

REPUBBLICA ITALIANA

BOLLETTINO UFFICIALE DELLA REGIONE LAZIO

PARTE PRIMA - PARTE SECONDA

Roma, 10 giugno 2000

Si pubblica normalmente il 10, 20 e 30 di ogni mese

DIREZIONE REDAZIONE E AMMINISTRAZIONE PRESSO LA PRESIDENZA DELLA GIUNTA REGIONALE - VIA CRISTOFORO COLOMBO, 212 - 00147 ROMA

IL BOLLETTINO UFFICIALE si pubblica a Roma in due distinti fascicoli:

- 1) la Parte I (Atti della Regione) e la Parte II (Atti dello Stato e della U.E.)
- 2) la Parte III (Avvisi e concorsi)

Modalità di abbonamento e punti vendita:

L'abbonamento ai fascicoli del Bollettino Ufficiale si effettua secondo le modalità e le condizioni specificate in appendice e mediante versamento dell'importo, esclusivamente sul c/c postale n. 42759001 intestato a Regione Lazio abbonamento annuo e o semestrale alla Parte I e II; alla parte III; alle parti I, II e III al Bollettino Ufficiale.

Il Bollettino Ufficiale della Regione Lazio è ora consultabile anche in via telematica tramite Internet accedendo al sito www.regione.lazio.it

Il Bollettino Ufficiale può essere visualizzato e/o stampato sia in forma testuale che grafica.

Gli utenti sono assistiti da un servizio di "help" telefonico (06-85082140).

Per INFORMAZIONI sul servizio e richieste di ABBONAMENTO rivolgersi all'ISTITUTO POLIGRAFICO E ZECCA DELLO STATO, Roma, Piazza Verdi n. 10 - AREA COMMERCIALE, Tel.: 068506220 / - 0685082150 Fax: 0685082520 e-mail: INFOIPZS@MAIL.IPZS.IT

Si rinvia ugualmente all'appendice per le informazioni relative ai punti vendita dei fascicoli del Bollettino Ufficiale, nonché sul servizio di Bollettino Ufficiale in via telematica.

Riproduzione anastatica

PARTE I

ATTI DELLA GIUNTA REGIONALE

DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE 7 marzo 2000, n. 716.

Approvazione «Progetto obiettivo promozione e tutela della salute da abuso e dipendenza da sostanze psicotrope e alcol», triennio 2000-2003 Pag. 3

GIUNTA REGIONALE DEL LAZIO

ESTRATTO DAL PROCESSO VERBALE DELLA SEDUTA DEL 7 MAR. 2000

ADDI' 7 MAR. 2000 NELLA SEDE DELLA REGIONE LAZIO, IN VIA CRISTOFORO COLCUBO, 212 SI E' RIUNITA LA GIUNTA REGIONALE, COSI' COSTITUITA:

BADALONI	Pietro	Presidente	FEDERICO	Maurizio	Assessore
COSENTINO	Lionello	Vice Presidente	HERMANIN	Giovanni	"
ALEANDRI	Livio	Assessore	LUCISANO	Pietro	"
AMATI	Matteo	"	MARRONI	Angiolo	"
BONADONNA	Salvatore	"	META	Michele	"
CIOFFARELLI	Francesco	"	PIZZUTELLI	Vincenzo	"
DONATO	Pasquale	"			

ASSISTE IL VICE SEGRETARIO Dott. Adolfo Papi.
..... OMISSIS

ASSENTI: BONADONNA - MARRONI - META

DELIBERAZIONE N° 716

OGGETTO: Approvazione "Progetto obiettivo promozione e tutela della salute da abuso e dipendenza da sostanze psicotrope e alcool" - Triennio 2000-2003.



OGGETTO: Approvazione "Progetto obiettivo promozione e tutela della salute da abuso e dipendenza da sostanze psicotrope e da alcool" triennio 2000-2003.

