo familiare di origine*	500	36,28%
	% vive solo/a*	179	12,99%
	% nucleo familiare ac- quisito	341	24,75%
	% in carcere	95	6,89%
	% in struttura riabili- tativa	173	12,55%
	% altro/non indica*	90	6,53%
provenienza	% città	354	14,64%
	% paese in provincia	1875	77,54%
	% fuori provincia	55	2,27%
nazionalità	% fuori regione	134	5,54%
	% italiani	2138	88,42%
	% stranieri	280	11,58%
<b>Dati su sostanze d'abuso</b>			
sostanza d'abuso PRIMARIA			
	allucinogeni	4	0,29%
	amfetamine	3	0,22%
	barbiturici	0	0,00%
	benzodiazepine	9	0,65%
	cannabinoidi	210	15,24%
	cocaina	225	16,33%
	crack	3	0,22%
	eroina	504	36,57%
	metadone	0	0,00%
	morfina	0	0,00%
	ecstasy	1	0,07%
	altri oppiacei	2	0,15%
	inalanti	0	0,00%
	alcol	265	19,23%

	non rilevato	152	11,03%
<b>sostanza d'abuso SECONDARIA</b>			
	allucinogeni	4	0,29%
	amfetamine	2	0,15%
	barbiturici	0	0,00%
	benzodiazepine	23	1,67%
	cannabinoidi	181	13,13%
	cocaina	227	16,47%
	crack	0	0,00%
	eroina	23	1,67%
	metadone	0	0,00%
	morfina	1	0,07%
	ecstasy	6	0,44%
	altri oppiacei	0	0,00%
	inalanti	0	0,00%
	alcol	177	12,84%
<b>RAPPORTO TRA POPOLAZIONE TARGET (15-54 ANNI) E SOSTANZA PRIMARIA</b>			
	allucinogeni		0,19%
	amfetamine		0,14%
	barbiturici		0,00%
	benzodiazepine		0,43%
	cannabinoidi		9,95%
	cocaina		10,67%
	crack		0,14%
	eroina		23,89%
	metadone		0,00%
	morfina		0,00%
	ecstasy		0,05%
	altri oppiacei		0,09%
	inalanti		0,00%
	alcol		12,56%
<b>Tipi di trattamento</b>			
numero utenti per tipo di trattamento	metadone breve termine	3	0,22%
	metadone medio termine	16	1,16%
	metadone lungo termine	247	17,92%
	naltrexone	0	0,00%
	clonidina	0	0,00%
	altri farmaci non sostitutivi	90	6,53%
	farmaci per alcol	160	11,61%
	buprenorfina breve termine	1	0,07%
	buprenorfina medio termine	1	0,07%
	buprenorfina lungo termine	105	7,62%
	soggetti inseriti in strutture riabilitative	173	12,55%

	intervento solo psico- sociale e riabilitativo	561	40,71%
	sostegno psicologico	162	11,76%
	psicoterapia	132	9,58%
	interventi di servizio sociale	712	51,67%
	disintossicazione o- spedaliere	70	5,08%
durata media del trattamento per tipo di so- stanza(gg.)	oppiacei		
	cocaina		
	cannabinoidi		
	alcol		
	altre droghe		
numero interruzioni del trattamento		118	8,56%
<b>Stato di salute, ricoveri, mortalità del- l'utenza</b>			
Test HIV effettuati	sull'utenza nuova	36	10,26%
esito positivo del test per HIV	sull'utenza nuova	7	1,99%
	sull'utenza in carico	76	7,40%
	sull'utenza totale	83	6,02%
Test Epatite B effettuati	sull'utenza nuova	34	9,69%
esito positivo del test per Epatite B	sull'utenza nuova	8	2,28%
	sull'utenza in carico	129	12,56%
	sull'utenza totale	137	9,94%
Test Epatite C effettuati	sull'utenza nuova	41	11,68%
esito positivo del test per Epatite C	sull'utenza nuova	20	5,70%
	sull'utenza in carico	274	26,68%
	sull'utenza totale	294	21,34%
ricoveri ospedalieri degli utenti in carico		534	38,75%
deceduti per patologie droga-correlate			
deceduti per patologie alcol-correlate			

