

l'offerta di posti letto laddove risulta tuttora carente e in linea con gli impegni assunti per il perseguimento dell'equilibrio economico;

- implementare attività formative degli operatori nell'ambito della prevenzione, cura e gestione della non autosufficienza e della fragilità nei suoi aspetti clinico-assistenziali.

2.9.3. Implementazione di un sistema di accesso unico alla rete dei servizi sociali e sanitari della persona con disabilità

Il Ministero della Salute/CCM ha promosso e finanziato nel 2007 il progetto “Individuazione e Implementazione di un sistema di accesso unico alla rete dei servizi sociali e sanitari della persona con disabilità”, in collaborazione con la Regione Toscana e con l'Azienda Sanitaria Locale di Siena. Il progetto, che ha coinvolto cinque Regioni italiane (Friuli Venezia Giulia, Veneto, Lazio, Campania e Toscana come Regione capofila) si è concluso nel marzo 2011, con il Workshop di valutazione tenutosi presso il Ministero della Salute, nel quale sono stati comunicati elementi conoscitivi riguardanti la sperimentazione, utili agli operatori sanitari e sociali. Il progetto è nato dall'esigenza di trovare un *front office* e una regia della presa in carico delle persone con disabilità, esigenza che si fa sempre più stringente se si pensa che l'accertamento e l'attività di presa in carico da parte dei servizi sociosanitari appaiono slegati e disarticolati nei vari territori. Quindi, se da una parte la prospettiva nazionale sembra essere quella di una revisione organizzativa che semplifichi i processi di accertamento collegandoli con le valutazioni orientate alla costruzione del progetto di presa in carico, dall'altra va garantito alla persona con disabilità un modello di accesso al sistema di welfare chiaro e definito, indipendentemente dall'età e dalla causa che ha generato la condizione di disabilità, nonché una modalità di piena partecipazione alla valutazione e alla definizione del progetto individualizzato.

La soluzione proposta è quella dell'istituzio-

ne del PUA, concepito come una modalità organizzativa e di procedure standardizzate rivolta alle persone con disabilità atta a facilitare un accesso unificato alle prestazioni sanitarie, sociosanitarie e sociali. Il PUA è costruito sui bisogni della persona, mira a migliorare le modalità di presa in carico unitaria della stessa e a eliminare o semplificare i numerosi passaggi che la persona assistita e i suoi familiari devono adempiere.

La fattibilità è stata valutata attraverso la sperimentazione dell'attivazione di 5 PUA nelle citate Regioni ove il PUA è stato allocato all'interno dell'area territoriale più appropriata. La sperimentazione è stata preceduta dalla formazione degli operatori che hanno avviato il PUA all'interno delle realtà territoriali.

Il Workshop finale di valutazione del progetto ha analizzato dettagliatamente fattibilità e criticità in considerazione del fatto che l'attuale rete dei servizi alla persona con disabilità è caratterizzata nel territorio nazionale da forte frammentarietà, con presenza di nodi che intercettano la domanda e organizzano risposte, spesso parcellari, non integrate e riferibili a Enti e risorse diverse. Il progetto ha mirato a far dialogare e unificare, per i bisogni rappresentati dal cittadino, i sistemi di accesso ai servizi determinando una progettualità e presa in carico unitaria, mantenendo al contempo le peculiarità delle diverse mission degli Enti chiamati a intervenire nella specifica situazione di bisogno. La significativa diversificazione dei soggetti coinvolti richiede disponibilità a integrarsi in un'ottica che mira a far incontrare il percorso del paziente con l'apporto delle diverse componenti dell'assistenza sanitaria e sociale.

Bibliografia essenziale

- Decreto Presidente del Consiglio dei Ministri 29 novembre 2001 “Definizione dei Livelli Essenziali di Assistenza”
- Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri 14 febbraio 2001 “Atto di indirizzo e coordinamento in materia di prestazioni sociosanitarie”
- Ministero della Salute. Criteri di appropriatezza clinica, tecnologica e strutturale nell'assistenza all'anziano. Quaderni del Ministero della Salute, n. 6, novembre-dicembre 2010

Nuova caratterizzazione dell'assistenza territoriale domiciliare e degli interventi ospedalieri a domicilio. Commissione Nazionale per la definizione e l'aggiornamento dei LEA, 2006
Piano Sanitario Nazionale 2006-2008

Prestazione Residenziali e Semiresidenziali. Commissione Nazionale per la definizione e l'aggiornamento dei LEA, 2007
Programma Comunitario di Sanità Pubblica 2008-2013

2.10. Tutela della salute mentale

2.10.1. Introduzione

La tutela della salute mentale della popolazione è, come conferma anche l'orientamento dei principali Organismi internazionali, uno degli obiettivi primari di un Paese, a tutti i livelli delle sue articolazioni istituzionali (Stato, Regioni, Autonomie locali). Una programmazione capace di orientare l'azione dei servizi secondo criteri di equità, qualità ed efficacia deve, necessariamente, partire dalla conoscenza aggiornata della situazione nel Paese, evidenziandone sia i punti di forza sui quali fare leva, sia le criticità alle quali dare risposte costruttive. In questa logica, è possibile enumerare tra i punti di forza:

- la consapevolezza che le varie componenti di un Servizio per la promozione e la tutela della salute mentale sono necessariamente coordinate tra loro e prefigurano sempre un percorso integrato che deve fare riferimento a comprovati criteri di qualità ed efficacia;
- la crescente attenzione per il coinvolgimento delle famiglie e degli utenti in ogni fase della progettazione e della realizzazione delle attività e l'avvio di una maggiore diffusione degli interventi psicoeducativi familiari di dimostrata efficacia;
- il diffondersi dei gruppi di auto-mutuoaiuto di utenti e familiari, che prefigura l'*empowerment* che le raccomandazioni internazionali enfatizzano;
- l'attenzione alla tematica dell'inclusione sociale, anche attraverso l'utilizzo delle cosiddette "Cooperative sociali di tipo B", che rappresentano un'interessante risposta, tipicamente italiana, al problema dell'inserimento lavorativo delle persone con disabilità.

Fra i punti di debolezza possono essere annoverati:

- la riduzione delle dotazioni di personale nei servizi pubblici, a fronte di un aumento dei bisogni di salute e delle domande di assistenza;
- l'insufficiente disponibilità nei servizi pubblici delle pratiche basate sulle evidenze e maggiormente "*cost-effective*" come, per esempio, alcuni programmi psicoterapeutici e riabilitativi;
- la scarsità di risorse specifiche per progetti e attività di ricerca sull'efficacia degli interventi non farmacologici, nonché per studi sull'efficacia di modelli di integrazione dei trattamenti farmacologici e psicoterapeutici che, come dimostrano diverse ricerche, possono ridurre del 35-45% i costi;
- l'insufficienza dei servizi per i minori e la loro scarsa integrazione con i servizi per la salute mentale dell'adulto;
- l'insufficiente collaborazione tra i Dipartimenti ospedalieri e i Servizi Psichiatrici di Diagnosi e Cura (SPDC) negli ospedali generali.

2.10.2. Rappresentazione e valutazione dei dati

I dati nazionali più aggiornati nel settore dell'assistenza alle persone con disturbo mentale provengono dalla Direzione generale del Sistema Informativo del Ministero della Salute, Ufficio di Statistica, e si riferiscono al 2009.

Saranno, auspicabilmente, presto disponibili anche i dati sulle caratteristiche dei pazienti e dei trattamenti, basati su record individuali, provenienti dal Sistema Informa-

tivo Salute Mentale (SISM), afferente alla stessa Direzione Generale del Ministero.

Per quanto riguarda i posti letto per discipline psichiatriche, sia nel circuito pubblico sia del privato accreditato, vengono analizzati i dati relativi alle degenze ordinarie e ai day hospital nel 2009 (*Tabella 2.27*).

Da un confronto con i dati del 2007 si evidenzia un calo del numero totale dei posti letto (da 6.780 a 6.380), in ambito sia pubblico (da 4.722 a 4.630) sia privato accreditato (da 2.058 a 1.750). Risulta invece in crescita la percentuale di posti letto pubblici sul totale, e precisamente si passa da 69,6 a 72,6.