LA GIUNTA REGIONALE

Su proposta dell'Assessore alla Salvaguardia e Cura della Salute

VISTO il DPR 309/90 che istruisce i Ser.t quali strutture operative per la prevenzione, la cura, ed il recupero degli stati di dipendenza da sostanze stupefacenti e psicotrope legale ed illegali;

VISTO il piano Sanitario Nazionale 1998-2000 "Un patto per la salute" che reputa necessaria l'elaborazione di un progetto obiettivo tossicodipendenze che tenga conto degli interventi da compiere prioritariamente nel triennio come qui di seguito enunciati;

- a) definizione, sperimentazione e introduzione di modelli organizzativi del sistema di assistenza finalizzati ad un aumento dei livelli di integrazione delle strutture pubbliche coinvolte e la realtà del privato sociale e del volontariato;
- b) impostazione di piani regionali e locali per il contrasto della tossicodipendenza con strumenti di tipo sociale e sanitario;
- c) introduzione nella routine gestionale di percorsi formativi e di strumenti di valutazione dei risultati e della qualità dei servizi;
- d) ottimizzazione delle collaborazioni interistituzionali, con particolare riferimento al campo della prevenzione primaria e attivazione e standardizzazione di sistemi di sorveglianza e/o di adeguati flussi informatici riguardo alla prevalenza dei vari tipi di consumo (con particolare riferimento alle forme più pericolose e alle nuove tipologie).

CONSIDERATO che in tale piano sussiste l'esigenza di una revisione dell'assetto organizzativo di tutto il settore delle tossicodipendenze in quanto tale settore negli ultimi anni è stato attraversato da profonde modifiche in relazione alla comparsa di nuove sostanze e di nuove forme di abuso;

CONSIDERATO che è sentita la necessità di rivisitare i Servizi per le tossicodipendenze nel contesto del nuovo aspetto globale del SSN sia per ciò che attiene le competenze e l'organizzazione all'interno delle Aziende, sia per ciò che attiene le modalità di definizione dei livelli di assistenza da garantire agli utenti con la conseguente determinazione della tipologia delle professionalità coinvolte.

CONSIDERATO l'accordo Stato-Regione per la riorganizzazione del sistema di assistenza ai tossicodipendenti (21 giugno 1999) che individua la necessità di ridefinire i rapporti tra il servizio pubblico e le strutture private (un particolare del privato sociale e dal volontariato) per un più efficiente rapporto orientato ad una maggiore sinergia di interventi;



VALUTATO che l'obiettivo generale è quello di tutelare la salute del soggetto globalmente intesa e che quindi nei Servizi deve sempre più affermarsi il carattere interdisciplinare degli interventi;

VISTA la DGR n. 3140 del 13.4.95 nella quale sono contenute indicazioni che permettono di rispondere in modo ottimale alle esigenze di costituzione di Dipartimenti che assolvano funzioni complesse e che abbiano compiti progettuali tipici del mandato previsto nel campo delle dipendenze e delle politiche sui giovani.

VISTA la DGR 5626/97 che istituisce il Centro di Riferimento alcologico regionale

VISTO il D.L. 229/99 che prevede tra l'altro la realizzazione di una rete integrata di servizi con gli Enti Locali;

VISTO il D.L. 230/99 Riordino della medicina penitenziaria che all'art. 8 recita: "a decorrere da 1° gennaio 2000 sono trasferite al S.S.N. le funzioni sanitarie svolte dall'Amministrazione Penitenziaria con riferimento ai soli settori della prevenzione e della assistenza ai detenuti tossicodipendenti";

CONSIDERATO che con il "Progetto obiettivo promozione e tutela della salute da abuso e dipendenza da sostanze psicotrope e da alcol" triennio 2000-2003, la Regione Lazio si impegna a promuovere un sistema di servizi differenziati ed integrati accreditati su tutto il territorio Regionale:

- ad individuare gli obiettivi prioritari sia in termini di prevenzione che di cura e riabilitazione;
- a definire le finalità operative sia in termini di riduzione della domanda che di miglioramento di qualità della vita che di reinserimento sociale;

VISTA la legge 15.05.97 n. 127

Ritenuto di dover procedere, su richiesta dell'Assessore proponente, all'adozione del presente atto - visto l'art. 4 c. 3 della L.R. 21/93 -

All'unanimità

DELIBERA

Per le motivazioni espresse nelle premesse di approvare il "Progetto obiettivo promozione e tutela della salute da abuso e dipendenza da sostanze psicotrope e da alcol" triennio 2000-2003 che è parte integrante della seguente deliberazione.

Di pubblicare sul bollettino Ufficiale della regione Lazio la presente deliberazione.