## 2. Report sui Servizi per le Tossicodipendenze – Anno 2006: Bussolengo

<b>Dati UTENZA Ser.T</b>		<b>v.a.</b>	<b>%</b>
Utenza tossicodipendente		577	53,03%
Utenti td in appoggio		52	4,78%
Utenza td provvisoria (valore di stima)		3	0,28%
Utenza con problemi di tabagismo		58	5,33%
Famigliari di persone che usano sostanze psicoattive		132	12,13%
Utenza per consulenza Hiv		116	10,66%
Utenza alcoldipendente		150	13,79%
Totale utenti in carico (tox + alc)		727	66,82%
Nuova Utenza td		252	34,66%
Utenza già in carico o reingressi		475	65,34%
Utenti presenti in comunità nel 2006		141	19,39%
Utenza td. segnalata in base all'art.75		104	14,31%
Utenza inviata per consulenza dalla CMLP (valore di stima)		33	4,54%
Tasso di prevalenza(rapporto tra utenti tox totali e popolazione 15-54 anni *10.000)	(pop.ne 15-54a.= 155916 al 31/12/2007)	46,63	
Tasso di indidenza(rapporto tra nuovi utenti tox totali e popolazione 15-54 anni *10.000)		16,16	
Utenti totali		1088	100,00%
<b>Caratteristiche socio-anagrafiche utenza (% sul totale utenza tox in carico)</b>			
sesso	% maschi	607	83,49%
	% femmine	120	16,51%
età tossicodipendenti	% < di 15 a.	0	0,00%
	% 15-19	51	8,84%
	% 20-24	144	24,96%
	% 25-29	184	31,89%
	% 30-34	133	23,05%
	% 35-39	162	28,08%
	% 40 e oltre	119	20,62%
età alcoldipendenti	% < di 19 a.	0	0,00%
	% 20-29	17	11,33%
	% 30-39	45	30,00%
	% 40-49	39	26,00%
	%50-59	34	22,67%
	% > di 60	15	10,00%
stato civile (valore di stima)	% celibi/nubili		80,00%
	% sposati		14,00%
	% separati/e-divorziati/e		5,00%



	% vedovi/e		1,00%
	% non rilevato		0,00%
titolo di studio (valore di stima)	% nessun titolo		0,00%
	% elementare		19,00%
	% scuola me- dia/professionale		65,00%
	% scuola superiore		15,00%
	% laurea		1,00%
	% non rilevato		0,00%
condizione lavorativa (valore di stima)	%disoccupato/a		5,00%
	% occupato		75,00%
	% lavoratore preca- rio/saltuario		15,00%
	% condizione non pro- fessionale		5,00%
	%non rilevato		0,00%
situazione abitativa (valore di stima)	% nucleo familiare di origine		50,00%
	% vive solo/a		15,00%
	% nucleo familiare ac- quisito		14,00%
	% in carcere		1,00%
	% in struttura riabili- tativa		20,00%
	% altro/non indica		0,00%
provenienza (valore di stima)	% città di Verona (e- xtra ULSS)		25,00%
	% paese entro ambito territoriale		70,00%
	% fuori regione		5,00%
nazionalità (valore di stima)	% italiani		95,00%
	% stranieri		5,00%
<b>Dati su sostanze d'abuso</b>			
sostanza d'abuso PRIMARIA			
	allucinogeni	0	0,00%
	amfetamine	0	0,00%
	barbiturici	0	0,00%
	benzodiazepine	2	0,28%
	cannabinoidi	88	12,10%
	cocaina	83	11,42%
	crack	26	3,58%
	eroina	359	49,38%
	metadone	0	0,00%
	morfina	0	0,00%
	ecstasy	3	0,41%
	altri oppiacei	1	0,14%
	inalanti	0	0,00%
	alcol	150	20,63%
	non rilevato	15	2,06%
sostanza d'abuso SECONDARIA			
	allucinogeni	2	0,28%