Il tasso di posti letto totali per 10.000 abitanti di età superiore a 18 anni è mediamente, in Italia, di 1,280. L'articolazione regionale mostra che ai livelli più alti (fra 2,160 e

2,389) si attestano Regioni come Piemonte, Veneto e Valle d'Aosta, mentre ai livelli più bassi (fra 0,622 e 0,419) ci sono Sardegna, Umbria e Friuli Venezia Giulia.

I dati concernenti il numero dei Dipartimenti di Salute Mentale (DSM) che svolgono funzioni di coordinamento della rete di assistenza, e quelli sui Centri di Salute Mentale (CSM) nei quali viene svolta l'attività ambulatoriale, hanno subito qualche interessante variazione, in parte perché nel 2009 ci sono stati, in diverse Regioni italiane, accorpamenti di ASL che hanno portato alla diminuzione del numero assoluto di DSM (da 214 nel 2007 a 208 nel 2009) e al parallelo consistente aumento dei CSM, articolazioni operative sui territori di competenza (da 708 a 1.387) [*Tabella 2.28*].

In questo ambito il progetto denominato

Tabella 2.27. Posti letto pubblici e privati accreditati nei reparti della disciplina "Psichiatria" (Anno 2009)

Regione	Posti letto pubblici		Posti letto privati accreditati		Totale posti letto pubblici e privati accreditati		
	Totale posti pubblici (DO e DH 2009)	Tasso posti letto per 10.000 abitanti (popolazione 18 anni e più)	Totale posti letto privati accreditati	Tasso posti letto per 10.000 abitanti (popolazione 18 anni e più)	Totale posti letto pubblici e privati accreditati 2009	% posti letto pubblici	Tasso posti letto per 10.000 abitanti (popolazione 18 anni e più)
Piemonte	338	0,899	560	1,490	898	37,6	2,389
Valle d'Aosta	23	2,160	0		23	100,0	2,160
Lombardia	862	1,061	14	0,017	876	98,4	1,078
PA di Bolzano	71	1,780	0		71	100,0	1,780
PA di Trento	48	1,130	0		48	100,0	1,130
Veneto	590	1,452	339	0,834	929	63,5	2,286
Friuli Venezia Giulia	44	0,419	0		44	100,0	0,419
Liguria	215	1,542	0		215	100,0	1,542
Emilia Romagna	265	0,722	271	0,738	536	49,4	1,461
Toscana	308	0,977	156	0,495	464	66,4	1,471
Umbria	44	0,581	0		44	100,0	0,581
Marche	128	0,970	15	0,114	143	89,5	1,084
Lazio	344	0,735	0		344	100,0	0,735
Abruzzo	119	1,062	40	0,357	159	74,8	1,419
Molise	33	1,223	0		33	100,0	1,223
Campania	214	0,464	160	0,347	374	57,2	0,810
Puglia	239	0,720	20	0,060	259	92,3	0,780
Basilicata	44	0,899	0		44	100,0	0,899
Calabria	124	0,753	35	0,213	159	78,0	0,966
Sicilia	489	1,201	140	0,344	629	77,7	1,544
Sardegna	88	0,622	0		88	100,0	0,622
Italia	4.630	0,929	1.750	0,351	6.380	72,6	1,280

Fonte: Ministero della Salute – Sistema Informativo Sanitario.

Tabella 2.28. Distribuzione regionale dei Centri di Salute Mentale (Anno 2009)

Regione	Centri di Salute Mentale		Dipartimenti di Salute Mentale (DSM)	
	N.	Per 150.000 abitanti di 18 anni e più	N.	Bacino di utenza medio per DSM
Piemonte	77	3,07	25	150.347
Valle d'Aosta	8	11,27	1	106.462
Lombardia	309	5,71	29	280.084
PA di Bolzano	9	3,38	ND	ND
PA di Trento	10	3,53	1	424.605
Veneto	82	3,03	21	193.478
Friuli Venezia Giulia	17	2,43	6	174.819
Liguria	22	2,37	5	278.775
Emilia Romagna	130	5,31	11	333.620
Toscana	129	6,14	12	262.791
Umbria	14	2,77	4	189.294
Marche	23	2,61	13	101.490
Lazio	119	3,81	12	389.980
Abruzzo	18	2,41	6	186.736
Molise	2	1,11	3	89.954
Campania	61	1,98	15	307.646
Puglia	63	2,85	10	332.089
Basilicata	5	1,53	5	97.938
Calabria	34	3,10	11	149.639
Sicilia	206	7,59	10	407.302
Sardegna	49	5,19	8	176.884
Italia	1.387	4,17	208	239.645

ND, non disponibile.

Fonte: Ministero della Salute – Sistema Informativo Sanitario.

Tabella 2.29. Attività di assistenza erogata in strutture sanitarie residenziali e semiresidenziali

Regione	Attività residenziale			
	N. strutture	Posti	Utenti	Giornate di assistenza per utente
Piemonte	260	2.301	1.972	268,21
Valle d'Aosta	2	31	31	292,39
Lombardia	288	3.691	5.894	209,01
PA di Bolzano	8	129	233	180,97
PA di Trento	14	148	195	194,66
Veneto	186	1.822	2.128	252,06
Friuli Venezia Giulia	36	265	759	104,94
Liguria	63	834	945	264,16
Emilia Romagna	205	1.839	6.198	91,81
Toscana	127	819	1.114	202,39
Umbria	40	333	363	275,93
Marche	36	444	587	251,63
Lazio	76	1.357	3.855	111,43
Abruzzo	34	759	886	295,51
Molise	6	60	69	315,68
Campania	92	931	1.358	196,47
Puglia	81	1.243	1.006	312,76
Basilicata	25	284	354	238,10
Calabria	17	353	364	148,70
Sicilia	50	1.290	1.667	249,38
Sardegna	33	366	397	224,75
Italia	1.679	19.299	30.375	187,52

Fonte: Ministero della Salute – Sistema Informativo Sanitario.

SEME, finanziato dal Ministero della Salute e coordinato dall'Istituto Superiore di Sanità (ISS), ha consentito di sperimentare un innovativo sistema di sorveglianza sentinella, volto a rilevare con elevato grado di accuratezza e riproducibilità diagnostica i nuovi casi di specifici disturbi mentali gravi nei CSM. Ventidue CSM selezionati sul territorio nazionale hanno partecipato al progetto, garantendo la sorveglianza di 2.082.368 cittadini residenti e venendo a costituire una rete tuttora funzionante. Attraverso tale rete, da marzo 2009 a dicembre 2010 sono stati segnalati 407 casi giunti per la prima volta all'osservazione: 168 casi, pari al 41,2% dei segnalati, appartenevano all'area dei disturbi psicotici (schizofrenia, disturbo schizofreniforme, disturbo schizoaffettivo e disturbo delirante), 120 casi, pari al 29,5%, all'area dei disturbi bipolari (disturbo bipolare I e II), 80 casi, pari al 19,7%, risultavano essere casi di disturbo depressivo maggiore grave e 39, pari al 9,6%, risultavano essere casi di ano-

ressia nervosa. Dalle informazioni raccolte sul percorso di cura è emerso che questi pazienti, nonostante la gravità psicopatologica dei disturbi dai quali sono affetti, si rivolgono per la prima volta ai CSM a un intervallo mediano di 4 anni dall'esordio del disturbo stesso.

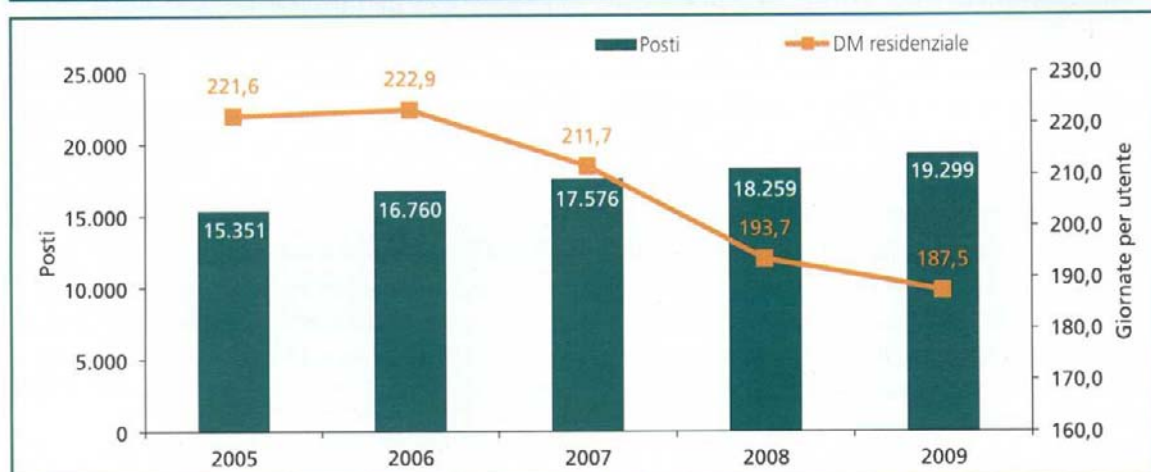
I dati relativi all'assistenza in regime residenziale e semiresidenziale indicano una tendenza all'aumento del numero di strutture rispetto alla rilevazione del 2007, passando per le residenze da 1.577 a 1.679 e per le strutture semiresidenziali da 755 a 763 (*Tabella 2.29*).