IL PRESIDENTE: s.to PIETRO BADALONI

IL VICE SEGRETARIO: s.to Dott. Adolfo PAPI



9 MAR. 2000

REGIONE LAZIO

Assessorato Salvaguardia e Cura della Salute

Dipartimento Servizio Sanitario Regionale

Settore 60 – Interventi di Medicina Sociale

M. 987
ALLEG. alla DELIB. N. ~~7 MAR. 2000~~

Piano Sanitario Regionale

**Progetto obiettivo
promozione e tutela della salute
da abuso e dipendenze
da sostanze psicotrope e da alcol**

triennio 2000 - 2003



REGIONE LAZIO

Assessorato Salvaguardia e Cura della Salute
Dipartimento Servizio Sanitario Regionale
Settore 60 - Interventi di Medicina Sociale

Piano Sanitario Regionale

**Progetto obiettivo
promozione e tutela della salute
da abuso e dipendenze
da sostanze psicotrope e da alcol**

triennio 2000 - 2003



Il presente volume ricomprende di n° 60
pagine di cui (una (la n° 56) triennale; +
ALL. A si compone di n° 24 pagine
ALL. B si compone di n° 54 pagine
ALL. C si compone di n° 2 pagine

L'ASSESSORE
(Lionello COSENTINO)
L'ASSESSORE
(Lionello COSENTINO)

Indice

<u>1. Premessa</u>	
1.1 Riferimenti normativi dell'attuale progetto obiettivo	pag. 1
1.2 Il problema generale delle dipendenze	pag. 2
1.3. I servizi per le tossicodipendenze	pag. 4
<u>2. Le finalità (missions) e gli obiettivi generali del piano</u>	
2.1. Mission A - "La riduzione della domanda"	pag. 5
2.2. Mission B - "Il miglioramento della qualità della vita"	pag. 6
2.3. Mission C - "Un sistema di qualità"	pag. 9
2.4. Mission D - "Realizzazione di un modello organizzativo comune"	pag. 12
	pag. 16
<u>3. Il modello organizzativo</u>	
3.1 - Il Dipartimento per il Disagio e le Dipendenze	pag. 17
3.2 - Il modello dipartimentale "a matrice"	pag. 18
<u>4. Le Aree Funzionali Omogenee: obiettivi e risultati attesi</u>	
4.1 - Area Funzionale Omogenea di Prevenzione	pag. 23
4.2 - Area Funzionale Omogenea di Diagnosi e Trattamento	pag. 24
4.3 - Area Funzionale Omogenea di Riabilitazione e Reinserimento sociale e lavorativo	pag. 27
4.4 - Area Funzionale Omogenea di Promozione e coordinamento delle reti	pag.30
4.5 - Area Funzionale Omogenea di Qualità e Formazione	pag. 32
	pag. 34
<u>5. Le Unità Operative: azioni e prestazioni</u>	
5.1. Disagio adolescenti e giovani adulti	pag. 37
5.2. Detenuti ed ex-detenuti	pag. 38
5.3. Dipendenze "tradizionali"	pag. 40
5.4. Nuove Dipendenze	pag. 43
5.5. Alcoldipendenze	pag. 46
	pag. 47



6. La programmazione, la regolazione e la gestione delle risorse

- 6.1. La rete dei servizi integrati pag. 49
6.2. Gli altri attori di supporto al piano pag. 51

7. Le risorse

- 7.1. Attuale distribuzione delle risorse pag. 52
 7.1.1 *Le risorse umane* pag. 52
 7.1.2 *Le risorse fisiche* pag. 53
 7.1.3 *Le risorse tecniche* pag. 53
 7.1.4 *Le risorse economiche* pag. 54
7.2. I requisiti standard previsti per le risorse pag. 54

8. I livelli di coordinamento regionale

- 8.1 - Coordinamento tra Aree Funzionali omogenee aziendali pag. 59
8.2 - Commissione Regionale Unica Disagio, Abuso e Dipendenza pag. 59

9. Il Progetto-obiettivo nel triennio

pag. 60

Allegato A: Individuazione indicatori

Allegato B: La situazione locale nel Lazio

Le risorse attuali per le dipendenze (1999)

Allegato C: Metodi e strumenti di lavoro per l'elaborazione del Progetto-obiettivo

GLOSSARIO



Progetto obiettivo promozione e tutela della salute da abuso e dipendenze da sostanze psicotrope e da alcol

1. Premessa

• 1.1 Riferimenti normativi dell'attuale progetto obiettivo

Il presente progetto obiettivo si iscrive nel quadro del "**Patto di solidarietà per la salute**", nel cui ambito sono determinati i principi fondamentali del Sistema Sanitario:

- universalità di accesso dei servizi
- eguaglianza nella accessibilità ad un ampio spettro di servizi uniformemente distribuiti
- condivisione di rischio finanziario (Piano S.S.N. 1998-2000)

Nel mantenimento di tali principi, il Piano Sanitario Nazionale individua gli obiettivi che devono essere perseguiti. Tra essi è enunciata la necessità di "**rafforzare la salute dei soggetti deboli**". Sono definiti quali soggetti deboli "**tutti coloro che trovandosi in condizioni di bisogno, vivono situazioni di particolare svantaggio e sono costretti a forme di dipendenza assistenziale e di cronicità**".