	amfetamine	6	0,83%
	barbiturici	0	0,00%
	benzodiazepine	17	2,34%
	cannabinoidi	108	14,86%
	cocaina	132	18,16%
	crack	4	0,55%
	eroina	12	1,65%
	metadone	0	0,00%
	morfina	0	0,00%
	ecstasy	7	0,96%
	altri oppiacei	0	0,00%
	inalanti	0	0,00%
	alcol	66	9,08%
<b>RAPPORTO TRA POPOLAZIONE TARGET (15-54 ANNI) E SOSTANZA PRIMARIA</b>	allucinogeni		0,00%
	amfetamine		0,00%
	barbiturici		0,00%
	benzodiazepine		0,13%
	cannabinoidi		5,64%
	cocaina		5,32%
	crack		1,67%
	eroina		23,03%
	metadone		0,00%
	morfina		0,00%
	ecstasy		0,19%
	altri oppiacei		0,06%
	inalanti		0,00%
	alcol		9,62%
<b>Tipi di trattamento</b>			
numero utenti per tipo di trattamento	metadone breve termine	25	3,44%
	metadone medio termine	33	4,54%
	metadone lungo termine	70	9,63%
	naltrexone	13	1,79%
	clonidina	49	6,74%
	altri farmaci non sostitutivi	196	26,96%
	buprenorfina breve termine	12	1,65%
	buprenorfina medio termine	16	2,20%
	buprenorfina lungo termine	48	6,60%
	soggetti inseriti in strutture riabilitative	141	19,39%
	intervento solo psico-sociale e riabilitativo	612	84,18%
	sostegno psicologico	512	70,43%
	psicoterapia	56	7,70%

	interventi di servizio sociale	319	43,88%
durata media del trattamento per tipo di sostanza(gg.)	oppiacei		
	cocaina		
	cannabinoidi		
	alcol		
	altre droghe		
numero interruzioni del trattamento			
<b>Stato di salute, ricoveri, mortalità dell'utenza</b>			
Test HIV effettuati	sull'utenza nuova	78	30,95%
esito positivo del test per HIV	sull'utenza nuova	2	0,79%
	sull'utenza in carico	32	6,74%
	sull'utenza totale	34	4,68%
Test Epatite B effettuati	sull'utenza nuova	51	20,24%
esito positivo del test per Epatite B	sull'utenza nuova	0	0,00%
	sull'utenza in carico	4	0,84%
	sull'utenza totale	4	0,55%
Test Epatite C effettuati	sull'utenza nuova	72	28,57%
esito positivo del test per Epatite C	sull'utenza nuova	15	5,95%
	sull'utenza in carico	185	38,95%
	sull'utenza totale	200	27,51%
ricoveri ospedalieri degli utenti Tossicodipendenti			
deceduti per patologie droga-correlate			
deceduti per patologie alcol-correlate			

### 3. Report sui Servizi per le Tossicodipendenze – Anno 2006: Brescia

<b>Dati UTENZA Ser.T</b>		<b>v.a.</b>	<b>%</b>
Utenza tossicodipendente		2749	
Utenti td in appoggio		806	
Utenza td provvisoria (valore di stima)		n.r.	
Famigliari di persone che usano sostanze psicoattive		1277	
Utenza inviata solo per consulenza dalla CMLP		n.r.	
Utenza alcol dipendente		567	
Utenza con problemi di tabagismo		n.r.	
Totale utenti in carico (tox + alc)		3316	
Nuova Utenza td		873	26,33%
Utenza già in carico o reingressi		2443	73,67%
Utenti presenti in comunità nel 2006		n.r.	
Utenza td. segnalata in base all'art.75		n.r.	
Tasso di prevalenza (rapporto tra utenti tox totali e popolazione 15-54 anni *10.000)		n.r.	
Tasso di incidenza (rapporto tra nuovi utenti tox totali e popolazione 15-54 anni *10.000)		n.r.	
Utenti totali		5399	
<b>Caratteristiche socio-anagrafiche utenza (% sul totale utenza tox in carico)</b>			
sesso	% maschi	2787	84,05%
	% femmine	529	15,95%
età tossicodipendenti	% < di 15 a.	0	0,00%
	% 15-19	55	2,00%
	% 20-24	248	9,02%
	% 25-29	412	14,99%
	% 30-34	522	18,99%
	% 35-39	687	24,99%
	% 40 e oltre	825	30,01%
età alcol dipendenti	% < di 19 a.	0	0,00%
	% 20-29	29	5,11%
	% 30-39	102	17,99%
	% 40-49	210	37,04%
	% 50-59	158	27,87%
	% > di 60	68	11,99%
stato civile	% celibi/nubili	n.r.	
	% sposati	n.r.	
	% separati/e-divorziati/e	n.r.	
	% vedovi/e	n.r.	
	% non rilevato	n.r.	
titolo di studio	% nessun titolo	0	0,00%