Nel 2009 le strutture residenziali per adulti hanno ospitato 30.375 persone per una media/utente di giornate di assistenza di 187,52; il dato per le prestazioni in regime semiresidenziale, relativo a 32.030 persone, è invece di 67,01 giornate.

Nella *Figura 2.10* viene presentato il trend assistenziale in regime residenziale nell'ultimo quinquennio. Si evidenzia come, a fronte di una crescita del numero di posti

(Anno 2009)

	N. strutture	Attività semiresidenziale			Utenti residenziali e semiresidenziali per 100.000 abitanti di maggiore età	Popolazione residente con 18 anni e più
		Posti	Utenti	Giornate di assistenza per utente		
	47	1.130	2.770	66,90	126,16	3.758.685
	1	11	16	113,19	44,15	106.462
	160	2.496	6.857	71,83	156,99	8.122.423
	6	67	386	54,46	155,20	398.834
	7	109	456	36,36	153,32	424.605
	118	1.750	4.006	70,25	150,97	4.063.041
	20	286	1.212	38,16	187,91	1.048.914
	18	302	1.010	60,64	140,26	1.393.874
	66	1.004	3.660	52,65	268,62	3.669.816
	68	1.092	2.073	90,49	101,06	3.153.495
	16	220	322	91,72	90,47	757.177
	16	234	468	91,94	79,96	1.319.368
	51	1.412	2.217	68,08	129,75	4.679.760
	10	201	284	122,40	104,43	1.120.418
	6	17	18	332,94	32,24	269.862
	72	1.073	2.851	50,83	91,21	4.614.689
	28	529	588	211,99	48,00	3.320.889
	4	70	63	190,79	85,16	489.690
	9	84	578	26,57	57,23	1.646.024
	30	560	1.894	41,21	87,43	4.073.017
	10	188	301	68,29	49,33	1.415.070
	763	12.835	32.030	67,01	125,20	49.846.113

Figura 2.10. Strutture sanitarie residenziali per assistenza psichiatrica (Anni 2005-2009).

Fonte: Ministero della Salute – Sistema Informativo Sanitario.

letto disponibili, sia invece calato il numero delle giornate di assistenza, a possibile testimonianza di un aumento del bisogno e della conseguente richiesta di questa tipologia di assistenza.

Per quanto riguarda, infine, le dotazioni di personale dei DSM, un calo è stato registrato nel 2009 per quasi tutti i profili professionali, a eccezione dei medici e degli assistenti sociali, che risultano in leggera crescita rispetto alla rilevazione del 2007 del Sistema Informativo Sanitario.

2.10.3. Indicazioni per la programmazione

Vi sono numerose ragioni per ritenere prioritario lo sviluppo di servizi di salute mentale in grado di fornire trattamenti efficaci, di alta qualità e accessibili a tutti.

Un nuovo Piano Nazionale che affronti le priorità di intervento nel campo della salute mentale, e che attualmente sta sviluppandosi attraverso lo stretto raccordo tra Ministero della Salute e Regioni, dovrà anche includere necessariamente la promozione di attività di ricerca e formazione che contribuiscano alla validazione e diffusione di pratiche di provata efficacia.

Fra le indicazioni per formulare strategie di intervento più qualificate ed efficaci si possono annoverare:

- l'accreditamento e la valutazione di qualità dei servizi, basati su indirizzi omogenei condivisi, che ne permettano poi l'articolazione locale, calibrata sui bisogni di salute specifici;
- la validazione, lo sviluppo e la diffusione sistematica nei DSM degli interventi psicoterapeutici e riabilitativi basati sulle evidenze e la loro integrazione con il trattamento psicofarmacologico e sociale;
- la formazione degli operatori nei principi e nei metodi della medicina basata sulle evidenze, con attenzione alla continuità dell'aggiornamento e all'integrazione delle diverse competenze professionali operanti nel settore;
- lo studio di modalità di prevenzione dei disturbi mentali e lo sviluppo di interventi di promozione della salute mentale nella scuola e negli ambienti di lavoro;
- la promozione di iniziative di forte coinvolgimento della medicina generale, che deve sempre più svolgere un ruolo di importanza primaria per l'individuazione e la presa in carico precoce dei disturbi mentali;
- la messa a regime del SISM, quale garanzia dell'attivazione di un flusso di informazioni costante, aggiornato e affidabile relativo alle caratteristiche dei pazienti e dei trattamenti, che consenta di pianificare tenendo conto dell'emergere dei bisogni;

- il potenziamento dei DSM, affinché possano farsi carico dell'intera gamma dei disturbi mentali presenti nel territorio di competenza e possano assicurare la continuità di cura per i pazienti gravi, nonché un adeguato sostegno alle loro famiglie;
- la promozione della sempre maggiore collaborazione tra gli SPDC e gli altri Dipartimenti dell'ospedale generale, in modo da assicurare un'adeguata consulenza per i problemi di salute mentale dei pazienti ricoverati in tali reparti (es. pazienti con neoplasie, cardiopatie, dializzati, trapiantati).

Vale la pena ricordare che sono numerose le iniziative già avviate in questi campi. Fra tutte si segnalano due progetti, coordinati dall'ISS e conclusi nel 2010, riguardanti la valutazione di efficacia e il rapporto costi-benefici di un programma di screening e gestione della depressione in medicina generale e un intervento di promozione della salute mentale, del benessere psicologico e dell'intelligenza emotiva nelle scuole di istruzione

secondaria. Occorre però portare a sistema una serie di esperienze di eccellenza, attualmente troppo spesso parcellizzate.

Bibliografia essenziale

- Alleva E, Bignami G, Di Fiandra T (Eds). Thirty years after the reform of the Italian Law on mental health: time for celebrating, evaluating, moving forward. *Ann Ist Super Sanità*, Volume 45, No. 1, 2009
- Gigantesco A, Morosini P. Definizione di obiettivi e soluzione di problemi. Manuale di auto-mutuo-aiuto per la promozione della salute mentale, del benessere psicologico e dell'intelligenza emotiva nella scuola. In collaborazione con il Ministero della Salute/CCM. Centro Stampa Vittoria, 2009
- Lega I, Gigantesco A, Meduri FR. Sorveglianza sentimentale dei disturbi mentali gravi e dei casi di suicidio: il progetto SEME. *Notiziario dell'Istituto Superiore di Sanità* 2010; 23: 3-6
- Lora A, Barbato A, Cerati G, Erlicher A, Percudani M. The mental health system in Lombardy, Italy: access to services and patterns of care. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2011 Feb 4
- Picardi A, Adler DA, Chang H, et al. WH. Development of preliminary validation of the PC-SAD5, a screener-derived short depression severity measure. *J Eur Acad Dermatol Venereol* 2011, Mar 14

2.11. Rete di assistenza per le tossicodipendenze e l'alcolismo

2.11.1. La rete di assistenza per le tossicodipendenze

Il Decreto del Presidente della Repubblica n. 309 del 1990 (Testo Unico sulle tossicodipendenze) e successive modificazioni assegna al Ministero della Salute il compito di rilevare annualmente le attività svolte dai Servizi pubblici per le tossicodipendenze e le caratteristiche del personale e dei pazienti in trattamento.

Per quanto riguarda la determinazione dell'organico e delle caratteristiche organizzative e funzionali dei Servizi per le tossicodipendenze afferenti alle Aziende Sanitarie Locali, la materia è tuttora regolata dal DM 444/1990 che, tuttavia, necessita di una revisione e rimodulazione da concertare con il Dipartimento per le Politiche Antidroga e condividere con le Regioni, alla luce dei nuovi modelli di consumo e

della riorganizzazione dei servizi delle dipendenze in Dipartimenti, così come auspicato dall'Accordo Stato Regioni del 1999 (Provvedimento 21 gennaio 1999 – Accordo Stato-Regioni per la “Riorganizzazione del sistema di assistenza ai tossicodipendenti”).