Tra le aree di intervento a favore dei soggetti deboli il Piano enuclea: stranieri immigrati, tossicodipendenti, salute mentale, fasi della vita e della salute che necessitano di particolare attenzione, poiché in esse si concentrano rischi e potenzialità (tra di esse rientra l'adolescenza).

Per tutti questi soggetti è di fondamentale importanza la personalizzazione degli interventi: ciò comporta la necessità di conciliare l'universalità dei servizi, la standardizzazione dei trattamenti con la priorità di erogare prestazioni corrispondenti a percorsi terapeutici ed assistenziali individualizzati.

L'Accordo Stato Regioni per la "**Riorganizzazione del sistema di assistenza ai tossicodipendenti**" (21.01.99) sottolinea che: "**nell'ambito dei Servizi è importante che si affermi sempre più il carattere interdisciplinare degli interventi, così definito per le capacità delle differenti realtà e qualifiche professionali di interagire positivamente al livello della singola persona assistita**". Pertanto i modelli organizzativi prescelti dovranno garantire e facilitare tale interdisciplinarietà, stabilendo innanzitutto una priorità di obiettivi e valutando continuamente l'impatto che gli interventi inducono sulla "**salute della popolazione (tossicodipendente e non), piuttosto che sui singoli individui, in base alle risorse disponibili**". E' rimarcata in tale ambito l'importanza delle fasi progettuali e valutative, al



fine di cogliere le costanti modificazioni, anche locali, che il problema della dipendenza può assumere.

Le "Norme per la riorganizzazione del Servizio Sanitario Nazionale " (D.L.229/99) stabiliscono livelli di integrazione per le prestazioni sociosanitarie tra S.S.N. e Enti Locali. In questo ambito rientrano le:

- ◊ prestazioni sanitarie a rilevanza sociale, *"finalizzate alla promozione della salute, alla prevenzione, individuazione e contenimento degli esiti degenerativi o invalidanti di patologie congenite od acquisite"* – di competenza delle Aziende Unità Sanitarie Locali
- ◊ prestazioni sociali a rilevanza sanitaria, che hanno *"l'obiettivo di supportare la persona in stato di bisogno, con problemi di disabilità e di emarginazione condizionanti lo stato di salute"* – di competenza dei Comuni.

In attesa dell'atto di indirizzo e coordinamento proposto dai Ministeri della Sanità e per la Solidarietà sociale che individui nello specifico le prestazioni relative alle due tipologie, è necessario incrementare i rapporti istituzionali, e gli accordi programmatici tra servizi sanitari Regionali ed Enti Locali.

• 1.2 Il problema generale delle dipendenze e dell'abuso

Il problema della dipendenza è stato studiato e affrontato da molteplici punti di vista: a volte è stato definito quale patologia primaria, altre quale patologia secondaria. Inoltre sono state successivamente approfondite e prescelte spiegazioni eziologiche di natura strettamente biologico-fisica ovvero psicologica ovvero sociale-culturale. Alla luce di queste differenti e non conciliabili posizioni teoriche, le conseguenti impostazioni di politica sanitaria e di trattamento della dipendenza si sono sviluppate in direzioni contrastanti, con l'utilizzo di metodi e la scelta obiettivi terapeutici estremamente disomogenei. Ulteriore conseguenza di queste visioni settoriali e parziali si verifica nella molteplicità di obiettivi (dichiarati o impliciti) e di indirizzi organizzativi che ogni singolo servizio ha assunto.

Allo stato attuale delle conoscenze ognuno dei suddetti approcci preso isolatamente appare essere parziale e non sufficientemente esaustivo: più propriamente la dipendenza può essere definita quale patologia multifattoriale, in cui per ciascun individuo i singoli fattori assumono peso e rilevanza differenti.



E' quindi essenziale rimarcare la diversità dei possibili quadri clinici, in cui la differente componente eziologica individuale può manifestarsi in modo estremamente variegato, e necessita di trattamento specifico e personalizzato.