	% elementare	318	9,59%
	% scuola me- dia/professionale	2384	71,89%
	% scuola superiore	454	13,69%
	% laurea	39	1,18%
	% non rilevato	121	3,65%
condizione lavorativa	%disoccupato/a	1209	36,46%
	% occupato	1690	50,97%
	% lavoratore preca- rio/saltuario	94	2,83%
	% condizione non professionale	202	6,09%
	%non rilevato	121	3,65%
situazione abitativa (*valore di stima)	% nucleo familiare di origine*	n.r.	
	% vive solo/a*	n.r.	
	% nucleo familiare acquisito	n.r.	
	% in carcere	n.r.	
	% in struttura riabi- litativa	490	14,78%
	% altro/non indica*	n.r.	
posizione giuridica	% incensurati	n.r.	
	% art. 75	n.r.	
	% area penale	n.r.	
provenienza (solo tossicodipendenti)	% città	1079	39,25%
	% paese in provincia	1670	60,75%
	% fuori provincia	n.r.	
	% fuori regione	n.r.	
	% senza fissa dimo- ra	n.r.	
nazionalità	% italiani	n.r.	
	% stranieri	n.r.	
<b>Dati su sostanze d'abuso</b>			
sostanza d'abuso PRIMARIA			
	allucinogeni	2	0,06%
	amfetamine	0	0,00%
	barbiturici	0	0,00%
	benzodiazepine	6	0,18%
	cannabinoidi	213	6,42%
	cocaina	955	28,80%
	crack	1	0,03%
	eroina	1545	46,59%
	ecstasy	5	0,15%
	alcol	567	17,10%
	altro	22	0,66%
sostanza d'abuso SECONDARIA			
	allucinogeni	n.r.	
	amfetamine	n.r.	
	barbiturici	n.r.	
	benzodiazepine	n.r.	

	cannabinoidi	n.r.	
	cocaina	n.r.	
	crack	n.r.	
	eroina	n.r.	
	metadone	n.r.	
	morfina	n.r.	
	ecstasy	n.r.	
	altri oppiacei	n.r.	
	inalanti	n.r.	
	alcol	n.r.	
<b>RAPPORTO TRA POPOLAZIONE TARGET (15-54 ANNI) E SOSTANZA PRIMARIA</b>	allucinogeni	n.r.	
	amfetamine	n.r.	
	barbiturici	n.r.	
	benzodiazepine	n.r.	
	cannabinoidi	n.r.	
	cocaina	n.r.	
	crack	n.r.	
	eroina	n.r.	
	metadone	n.r.	
	morfina	n.r.	
	ecstasy	n.r.	
	altri oppiacei	n.r.	
	inalanti	n.r.	
	alcol	n.r.	
<b>Tipi di trattamento</b>			
numero utenti per tipo di trattamento	metadone breve termine	n.r.	
	metadone medio termine	n.r.	
	metadone lungo termine	n.r.	
	naltrexone	n.r.	
	clonidina	n.r.	
	altri farmaci non sostitutivi	n.r.	
	buprenorfina breve termine	n.r.	
	buprenorfina medio termine	n.r.	
	buprenorfina lungo termine	n.r.	
	soggetti inseriti in strutture riabilitative	n.r.	
	intervento solo psico-sociale e riabilitativo	n.r.	
	sostegno psicologico	n.r.	
	psicoterapia	n.r.	
	interventi di servizio sociale	n.r.	