Il Dipartimento per le Politiche Antidroga è stato istituito in data 20 giugno 2008 e rappresenta la struttura di supporto per la promozione, il coordinamento e il raccordo dell'azione di Governo in materia di politiche antidroga. Nello specifico, il Dipartimento Antidroga promuove, indirizza e coordina le azioni di Governo atte a contrastare il diffondersi delle tossicodipendenze e delle alcolodipendenze-correlate, di cui al testo unico approvato con decreto del Presidente della Repubblica 309 del 9 ottobre 1990 e successive modificazioni, nonché a promuovere e realizzare attività di collabo-

Tabella 2.30. Caratteristiche degli utenti dei servizi pubblici per le tossicodipendenze (Anno 2009)

Regione					Età media			Utenti per sostanza d'abuso primaria (%)					
	Maschi	Femmine	M/F	% utenti strutture riabilitative	Maschi	Femmine	Totale	Eroina	Cannabinoidi	Cocaina	Allucinogeni	Ecstasy e analoghi	Altro
Piemonte	11.921	2.636	4,5	11,0	35,1	34,7	35,0	68,0	5,9	12,8	0,1	0,3	12,9
Valle d'Aosta	321	59	5,4	14,2	33,9	33,2	33,8	70,3	7,1	19,5	0,0	0,0	3,1
Lombardia	23.316	3.896	6,0	8,6	34,4	33,6	34,3	54,6	9,8	26,4	0,0	0,2	9,0
PA di Bolzano	607	166	3,7	11,8	34,4	35,5	34,7	74,2	14,6	7,4	0,0	0,7	3,1
PA di Trento	861	223	3,9	19,0	33,9	31,4	33,4	88,2	4,5	6,0	0,0	0,3	1,0
Veneto	12.394	2.423	5,1	12,1	32,9	31,0	32,6	70,1	13,8	12,0	0,1	0,5	3,5
Friuli Venezia Giulia	1.867	461	4,0	5,4	34,1	32,8	33,8	78,4	12,5	6,4	0,0	0,0	2,7
Liguria	5.148	1.137	4,5	4,5	34,5	33,8	34,4	81,5	7,8	9,0	0,0	0,2	1,5
Emilia Romagna	10.488	2.222	4,7	10,4	34,0	32,8	33,8	74,5	8,3	14,3	0,0	0,3	2,6
Toscana	11.469	2.584	4,4	8,5	34,1	32,6	33,8	76,0	9,0	11,2	0,1	0,4	3,3
Umbria	2.007	618	3,2	17,5	33,3	33,3	33,3	87,0	5,1	6,1	0,0	0,1	1,7
Marche	3.610	741	4,9	12,6	32,5	30,8	32,2	78,8	8,3	8,2	0,1	0,2	4,4
Lazio	8.690	1.325	6,6	4,7	35,5	34,8	35,4	76,9	5,1	16,0	0,0	0,1	1,9
Abruzzo	4.145	618	6,7	12,6	33,1	32,3	33,0	66,5	9,4	6,8	0,0	0,6	16,7
Molise	576	71	8,1	9,6	31,7	27,7	31,3	72,2	8,4	16,0	0,2	0,0	3,2
Campania	14.693	1.461	10,1	10,4	32,9	32,2	32,9	69,7	8,7	15,8	0,0	0,2	5,6
Puglia	11.918	859	13,9	7,7	33,1	32,2	33,0	62,9	16,3	16,4	0,2	0,3	3,9
Basilicata	1.393	109	12,8	9,7	32,7	30,1	32,5	82,6	6,8	8,7	0,0	0,1	1,8
Calabria	3.213	250	12,9	15,7	34,3	33,8	34,3	74,3	7,9	10,8	0,0	0,1	6,9
Sicilia	11.429	1.048	10,9	5,5	33,1	31,7	33,0	63,8	9,9	19,8	0,0	0,2	6,3
Sardegna	4.754	637	7,5	12,1	35,7	34,6	35,5	78,4	4,3	11,3	0,0	0,2	5,8
Italia	144.820	23.544	6,2	9,4	33,9	33,0	33,8	68,9	9,3	15,5	0,1	0,3	5,9

Fonte: Ministero della Salute – Direzione Generale della Prevenzione Sanitaria – Rilevazione attività nel settore tossicodipendenze.

razione con le pubbliche amministrazioni competenti nello specifico settore.

Presentazione e commento dei dati. Nel 2009 sono stati rilevati 496 Servizi pubblici per le tossicodipendenze su 525 attivi (94,5%). Risultano essere stati presi in carico 168.364 pazienti con problemi di sostanze d'abuso. La sostanza più utilizzata è l'eroina, con una richiesta di trattamento del 68,9%. Con riferimento alla popolazione residente totale, sono state trattati dai Servizi pubblici 28 pazienti (50 maschi e 8 femmine) ogni 10.000 abitanti.

Le principali caratteristiche dell'utenza (Tabella 2.30) nel 2009 sono le seguenti:

- il rapporto M/F dei pazienti in carico ai Servizi è pari a 6,2 e la fascia di età modale è quella superiore ai 39 anni (34,0% del totale); l'utenza è progressivamente

“invecchiata” nel corso degli anni (età media pari a 33,8 anni);

- la sostanza d'abuso per cui la richiesta di trattamento è più diffusa è l'eroina (68,9% dei pazienti), assunta nella maggior parte dei casi per via intravenosa (64,2%); seguono la cocaina (15,5%) e i cannabinoidi (9,3%) [Tabella 2.31].

Il 9,4% del totale dei pazienti presi in carico dai Servizi pubblici è stato trattato presso le strutture riabilitative (trend decrescente rispetto agli anni precedenti); riguardo alla tipologia dei trattamenti erogati dai Servizi pubblici, il 63,7% dei pazienti è stato sottoposto a programmi farmacologici integrati. Per il 53,7% del totale si è fatto ricorso a metadone cloridrato (il 68,1% del totale dei pazienti trattati con questo farmaco è stato sottoposto a programmi a lungo termine, il 20,7% a

Tabella 2.31. Utenti distribuiti per sostanza stupefacente d'abuso (%)

Sostanza d'abuso	Uso primario																		
	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
Allucinogeni	0,1	0,0	0,1	0,3	0,1	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1
Amfetamine	0,1	0,1	0,2	0,3	0,3	0,4	0,2	0,2	0,3	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,1	0,1	0,1
Ecstasy e analoghi*	-	-	-	-	-	-	0,4	0,7	0,8	0,8	0,8	0,8	0,8	0,7	0,6	0,5	0,4	0,3	0,3
Barbiturici	0,1	0,1	0,0	0,0	0,1	0,1	0,0	0,1	0,2	0,0	0,1	0,0	0,0	0,1	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Benzodiazepine	0,6	0,4	0,5	0,5	0,4	0,5	0,4	0,5	0,6	0,6	0,6	0,6	0,5	0,6	0,6	0,6	0,5	0,5	0,4
Cannabinoidi	5,0	4,6	4,9	5,1	5,9	5,8	6,9	7,6	8,0	8,0	8,2	9,1	10,3	10,7	9,7	9,6	8,6	8,8	9,3
Cocaina	1,3	1,3	1,7	1,9	1,6	1,8	2,3	3,2	4,3	5,3	5,7	6,9	8,9	11,2	13,2	14,0	14,2	15,1	15,5
Crack	0,3	0,1	0,3	0,1	0,6	0,5	0,0	0,0	0,0	0,1	0,1	0,1	0,2	0,2	0,3	0,4	0,4	0,5	0,7
Eroina	90,1	91,2	90,6	88,5	89,1	88,7	87,5	85,6	83,6	82,7	81,4	79,5	75,9	73,3	72,3	71,3	71,5	70,2	68,9
Metadone	0,5	0,3	0,2	0,4	0,2	0,3	0,6	0,7	0,4	0,4	0,4	0,7	0,9	0,7	0,4	0,6	0,6	0,8	0,6
Morfina	0,0	0,1	0,1	0,1	0,6	0,0	0,1	0,0	0,0	0,0	0,0	0,1	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,2
Altri oppiacei*	-	-	-	-	-	-	0,1	0,1	0,4	0,3	0,6	0,3	0,4	0,3	0,2	0,3	0,4	0,3	0,3
Inalanti*	-	-	-	-	-	-	0,0	0,1	0,1	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,1	0,0
Altro	1,9	1,8	1,4	2,8	1,1	1,7	1,3	1,0	1,0	1,2	1,8	1,7	1,8	2,0	2,2	2,3	3,2	3,1	3,6

* Informazioni contenute nei nuovi modelli di rilevazione (DM 20 settembre 1997) in vigore dal 1997.