Ciò rende indispensabile la necessità di inquadrare il contesto sociale e culturale di riferimento, il profilo psicologico individuale e familiare, le condizioni fisiche individuali, le caratteristiche specifiche della singola sostanza di abuso: soltanto dall'insieme di queste conoscenze infatti possono derivare sia una corretta diagnosi ed una corretta impostazione terapeutica - riabilitativa del singolo caso, sia la definizione generale di una politica di prevenzione delle dipendenze.

- 1.3. I servizi per le tossicodipendenze

La diffusione dell'uso di sostanze stupefacenti e psicotrope ha determinato nel corso degli anni una pluralità di differenti risposte istituzionali, connessa principalmente a due principali obiettivi: uno relativo al controllo sociale del fenomeno, l'altro alla cura del tossicodipendente. Tale impostazione è strettamente collegata al problema emergente che, per anni, ha coinciso con l'enorme diffusione di eroina e con le conseguenze in termini di salute pubblica (emergenza AIDS) e di sicurezza sociale (emergenza microcriminalità) che essa ha determinato. Dagli inizi degli anni '90 la normativa che disciplina gli interventi sulle tossicodipendenze sottolinea l'importanza delle azioni preventive, ma non offre indicazioni e definizione di metodologie di lavoro sufficientemente stabili da garantire un'efficacia delle azioni da intraprendere.

Le modificazioni normative, inoltre, degli ultimi decenni in termini di "punibilità" o "leicità" dell'uso di sostanze psicotrope e stupefacenti si sono riflesse sull'orientamento e l'organizzazione dei relativi servizi preposti: durante gli anni '70 gli obiettivi mirano principalmente ad una politica di lotta contro l'emarginazione e quindi corrispondono al prendere contatto con il fenomeno ed a interrompere atteggiamenti di negazione del problema: Negli anni '80 vengono approfondite le conoscenze cliniche del problema e vengono sviluppate le politiche sulla "riabilitazione". Gli anni '90 sono contraddistinti dalla regolamentazione generale sulla materia e dalla determinazione dei servizi in cui però si rendono manifeste le contraddizioni di impostazioni già esplicitate. In relazione alla funzione di controllo sociale i servizi per le tossicodipendenze diventano referenti di una specifica classe di utenti: gli eroinomani. Tutte le altre forme di dipendenza da sostanze (per non citare altre forme patologiche di dipendenza) sono di fatto non trattate, come se esse non corrispondessero dal punto di vista clinico a problematiche assimilabili alle prime. Iniziano così a coesistere nella programmazione degli interventi le due anime



teoriche: trattamento sintomatico (principalmente farmacologico) e trattamento eziologico (prevalentemente psicologico, e a volte sociale). Spesso questi due approcci non sono stati, nella effettiva pratica di lavoro, integrati tra loro.

Attualmente il panorama sembra mutato: l' "emergenza droga" sta assumendo caratteristiche profondamente diverse da quelle di inizio decennio, ed è al contempo aumentata la conoscenza e le competenze dei professionisti del settore. Ciò costituisce la premessa per una verifica della "missione", degli obiettivi, delle strategie e quindi dei modelli organizzativi dei servizi. La maggioranza dei servizi per le tossicodipendenze è invece rimasto ancorato ad un mandato istituzionale corrispondente ad una domanda che nel frattempo si è profondamente modificata: l'eroina non è più la sostanza di maggiore diffusione ed altre sostanze (in particolare le nuove sostanze di sintesi e l'alcol) impattano su una popolazione giovanile profondamente differente dell'eroinomane dello scorso decennio. E' innanzitutto necessario, quindi, orientare nuovamente i servizi verso l'attuale e reale bacino di utenza (per i dati descrittivi ed epidemiologici della situazione del Lazio vedi allegato B).



2. Le finalità (missions) e gli obiettivi generali del piano

Gli obiettivi generali del presente piano sono raggruppati in quattro finalità complessive. Ad esse devono concorrere le Aziende Unità Sanitarie Locali e gli Enti Ausiliari, ognuno per quanto di competenza e secondo le modalità organizzative di seguito esposte. Il coordinamento, la programmazione congiunta, l'erogazione di servizi integrati tra soggetti pubblici e privati sono requisiti indispensabili al fine di ottenere quanto previsto dal piano.