durata media del trattamento per tipo di sostanza(gg.)	oppiacei	n.r.	
	cocaina	n.r.	
	cannabinoidi	n.r.	
	alcol	n.r.	
	altre droghe	n.r.	
numero interruzioni del trattamento		n.r.	
<b>Stato di salute, ricoveri, mortalità dell'utenza</b>			
Test HIV effettuati	sull'utenza nuova	n.r.	
esito positivo del test per HIV	sull'utenza nuova	n.r.	
	sull'utenza in carico	n.r.	
	sull'utenza totale	n.r.	
Test Epatite B effettuati	sull'utenza nuova	n.r.	
esito positivo del test per Epatite B	sull'utenza nuova	n.r.	
	sull'utenza in carico	n.r.	
	sull'utenza totale	n.r.	
Test Epatite C effettuati	sull'utenza nuova	n.r.	
esito positivo del test per Epatite C	sull'utenza nuova	n.r.	
	sull'utenza in carico	n.r.	
	sull'utenza totale	n.r.	
ricoveri ospedalieri degli utenti in carico		291	8,78%
deceduti per patologie droga-correlate		2	0,57%
deceduti per patologie alcol-correlate		n.r.	

#### 4. Report sui Servizi per le Tossicodipendenze – Anno 2006: Modena

Dati UTENZA Ser.T		v.a.	%
Utenza tossicodipendente		1384	40,74%
Utenti td in appoggio		366	10,77%
Utenza td provvisoria (valore di stima)		228	6,71%
Famigliari di persone che usano sostanze psicoattive			
Utenza inviata solo per consulenza dalla CMLP			
Utenza alcoldipendente		799	23,52%
Utenza alcoldipendente provvisori		298	8,77%
Utenza con problemi di tabagismo		322	9,47%
Totale utenti in carico (tox + alc)		2183	64,26%
Nuova Utenza td		250	
Utenza già in carico o reingressi			
Utenti presenti in comunità nel 2006 (INVIATI)		207	
Utenza td. segnalata in base all'art.75		56	
Tasso di prevalenza(rapporto tra utenti tox totali e popolazione 15-54 anni *1.000)		(pop.ne 15-54a.= 357.428 al 31/12/2006)	3,57
Tasso di incidenza(rapporto tra nuovi utenti tox totali e popolazione 15-54 anni *1.000)			
Utenti totali		3397	100,00%
<b>Caratteristiche socio-anagrafiche utenza (% sul totale utenza tox in carico)</b>			
sesso	% maschi	1141	82,40%
	% femmine	243	17,60%
età tossicodipendenti (SOLO PER UTENTI RESIDENTI NELLA PROVINCIA DI MODENA)	% < di 15 a.	0	0,00%
	% 15-19	33	2,43%
	% 20-24	173	12,54%
	% 25-29	215	14,50%
	% 30-34	245	18,18%
	% 35-39	290	20,61%
	% > 39	428	31,73%
	età alcoldipendenti	% < 18	2
% 18-24		11	1,40%
% 25-44		326	41,30%
% 45-64		378	47,80%
% 65-74		62	7,80%
% > 74		11	1,40%
stato civile	% celibi/nubili	n.r.	
	% sposati	n.r.	n.r.
	% separati/e-divorziati/e	n.r.	n.r.
	% vedovi/e	n.r.	n.r.
	% non rilevato	n.r.	n.r.
titolo di studio	% nessun titolo	n.r.	n.r.
	% elementare	n.r.	n.r.