Fonte: Ministero della Salute – Direzione Generale della Prevenzione Sanitaria – Rilevazione attività nel settore tossicodipendenze.

programmi a medio termine e l'11,2% a programmi a breve termine), per lo 0,5% a naltrexone, per lo 0,2% a clonidina e per il 9,2% ad altri farmaci (Tabella 2.32). Tali trattamenti sono stati prevalentemente fruiti nei Servizi pubblici (87,2%), ma anche, in minima parte, nelle strutture riabilitative (5,6%) e in carcere (7,2%).

I pazienti sottoposti a trattamenti psicosociali e/o riabilitativi sono pari al 36,3% del totale (per il 31,5% di tale sottogruppo si è fatto ricorso al sostegno psicologico, per il 10,0% alla psicoterapia, per il 58,5% a interventi di servizio sociale).

Patologie infettive. Secondo i dati rilevati nel 2009, la percentuale dei pazienti in cura presso i Servizi pubblici per le tossicodipendenze sieropositivi per l'HIV, rispetto al totale dei testati, è pari all'11,5% (in diminuzione dal 2000); per l'epatite B e per l'epatite C tale dato assume il valore, rispettivamente, del 36,2% e del 58,5% (entrambi in diminuzione). È da sottolineare, tuttavia, che i test vengono effettuati in numero minore al 50% nei nuovi ingressi. Le percentuali di positività, per tutte le patologie infettive, sono più elevate nel sottogruppo di pazienti già in carico dagli anni precedenti o rientrati di sesso femminile e sono variabili da Regione a Regione.

Decessi droga-correlati. I decessi per intossicazione acuta avvenuti nel 2009 si attestano a 484 casi (il dato è tuttavia sotto-stimato, poiché non tiene conto di overdose in cui non sia intervenuta l'Autorità Giudiziaria e di decessi droga correlati diversi dall'overdose), in calo rispetto ai precedenti anni (653 nel 2005) e con un rapporto M/F pari a 9,7 con un'età media pari a 37 anni di età. La causa del decesso è stata attribuita nella maggior parte dei casi all'eroina. Per il 40% dei decessi la sostanza causa del decesso non è stata registrata.

Criticità

- Inadeguatezza nella continuità dell'assistenza, per lo più dovuta a una scarsa integrazione tra i servizi sanitari pubblici e strutture del privato sociale (comunità terapeutiche), così come tra servizi sanitari e servizi sociali.
- Difficoltà nella gestione della comorbilità psichiatrica.
- Disomogeneità sul territorio nazionale nell'organizzazione che gestisce la collaborazione fra servizi territoriali pubblici e gli organismi del volontariato, degli Enti del Privato Sociale e delle comunità locali.
- Scarsa diffusione di programmi di valutazione dei risultati dei trattamenti (valutazione dell'efficacia in pratica) per quan-

Tabella 2.32. Utenti distribuiti per tipo di trattamento (%) [Anno 2009]

Regioni	Psicosociale e/o riabilitativo	Farmacologico						
		Metadone breve termine (≤ 30 gg)	Metadone medio termine (30 gg-6 mesi)	Metadone lungo termine (> 6 mesi)	Totale metadone	Naltrexone	Clonidina	Altri farmaci
Piemonte	45,2	4,1	7,6	36,3	48,0	0,3	0,1	6,5
Valle d'Aosta	46,2	11,0	25,8	13,2	50,0	0,0	0,0	3,8
Lombardia	45,6	2,3	9,0	28,9	40,2	0,2	0,3	13,6
PA di Bolzano	40,5	7,6	10,6	36,6	54,8	0,0	0,0	4,7
PA di Trento	44,1	26,4	4,0	21,8	52,1	0,0	0,0	3,8
Veneto	33,1	8,0	14,0	26,5	48,5	1,0	0,5	16,8
Friuli Venezia Giulia	29,1	0,7	6,0	53,2	59,9	0,6	0,0	10,4
Liguria	6,0	16,9	19,5	40,5	76,9	0,8	0,1	16,2
Emilia Romagna	29,4	1,1	11,8	41,4	54,3	0,5	0,3	15,5
Toscana	32,5	3,1	12,0	48,2	63,3	0,3	0,0	3,9
Umbria	23,6	16,7	17,6	35,7	69,9	0,3	0,0	6,2
Marche	29,0	12,9	10,1	28,8	51,8	0,7	0,0	18,4
Lazio	28,6	6,3	8,1	50,3	64,7	0,3	0,0	6,5
Abruzzo	39,5	13,0	17,1	27,6	57,8	0,4	0,0	2,4
Molise	44,2	3,1	12,9	35,3	51,3	0,0	0,0	4,5
Campania	34,1	8,9	13,0	39,8	61,7	0,3	0,3	3,6
Puglia	48,4	4,0	8,0	35,7	47,6	0,2	0,2	3,6
Basilicata	43,5	1,6	1,9	52,9	56,5	0,1	0,0	0,0
Calabria	39,2	10,8	17,6	28,4	56,8	1,2	0,4	2,4
Sicilia	35,4	6,4	13,1	34,2	53,7	1,7	0,5	8,7
Sardegna	21,9	4,4	5,8	57,9	68,1	0,1	0,0	9,9
Italia	36,3	6,0	11,1	36,6	53,7	0,5	0,2	9,2

Fonte: Ministero della Salute – Direzione Generale della Prevenzione Sanitaria – Rilevazione attività nel settore tossicodipendenze.

to riguarda sia i servizi pubblici sia le comunità terapeutiche.

- Difficoltà nell'attuazione di processi diagnostico-terapeutici e riabilitativi efficaci nei tossicodipendenti detenuti.
- Necessità di implementare e valorizzare programmi riabilitativi più strutturati nei servizi pubblici.
- Scarsa e carente sorveglianza e testing delle malattie infettive droga-correlate presso i servizi pubblici.
- Mancanza di legislazione e di dati epidemiologici relativi ai pazienti con ludopatia (*gambling* patologico).

Indicazioni per la programmazione. I dati rilevati e illustrati, pur essendo rappresentativi delle attività dei servizi, non consentono una valutazione esauriente dell'efficienza e dell'efficacia in termini di risultati di salute prodotti. Inoltre, mancano del tutto

informazioni sugli interventi delle comunità terapeutiche del privato accreditato.

Appare prioritario attivare una maggiore concertazione e coordinamento degli obiettivi fra tutte le istituzioni centrali, regionali e locali, pubbliche e private coinvolte, sulla base del Piano di Azione Nazionale Antidroga, al fine di rendere più efficaci le politiche di contrasto alla droga tenendo conto delle diversità e delle autonomie territoriali. In particolare, è necessario:

- assicurare l'offerta terapeutica multidisciplinare integrata con un percorso assistenziale riabilitativo fortemente orientato al reinserimento sociale e lavorativo della persona tossicodipendente;
- implementare gli interventi di prevenzione basati su prove di efficacia, articolati in interventi "universali" (diretti alla popolazione generale), ma soprattutto privilegiando quelli "selettivi" (diretti ai target

più vulnerabili e a rischio comportamentale della popolazione giovanile);

- assicurare l'offerta di azioni di prevenzione delle patologie correlate all'uso di sostanze stupefacenti in relazione alle offerte di cura e riabilitazione;
- implementare la collaborazione e il coordinamento tra servizi sociosanitari per garantire tutte le prestazioni necessarie per una globale tutela della salute dei soggetti tossicodipendenti interessati (comorbidità psichiatrica, malattie infettive ecc.) con particolare riguardo alle persone recluse;
- implementare l'offerta del testing per le principali malattie infettive droga-correlate nei servizi pubblici (HIV, HBV, HCV, lue), tenendo sempre presente l'obbligatorietà del consenso informato del paziente;
- risulta essenziale, inoltre, portare a regime in collaborazione con le Regioni e con il coordinamento del Dipartimento per le Politiche Antidroga il Sistema Informativo Nazionale sulle Dipendenze (SIND) sui pazienti in trattamento, strutturato nel NSIS, fondato su tracciati record individuali, in grado di fornire informazioni sulle prestazioni e sui percorsi di cura generati dai pazienti all'interno delle strutture dedicate. Premesso che le conoscenze epidemiologiche e le conoscenze sull'efficienza e l'efficacia della rete dei servizi sono fondamentali per orientare le azioni programmatiche e di indirizzo, si elencano alcuni aspetti problematici rispetto ai quali approntare strategie di intervento efficaci;
- implementare programmi di formazione e conoscenza sui nuovi trend di assunzione, sugli interventi basati su prove di efficacia (prevenzione, cura e riabilitazione), sulla valutazione degli esiti dei trattamenti (anche in relazione ai costi).