Le finalità ("missions"), che fungono da quadro di riferimento complessivo e sostanziano i singoli obiettivi generali, sono le seguenti:

- Sviluppare una rete di servizi integrati per la **riduzione della domanda**
- Sviluppare una rete di servizi integrati volti al **miglioramento della qualità della vita** delle persone dipendenti
- Sviluppare un **sistema per la qualità**
- Adeguare, potenziare e ottimizzare le risorse esistenti (umane, economiche, strutturali) attraverso la realizzazione di un **modello organizzativo comune**.

Gli obiettivi generali si riconducono alle precedenti finalità, e sono collegati a quanto previsto sia dal Piano Sanitario Nazionale, dall'Accordo Stato - Regioni, sia dalle normative vigenti a livello regionale.



- 2.1. Mission A - "la riduzione della domanda"

Gli obiettivi generali relativi alla **riduzione della domanda** si articolano in:

Obiettivo generale	Previsto dal PSN	Previsto da Accordo Stato-Reg.	Previsto in ambito regionale.
A1 - Contribuire alla definizione ed alla realizzazione delle strategie aziendali in tema di prevenzione primaria		*	*
A2 - Definire una strategia locale complessiva di contrasto del fenomeno della droga, collaborando con tutte le istituzioni coinvolte		*	*
A3 - Estendere le competenze a tutti i fattori di disagio propedeutici a qualsiasi tipologia di dipendenza			*
A4 - Aumentare la percentuale di consumatori in contatto con il sistema di assistenza, con particolare riferimento ai giovani con problemi collegati alle "nuove droghe"	*		*

La finalità collegata alla creazione di reti di servizi deputati alla riduzione della domanda è prevista innanzitutto dall'OMS e dalle indicazioni europee. Nel Programma delle Nazioni Unite per il Controllo internazionale degli Stupefacenti e degli Psicofarmaci – Linee Guida per la riduzione della domanda (1996) si fa riferimento a: *"Creare un impegno a lungo termine per ridurre in modo significativo la domanda illecita di droghe attraverso il cambiamento di atteggiamenti e comportamenti, specialmente tra i giovani, riguardo alle droghe di abuso, grazie allo sviluppo di programmi adeguati, con fondi sufficienti, messa in opera efficace e valutazione accurata"*.

L'altro aspetto rilevante, che rispecchia il cambiamento dell'ultimo decennio del fenomeno droga, è che anche nelle direttive nazionali viene sottolineata l'urgenza di azioni nei confronti delle "nuove droghe". Fino ad ora esse sono entrate nella scena sanitaria (anche se con notevole ritardo) quasi esclusivamente per la via della prevenzione, piuttosto che della cura. Per questo motivo si è ritenuto essenziale introdurre la possibilità di aumento dei contatti e dei trattamenti relativi a tale target nell'ambito degli obiettivi di politica sui giovani: la lotta alla droga è infatti divenuto un contenitore molto ampio che racchiude progetti di educazione alla salute dei giovani. E' necessario a tal fine investire in



questo settore per giungere a definire progetti specifici ed a verificarne l'efficacia, alla luce delle conoscenze dei fattori di rischio e di "protezione" dalla dipendenza.

I singoli servizi per le dipendenze non possono ovviamente agire su alcuni fattori di rischio (ad esempio sui cambiamenti macrosociali di disgregazione del tessuto urbano e familiare), mentre possono più realisticamente agire sulle specifiche realtà locali per quanto concerne le rappresentazioni sociali delle sostanze di abuso, la corretta informazione sugli effetti delle sostanze, i comportamenti gruppali rispetto alle sostanze. Sono stati individuati alcuni fattori rischio specifici su cui è inoltre possibile programmare interventi mirati; tra essi si sottolineano il drop out scolastico, la mancanza di livelli adeguati di senso di efficacia e di auto stima, l'ambiente familiare altamente disgregato e/o invischiato, la partecipazione a gruppi di pari carenti di valori di riferimento e di regole. E' necessario al contempo riflettere come il rischio comporti una maggiore vulnerabilità nei confronti di situazioni problematiche, ma è pressoché impossibile prevedere quale specifica situazione di disagio o di patologia ne possa derivare. Ciò implica che non possano essere impostati programmi efficaci di prevenzione giovanile solo su specifici settori (come la tossicodipendenza), ma che debbano essere promosse azioni che aumentino i fattori di "protezione" dei giovani stessi. Tra essi vanno senz'altro annoverate la possibilità di condividere in gruppi di pari un fine comune, l'opportunità di assumersi responsabilità, la capacità di reperire ed usufruire di figure di riferimento adulte affettivamente stabili, il senso di efficacia e di autostima, la conoscenza specifica delle sostanze psicotrope.