	% scuola me- dia/professionale	n.r.	n.r.
	% scuola superiore	n.r.	n.r.
	% laurea	n.r.	n.r.
	% non rilevato	n.r.	n.r.
condizione lavorativa	%disoccupato/a	n.r.	n.r.
	% occupato	n.r.	n.r.
	% lavoratore preca- rio/saltuario	n.r.	n.r.
	% condizione non professionale	n.r.	n.r.
	%non rilevato	n.r.	n.r.
situazione abitativa (*valore di stima)	% nucleo familiare di origine*	n.r.	n.r.
	% vive solo/a*	n.r.	n.r.
	% nucleo familiare acquisito	n.r.	n.r.
	% in carcere	n.r.	n.r.
	% in struttura riabili- tativa	n.r.	n.r.
	% altro/non indica*	n.r.	n.r.
provenienza	% città	n.r.	n.r.
	% paese in provincia	n.r.	n.r.
	% fuori provincia	n.r.	n.r.
	% fuori regione	n.r.	n.r.
nazionalità	% italiani	94,9	
	% stranieri	5,1	
<b>Dati su sostanze d'abuso (% sul totale utenza tox in carico)</b>			
sostanza d'abuso PRIMARIA			
	allucinogeni	0	0
	amfetamine	4	0,29%
	barbiturici	0	0,00%
	benzodiazepine	11	0,79%
	cannabinoidi	113	8,16%
	cocaina	185	13,37%
	crack	0	0,00%
	eroina	1028	74,28%
	metadone	5	0,36%
	morfina	1	0,07%
	ecstasy	5	0,36%
	altri oppiacei	6	0,43%
	inalanti	0	0,00%
	alcol	0	0,00%
	altro	7	0,51%
	non rilevato	19	1,37%
sostanza d'abuso SECONDARIA			
	allucinogeni	5	0,68%
	amfetamine	3	0,40%
	barbiturici	2	0,27%
	benzodiazepine	46	6,25%
	cannabinoidi	236	32,10%

	cocaina	256	34,84%
	crack	0	0,00%
	eroina	35	4,76%
	metadone	20	2,75%
	morfina	3	0,40%
	ecstasy	8	1,08%
	altri oppiacei	3	0,40%
	inalanti	1	0,13%
	alcol	112	15,25%
	altro	5	0,69%
<b>RAPPORTO TRA POPOLAZIONE TARGET (15-54 ANNI) E SOSTANZA PRIMARIA (valori x 10.000)</b>			
	allucinogeni	0	
	amfetamine	0,11	
	barbiturici	0	
	benzodiazepine	0,31	
	cannabinoidi	3,17	
	cocaina	5,19	
	crack	0	
	eroina	28,86	
	metadone	0,14	
	morfina		
	ecstasy	0,14	
	altri oppiacei	0,17	
	inalanti	0	
	alcol	0	
	altro	0,2	
	non rilevato	0,53	
<b>Tipi di trattamento (% sul totale utenza tox in carico)</b>			
numero utenti per tipo di trattamento	metadone breve termine	20	1,60%
	metadone medio termine	135	10,10%
	metadone lungo termine	426	31,90%
	naltrexone	15	1,10%
	clonidina	0	0,00%
	altri farmaci non sostitutivi	0	0,00%
	farmaci per alcol	0	0,00%
	buprenorfina breve termine	0	0,00%
	buprenorfina medio termine	0	0,00%
	buprenorfina lungo termine	0	0,00%
	soggetti inseriti in strutture riabilitative		
	solo intervento solo psico-sociale e riabilitativo	619	46,30%
	sostegno psicologico	231	17,30%
	psicoterapia	79	5,90%

	interventi di servizio sociale	1102	82,50%
	disintossicazione o- spedaliere		
durata media del trattamento per tipo di sostanza(gg.)	oppiacei	n.r.	
	cocaina	n.r.	
	cannabinoidi	n.r.	
	alcol	n.r.	
	altre droghe	n.r.	
numero interruzioni del trattamento		n.r.	
<b>Stato di salute, ricoveri, mortalità dell'utenza</b>			
Test HIV effettuati		308	
esito positivo del test per HIV	sull'utenza nuova	0	
	sull'utenza in carico	114	
	sull'utenza totale	114	
Test Epatite B effettuati		260	
esito positivo del test per Epatite B	sull'utenza nuova	4	
	sull'utenza in carico	198	
	sull'utenza totale	202	
Test Epatite C effettuati		622	
esito positivo del test per Epatite C	sull'utenza nuova	14	
	sull'utenza in carico	511	
	sull'utenza totale	525	
ricoveri ospedalieri degli utenti in carico		n.r.	
deceduti per patologie droga-correlate		14	
deceduti per patologie alcol-correlate		24	