Attenzione particolare va posta ai detenuti tossicodipendenti, anche alla luce del trasferimento delle funzioni assistenziali al SSN (DPCM 1 aprile 2008), potenziando gli interventi nelle carceri da parte della rete dei servizi e programmare interventi di prevenzione, nonché interventi di riduzione dei rischi droga-correlati (infezione da HIV,

HBV, HCV, patologie acute, es. provocate da cocaina e psicostimolanti, incidenti cardiovascolari e disturbi mentali).

Altro elemento di attenzione è costituito dalla necessità di coinvolgimento dei medici dei DEA collocati negli ospedali, nello sviluppare competenze legate agli effetti delle sostanze psicotrope e quindi stilare protocolli trattamentali *ad hoc* e sviluppare capacità di diagnosi differenziale. Di fatto, le patologie acute da stupefacenti, come gli incidenti cardiovascolari da psicostimolanti (cocaina, amfetamine ecc.), l'ipertermia maligna e la rabdomiolisi (da MDMA), sono esempi di comorbidità.

Considerando la peculiarità dei bisogni sanitari e sociali nel campo delle dipendenze patologiche, sarebbe opportuno prevedere l'istituzione di specifici corsi di specializzazione post-laurea in Medicina delle dipendenze.

2.11.2. La rete di assistenza per l'alcolismo

Gli indirizzi per l'assistenza sociosanitaria agli alcolodipendenti sono stati definiti con l'Accordo Stato-Regioni "Riorganizzazione del sistema di assistenza ai tossicodipendenti" (Provvedimento 21 gennaio 1999), in cui si prevede l'implementazione di interventi alcologici nell'ambito dei Dipartimenti per le Dipendenze delle Aziende Sanitarie Locali tramite specifici gruppi di lavoro, o equipe alcologiche, di carattere multidisciplinare, operanti con metodologie integrate di ambito medico, psicologico e sociale. Nell'Accordo è previsto, tra l'altro, che i presidi alcologici provvedano alle attività di prevenzione, trattamento e riabilitazione anche tramite il raccordo e la collaborazione con altri presidi della rete socio-assistenziale quali le strutture ospedaliere e gli enti del volontariato e auto-mutuo-aiuto.

La Legge 125 del 30 marzo 2001 "Legge quadro in materia di alcool e problemi alcol-correlati" ha vincolato specificamente le Regioni e PA alla programmazione di adeguati interventi di prevenzione e assistenza sociosanitaria, all'individuazione delle relative strutture e alla formazione e aggiornamento

degli operatori addetti. Successivamente, con l'Accordo Stato-Regioni del 22 novembre 2001, le attività sanitarie e sociosanitarie a favore delle persone alcolodipendenti sono state incluse nell'ambito dei LEA.

L'adeguata disponibilità e accessibilità di servizi alcologici ha costituito uno degli obiettivi prioritari del PSN 2006-2008 per il settore e anche il nuovo PSN 2010-2012, attualmente in fase di definitiva approvazione, ribadisce tale obiettivo prevedendo la realizzazione di interventi specificamente mirati alle varie fasce di popolazione a rischio e a particolari condizioni di vita e di lavoro, nonché all'identificazione precoce e all'intervento breve sui casi a rischio.

Rappresentazione, esposizione e valutazione critica dei dati. Al 31 dicembre 2008 sono stati rilevati 459 servizi o gruppi di lavoro per l'alcolodipendenza, distribuiti in 19 Regioni. La quasi totalità di tali servizi o gruppi di lavoro (95,9%) è di tipo territoriale e afferisce a un'Azienda USL; il 2,6% afferisce a un'Azienda Ospedaliera e l'1,5% a un'Università.

Nell'arco di un decennio, tra il 1996 e il 2008, la rete dei servizi o gruppi di lavoro presenti sul territorio nazionale si è notevolmente ampliata, passando da 280 a 459 unità operative.

Nel 2008 sono stati presi in carico dai servizi o gruppi di lavoro alcologici 66.548 soggetti alcolodipendenti, in aumento rispetto al 2007 (58.378).

Il personale dei servizi alcologici. Nell'ambito di tale rete di servizi nel 2008 sono state preposte alle attività relative all'alcolodipendenza 3.886 unità di personale, di cui il 48,7% costituito da operatori sociosanitari, il 22,7% da medici, il 17,8% da psicologi e il restante 10,8% da personale amministrativo o altra qualifica.

Nel periodo 1996-2008, contestualmente al crescere del numero dei servizi, si rileva un generale aumento del numero assoluto delle unità di personale a essi addette, che passano da 2.064 a 3.886. Tra queste unità di personale, 671 sono addette esclusivamente (17,3% del totale) e 3.215 addette

parzialmente (82,7% del totale). A livello nazionale si hanno quindi proporzioni elevate di addetti parziali rispetto agli addetti esclusivi e la proporzione di addetti parziali non scende al di sotto dell'80% per tutte le professionalità. La percentuale più elevata di addetti parziali si osserva nel ruolo medico.

I modelli di trattamento. Nel 2008 il 30,0% degli utenti dei servizi alcologici è stato sottoposto a trattamenti medico-farmacologici in regime ambulatoriale, il 26,5% a counseling personale o familiare, il 7,8% è stato inserito in gruppi di auto-mutuo-aiuto, il 14,0% è stato sottoposto a trattamento socioriabilitativo, il 2,7% è stato inserito in comunità residenziale o semiresidenziale.

I trattamenti psicoterapeutici sono stati attivati per il 10,3% degli utenti, con terapie individuali (65,4%) o di gruppo/familiari (34,6%). Il 5,2% degli utenti in trattamento è stato avviato al ricovero ospedaliero, prevalentemente (il 63,5%) per sindrome di dipendenza da alcool.

Nel tempo (anni 1996-2008) aumenta la prevalenza dei soggetti trattati con interventi medico-farmacologici ambulatoriali, socioriabilitativi e counseling, mentre diminuisce notevolmente quella dei soggetti inseriti nei gruppi di auto-mutuo-aiuto (dal 13,3% del 1999 al 7,8% del 2008) o avviati al ricovero ospedaliero (dal 10,3% del 1996 al 5,2% del 2008) [Tabella 2.33].

I modelli organizzativi dei servizi. In conformità con il modello organizzativo-funzionale adottato con l'Accordo Stato-Regioni del 21 gennaio 1999, circa l'86% dei servizi ha svolto nel 2008 attività di accoglienza, osservazione e diagnosi e ha definito e/o attuato programmi terapeutico-riabilitativi. Per quanto riguarda le altre attività, l'83,7% ha riguardato la prevenzione, l'81,3% il coordinamento con i servizi sociali, il 79,3% la collaborazione con i servizi ospedalieri e il 77,3% la collaborazione con il medico di famiglia. Il 66,0% dei servizi ha attivato piani operativi per la formazione del personale. Abbastanza diffusa, anche se in diminuzio-

ne nel tempo, appare la collaborazione dei servizi alcolologici con gli enti e le associazioni del volontariato e privato sociale, soprattutto con i gruppi di auto-mutuo-aiuto, in particolare nelle Regioni del Centro-Nord, dove l'inserimento in tali gruppi presenta valori superiori alla media nazionale. Nel 2008 il 53,5% dei servizi ha collaborato con i Club di Alcolisti in trattamento (CAT), il 41,0 % con i gruppi di Alcolisti Anonimi (AA) e il 14,4% con altri gruppi. Mediamente, nel 2008, ogni servizio alcolologico ha collaborato con circa 8 CAT, 2 gruppi di AA e 2 comunità o cooperative sociali.