Il compito dei servizi di prevenzione coincide quindi con la possibilità di lavorare con i gruppi giovanili e di favorirne la loro crescita nelle realtà più sguarnite. In questi termini la prevenzione si discosta da azioni meramente informative, secondo cui esisterebbe una equivalenza tra "ignoranza" delle conseguenze ed abuso di sostanze. Il collegamento quindi con il territorio e con le risorse esistenti in esso diviene elemento indispensabile per la realizzazione di qualsiasi programma di efficace impatto.

Pertanto gli obiettivi prioritari si riferiscono innanzitutto alla promozione di politiche di prevenzione rivolte ai giovani, non frammentate in singoli settori bensì in coordinamento con tutte le altre risorse aziendali (in genere del Materno Infantile e della Salute Mentale) e le risorse locali esterne (scuola, forze dell'ordine, associazioni, strutture sportive ricreative, ecc.). Obiettivo correlato è la programmazione di azioni che tengano conto di qualsiasi fattore di disagio. Infine ulteriore obiettivo specifico diviene l'apertura verso le problematiche poste dalle fasce giovanili consumatrici di nuove droghe.



Ulteriore attenzione va posta alla diffusione del consumo di alcolici. Per quanto riguarda la popolazione giovanile, le azioni preventive previste sono già state illustrate, e sono basate su una politica sanitaria globale nei confronti di comportamenti di abuso o di dipendenza, non settoriale per le specifiche sostanze. Per quanto concerne, invece, la popolazione adulta, dovranno essere sviluppate azioni specifiche, soprattutto di tipo informativo e di coinvolgimento dei medici di medicina generale, che per facilità di contatti rappresentano gli attori che più efficacemente possono informare i pazienti in modo capillare sugli effetti di abuso di alcol e possono al contempo svolgere azioni di prevenzione sulla popolazione con consumi a rischio, tramite l'orientamento e la diagnosi precoce di patologie alcolcorrelate.



2.2. Mission B - "Il miglioramento della qualità della vita"

Gli obiettivi generali relativi al **miglioramento della qualità della vita** si articolano in:

Obiettivo generale	Previsto dal PSN	Previsto da Accordo Stato-Reg.	Previsto in ambito regionale.
B1 - Ridurre la mortalità e la morbosità legate alla tossicodipendenza e/o all'abuso da sostanze	*	*	*
B2 - Garantire l'offerta di prestazioni terapeutiche ed assistenziali ritenute valide ai fini dell'aiuto alla persona con problemi di abuso ed alle persone coinvolte		*	*
B3 - Aumentare la quota di soggetti che, dopo il contatto con il sistema di assistenza, iniziano e completano i trattamenti previsti e recuperano un accettabile livello d'integrazione sociale	*		*
B4 - Ampliare la gamma delle alternative terapeutiche			*
B5 - Individuare strategie e di piani di intervento, sviluppando anche una rete con il mondo del lavoro, per il reinserimento sociale e lavorativo			*

Nell'ambito della cura si è ampiamente sviluppato un dibattito su quale dovesse essere l'obiettivo del processo terapeutico; la diversità di impostazioni teoriche e metodologiche, spesso la interferenza di posizioni ideologiche ha comportato una difficoltà nel trovare un accordo su cosa intendere per risultato terapeutico. Da un lato si situano coloro che mirano soprattutto al raggiungimento della scomparsa del sintomo (stato di astinenza), dall'altro coloro che mirano soprattutto al raggiungimento di un miglioramento dell'equilibrio psico-fisico dell'individuo, anche in presenza di una gestione più controllata della sostanza. L'estremizzazione di queste posizioni ha spesso coinciso con la proposizione di indirizzi "terapeutici" connessi più con le scelte teoriche del proponente, piuttosto che con la reale situazione clinica e le scelte del paziente.

I singoli risultati di un processo di cura possono essere definiti principalmente in:

- raggiungimento dello stato di astinenza
- raggiungimento dello stato di astinenza, tramite l'uso di farmaci sostitutivi o antagonisti



- controllo e cura precoce delle patologie correlate
- miglioramento delle condizioni fisiche generali
- miglioramento delle condizioni psicologiche
- miglioramento delle relazioni interpersonali
- miglioramento delle condizioni sociali e limitazione di condizione di marginalità
- miglioramento delle condizioni lavorative.