Indicazioni per la programmazione. L'incremento dell'utenza dei servizi alcolologici rilevata nell'ultimo quindicennio conferma la necessità di specifiche risposte per i problemi alcolcorrelati in relazione sia alle esigenze assistenziali e riabilitative sia a quelle della prevenzione primaria e secondaria, nonché per le patologie alcolcorrelate. A fronte di tale domanda l'attuale assetto organizzativo dei servizi non sempre appare in grado

di dare risposte adeguate sia all'entità sia alla specificità dell'utenza, cui in particolare non sempre è possibile offrire la disponibilità di spazi, risorse e strumenti adeguatamente differenziati rispetto a quelli destinati all'utenza tossicodipendente trattata nell'ambito del medesimo Dipartimento. In particolare, continua a essere troppo bassa nei servizi alcolologici la percentuale di addetti esclusivi, soprattutto tra i medici e gli psicologi, benché nel 2008 il personale esclusivo risulti in aumento per tutte le qualifiche, in controtendenza rispetto agli anni più recenti. Appare necessario rafforzare le risorse di personale addetto ai trattamenti mentre, secondo gli orientamenti della Legge 125/2001, i servizi potranno continuare ad avvalersi utilmente della collaborazione con i gruppi di auto-mutuo-aiuto per le funzioni di riabilitazione, mantenimento della sobrietà e per la prevenzione.

I servizi alcolologici dovranno, inoltre, meglio adattarsi al quadro dei nuovi problemi emergenti che riguardano, oltre all'alcol-dipendenza conclamata, anche le varie modalità

Tabella 2.33. Trattamenti effettuati dai servizi o gruppi di lavoro – Percentuali di soggetti trattati per tipologia di programma

		1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008
Medico farmacologico ambulatoriale		20,6	22,2	24,5	25,4	28,4	28,3	30,3	28,5	28,9	28,2	30,3	29,4	30,0
Psicoterapeutico	individuale	5,6	5,8	7,8	6,1	6,0	6,0	6,9	7,3	6,8	7,0	7,1	6,6	6,7
	di gruppo o familiare	6,8	6,8	7,0	4,6	4,5	4,9	5,6	4,5	4,7	4,6	4,1	3,0	3,6
Counseling all'utente o alla famiglia		24,3	22,9	24,8	24,9	25,6	24,3	23,0	24,4	25,4	26,1	26,4	28,3	26,5
Inserimento nei gruppi di auto-mutuo-aiuto		21,1	17,7	12,6	13,3	12,2	11,8	10,4	11,4	10,2	9,8	8,8	8,5	7,8
Trattamento socioriabilitativo		7,3	9,6	10,6	8,1	9,6	11,3	12,5	12,7	11,8	12,1	13,0	13,7	14,0
Inserimento in comunità di carattere residenziale o semiresidenziale		1,6	1,2	1,1	6,2	1,7	1,9	2,0	2,3	2,3	2,5	2,5	2,9	2,7
Ricovero ospedaliero o day-hospital per	sindrome di dipendenza da alcool	5,3	6,5	5,5	4,5	4,8	4,1	3,6	3,4	4,0	2,7	2,8	2,3	2,3
	altre patologie alcolcorrelate	3,4	3,3	2,1	1,7	1,8	1,8	1,5	1,5	1,3	1,2	1,1	1,1	1,0
	altro	0,7	1,1	0,9	0,6	0,3	0,5	0,4	0,5	0,4	0,5	0,4	0,5	0,4
Ricovero in casa di cura privata convenzionata per	sindrome di dipendenza da alcool	0,6	1,1	1,0	0,8	1,4	1,2	1,3	1,3	1,3	1,6	0,9	1,0	1,0
	altre patologie alcolcorrelate	0,2	0,3	0,1	0,1	0,3	0,2	0,3	0,3	0,2	0,4	0,1	0,2	0,1
	altro	0,1	0,1	0,3	0,4	0,5	0,4	0,2	0,3	0,3	0,4	0,5	0,5	0,3
Altro		2,4	1,7	1,7	3,3	2,8	3,2	2,0	1,6	2,5	2,8	1,8	2,1	3,5

Fonte: Ministero della Salute – Direzione Generale della Prevenzione Sanitaria – Rilevazione attività nel settore alcol-dipendenza.

di uso dannoso dell'alcool, l'alcolismo giovanile, le intossicazioni acute, il *binge drinking*, gli stili di vita pericolosi. In relazione a tale ampio spettro di problemi le attività dei servizi alcolologici dovrebbero essere inserite più stabilmente nell'ambito di un ampio circuito di intervento che coinvolga altri servizi specialistici competenti quali l'ospedale, i medici di famiglia, le commissioni per le pazienti, i servizi sociali e i medici del lavoro.

Il rafforzamento della rete dei servizi alcolologici si pone fra gli obiettivi strategici delle più recenti politiche europee del settore. La "Strategia Comunitaria per la riduzione dei danni alcolcorrelati", ratificata da una Risoluzione del Parlamento Europeo nel luglio 2007, sottolinea la necessità di implementare in particolare alcuni interventi di provata efficacia quali le attività di prevenzione con approccio multisettoriale e interistituzionale, l'assistenza psicologica ai ricoverati in ospedale per intossicazione acuta, l'uso di test per l'identificazione precoce dei pazienti a rischio nella medicina di base, il sostegno psicosociale a favore delle famiglie e dei figli di alcolisti, la prevenzione del consumo dannoso di alcool in età anziana.

Il trattamento del consumo alcolico dannoso e dell'alcoldipendenza costituisce uno dei principali obiettivi strategici del Piano Nazionale Alcool e Salute (PNAS), che il Ministero ha promosso e concordato con le Regioni nel marzo 2007 per attivare nell'ambito dei territori regionali interventi adeguati ai problemi emergenti e in linea con gli orientamenti dell'UE. Nel PNAS si prevede, in particolare, la costruzione di un sistema complesso di trattamento, accessibile, efficace e flessibile, basato su evidenze scientifiche e su un'adeguata valutazione dei bisogni, con risposte per tutte le varie fasi che

vanno dalla disintossicazione alla prevenzione delle ricadute e alla riabilitazione, secondo un approccio integrato e multisettoriale, che coinvolga i diversi presidi sanitari e sociali interessati e le associazioni di automutuo-aiuto e del volontariato. Altri interventi raccomandati dal PNAS per il rafforzamento della rete dei servizi riguardano la formazione degli operatori e in particolare dei medici della medicina di base, per i quali viene raccomandata una specifica formazione finalizzata all'identificazione precoce dei pazienti a rischio e alla pratica di brevi interventi di counseling.

Il nuovo PSN 2010-2012, ribadendo l'importanza degli interventi di prevenzione nella medicina di base e nei contesti lavorativi, pone espressamente tra gli obiettivi prioritari la necessità di accrescere la disponibilità e accessibilità di appropriati trattamenti per i soggetti con comportamenti di grave abuso e per gli alcoldipendenti, predisponendo percorsi che garantiscano la continuità della presa in carico, l'integrazione con i servizi sanitari contigui e con i servizi sociali, la valutazione di efficacia degli interventi.

Bibliografia essenziale

- Ministero della Salute, Direzione Generale della Prevenzione Sanitaria. Rilevazione attività nel settore tossicodipendenze – Anno 2009
- Ministero della Salute, Direzione Generale della Prevenzione Sanitaria-Ufficio VII. Relazione del Ministro della Salute al Parlamento sugli interventi realizzati ai sensi della Legge 125 del 30 marzo 2001
- Ministero della Salute, Direzione Generale della Prevenzione Sanitaria-Ufficio VII. Rilevazione attività nel settore dell'alcoldipendenza – Anno 2008
- Presidenza del Consiglio dei Ministri, Dipartimento per le Politiche Antidroga. Relazione annuale al Parlamento sullo stato delle tossicodipendenze in Italia. 2010

2.12. Cure palliative e terapia del dolore

La Legge 38 del 15 marzo 2010 "Disposizioni per garantire l'accesso alle cure palliative e alla terapia del dolore", rivolta al paziente adulto e in età pediatrica, rappresenta un

punto di eccellenza nel nostro Paese. La Legge ha il primato a livello europeo di offrire un quadro normativo per le cure palliative e la terapia del dolore per i malati di tutte le

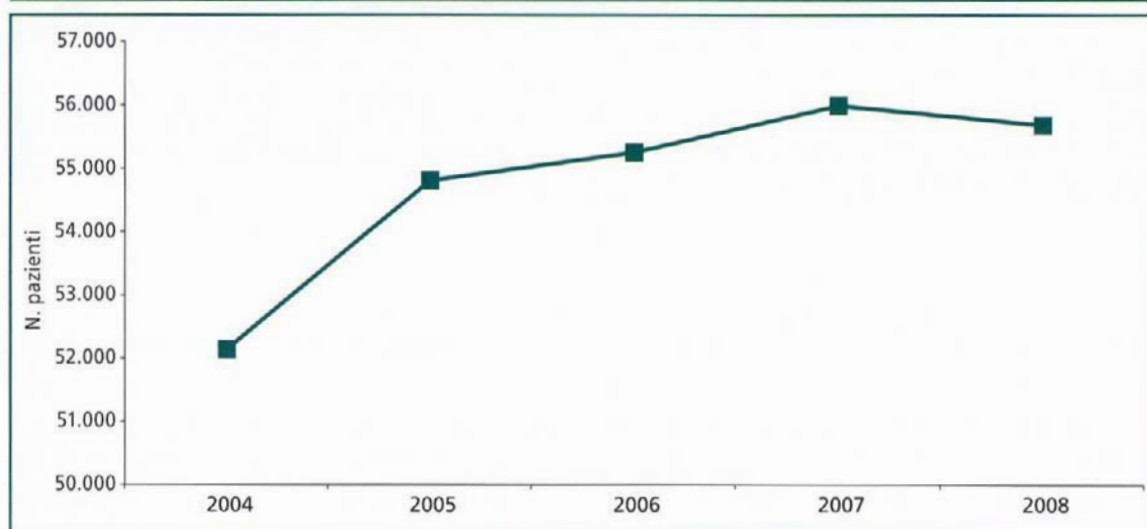
fasce di età, con particolare attenzione per l'età infantile, e per le relative reti assistenziali, con l'intento di rendere omogenee le prestazioni su tutto il territorio. La creazione della Commissione nazionale per l'attuazione della Legge 38/2010, istituita con apposito DM del 13 maggio 2010, e l'istituzione, con DM del 23 settembre 2010, nell'ambito della Direzione Generale della Programmazione Sanitaria, dell'ufficio per il monitoraggio delle cure palliative e della terapia del dolore, nascono con l'intento di dare concreta attuazione ai principi della Legge.

Le cure palliative si rivolgono a tutti i tipi di pazienti (compresi quelli in età pediatrica) che sono affetti da malattie ad andamento cronico ed evolutivo (oncologico, genetico, neurologico, cardiologico ecc.) con la finalità di offrire al malato una migliore qualità di vita, aiutandolo a vivere in maniera dignitosa la sua malattia e gli effetti dolorosi che questa produce.

Il quadro epidemiologico in Italia, con riferimento ai pazienti che necessitano di cure palliative, appare disomogeneo, disponendo di dati Istat solo su pazienti affetti da malattie neoplastiche e di stime approssimative su pazienti affetti da altre patologie che potrebbero avere benefici dal trattamento con le cure palliative. Dalle rilevazioni dei dati Istat (2009) su "Decessi: caratteristiche demografiche e sociali. Anno

2006", la mortalità per neoplasie in Italia risulta la prima causa di morte per la popolazione maschile e tra le prime in generale, con decessi stimati di 168.000 persone ogni anno a causa di una patologia oncologica. I dati presentati richiedono il rafforzamento di una rete assistenziale di cure palliative che possa assorbire questa utenza potenziale che necessita di percorsi il più possibile personalizzati, per poter affrontare in particolare gli ultimi mesi della malattia, in cui maggiormente si rileva una progressiva perdita di autonomia e un acutizzarsi dei sintomi fisici e psichici che coinvolgono non solo il paziente, ma il nucleo familiare che insieme affronta questo drammatico momento. La difficoltà della rete di cure palliative di rispondere in maniera esaustiva alla richiesta di trattamento assistenziale è evidenziata dal calcolo, sulla base dei dati provenienti dal flusso SDO, del numero di pazienti deceduti in un reparto ospedaliero per acuti con una diagnosi primaria o secondaria di malattia neoplastica (*Figura 2.11*). Il grafico mostra una graduale ma continua crescita di decessi nel periodo 2004-2007 pari a 55.934 nel 2007, con un lieve decremento nell'anno 2008 (pari a 55.198). Per circa un terzo dei pazienti morti per una neoplasia nel nostro Paese, il decesso avviene in un reparto ospedaliero dedicato agli acuti, con un tempo medio di

Figura 2.11. Numero di pazienti deceduti in un reparto ospedaliero per acuti con una diagnosi primaria o secondaria di tumore (Anni 2004-2008).



permanenza per il ricovero di circa 12 giorni. I dati illustrati, se tradotti in termini economici, implicano un impegno di spesa pari a 223 milioni di euro, evidenziando ricoveri spesso impropri (*Tabella 2.34*).

Il primo atto legislativo riferito alle cure palliative è stato l'emanazione della Legge 39 del 26 febbraio 1999 di conversione del D.Lgs. 450/1998 recante disposizioni per assicurare interventi urgenti di attuazione del Piano Sanitario Nazionale 1998-2000, la quale ha sancito il diritto del cittadino di poter accedere alle cure palliative e ha previsto un programma nazionale di strutture residenziali di cure palliative (hospice) in tutte le Regioni italiane, con una disponibilità finanziaria pari a circa 206 milioni di euro. La Legge (e il suo relativo Decreto attuativo del 28 settembre 1999) disponeva che le Regioni presentassero all'allora Ministero della Sanità sia i progetti di strutture residen-

ziali (hospice), sia i programmi di organizzazione di rete assistenziali di cure palliative sul territorio. Trascorsi 10 anni dall'entrata in vigore della Legge 39/1999 i risultati ottenuti non possono essere definiti soddisfacenti. Con i fondi stanziati era stata programmata la realizzazione di 201 strutture residenziali per malati terminali prevalentemente oncologici (hospice) con una dotazione di 2.232 posti letto; come riportato nella *Tabella 2.35*, l'attuale numero di hospice realizzati è pari a 117 unità. A questi, realizzati con fondi statali previsti dalla Legge 39/1999, si devono aggiungere 46 hospice creati con fonti di finanziamento diverso (regionale, privato, altro). Il risultato appare deludente sia per il periodo trascorso, circa 10 anni dall'emanazione della Legge, sia per l'evidenza di profondi divari a livello regionale, con una preoccupante localizzazione degli hospice prevalentemente nel Nord del

Tabella 2.34. Distribuzione regionale dei deceduti in ospedale, con diagnosi (principale e/o secondarie) di tumore (ICD-9-CM 140-239) e valorizzazione delle prestazioni ospedaliere in tariffa nazionale (DM 12 settembre 2006)

Regione	Onere a totale o parziale carico del SSN		Onere non a carico del SSN	
	Numero di dimissioni	Valorizzazione in euro	Numero di dimissioni	Valorizzazione in euro
Piemonte	5.001	21.097.884	32	128.417
Valle d'Aosta	152	752.118	-	-
Lombardia	11.889	45.950.465	155	608.385
PA di Bolzano	622	2.546.095	4	19.950
PA di Trento	515	2.011.553	-	-
Veneto	6.805	27.029.840	5	17.807
Friuli Venezia Giulia	2.511	9.896.249	6	34.550
Liguria	2.833	11.721.829	8	66.688
Emilia Romagna	5.465	21.580.257	62	289.828
Toscana	4.316	17.284.088	37	151.896
Umbria	955	4.020.969	-	-
Marche	1.964	7.957.189	-	-
Lazio	4.760	21.077.627	161	636.607
Abruzzo	1.171	4.509.379	-	-
Molise	251	1.044.783	-	-
Campania	1.223	5.482.393	-	-
Puglia	1.380	5.711.351	3	12.684
Basilicata	209	883.975	-	-
Calabria	599	2.931.182	-	-
Sicilia	1.053	4.383.927	1	10.392
Sardegna	1.525	5.645.340	1	526
Italia	55.199	223.518.494	475	1.977.728

NB: Non inclusi ulteriori 5.773 deceduti in reparti di riabilitazione e lungodegenti.