I servizi che hanno proposto il raggiungimento di singoli risultati, mirando ad un obiettivo specifico uguale per tutti i pazienti, non hanno offerto la necessaria modulazione delle indicazioni specifiche necessarie alle differenti tipologie di utenza. L'organizzazione, generalmente piuttosto rigida e comunque settoriale, di tali servizi comporta un'autoselezione dei pazienti, nel senso che tutti coloro per i quali l'obiettivo non è realisticamente raggiungibile o non coincide con le proprie scelte, non iniziano o interrompono precocemente il programma terapeutico.

La discussione e la definizione degli obiettivi regionali hanno mirato a sottolineare la centralità del singolo paziente. Ogni programma terapeutico dovrà corrispondere allo specifico quadro diagnostico, che tenga in considerazione tutti i differenti fattori: condizioni psicologiche e fisiche, situazione sociale, contesto familiare, specificità della sostanza di abuso, precedenti trattamenti. E' ovvio che affinché tutto ciò non rimanga una mera affermazione di buoni principi (tra l'altro teoricamente mai negati da nessuno), è necessario un investimento nella ricerca, nella valutazione e nella discussione dei risultati per giungere a poter definire i differenti percorsi terapeutici (standardizzabili) efficaci per singole tipologie di utenza.

Da tale impostazione consegue la necessità di ampliare la gamma dei servizi e delle prestazioni erogabili, in modo tale da poter usufruire di un "pacchetto" da cui scegliere di volta in volta la specifica combinazione di prestazioni. La realizzazione di tale "pacchetto" è possibile a fronte di due condizioni:

- la prima concerne la capacità di ogni soggetto erogatore di prestazioni di innovare, con competenza, il proprio "pacchetto" di base,
- la seconda concerne la possibilità di utilizzare, in forma coordinata e congiunta, tutte le risorse esistenti nel territorio. L'intero programma terapeutico sarà così composto da un insieme di prestazioni erogate anche da soggetti (pubblici o privati) differenti.

Nel corso del triennio dovrà essere sviluppato la mappa di prestazioni erogabili dai singoli soggetti, che costituirà pertanto lo strumento per la possibile composizione di programmi terapeutici - riabilitativi integrati.



Risulta pertanto evidente che la *mission* di "migliorare la qualità della vita" non coincide con uno status valido per qualsiasi paziente, ma che essa si compone di obiettivi generali: essi, nel rispetto delle scelte individuali, mirano a facilitare il percorso di integrazione sociale, lavorativa alla luce di un migliore equilibrio delle risorse psichiche e fisiche disponibili.

In questo quadro rientra anche la strategia di "riduzione del danno", che è stata storicamente collegata principalmente al fenomeno di uso di eroina, e pertanto essa era intesa come programma di

- "tutela della salute e dell'integrazione sociale del tossicodipendente,
- difesa sociale
- accoglienza indirizzata al recupero" (Atti II Conferenza Nazionale sui problemi connessi con la diffusione delle sostanze psicotrope e sull'alcoldipendenza, 1997)

in cui il primo ed il terzo obiettivo sono compresi in quanto sopra esposto, ed il secondo coincideva con un obiettivo di salute collettiva, intesa sia negli aspetti sanitari (diffusione di patologie correlate, principalmente epatiti e AIDS) sia negli aspetti sociali (diffusione di devianza e criminalità), strettamente legate a problematiche connesse con l'uso di eroina.

Alla luce dell'indirizzo del presente Progetto - obiettivo è necessario mantenere costantemente presente il fenomeno di uso ed abuso delle sostanze in tutte le sue forme. Pertanto vanno ampliati soprattutto i servizi e le prestazioni rivolte alla popolazione che usa "nuove droghe" e che abusa di alcolici. In tal senso, ad esempio, l'obiettivo generale di "riduzione di mortalità e/o morbosità legate alla tossicodipendenza e/o all'abuso da sostanze" comprende sia i fenomeni di mortalità per overdose, ma anche di mortalità o morbosità causata da incidenti automobilistici legati all'uso di sostanze legali o illecite, e la morbosità deve essere riferita a qualsiasi tipologia di abuso di sostanze, e non solo in relazione alle epatiti e all'AIDS direttamente connessi con l'eroina.



• 2.3. Mission C - "Un sistema di qualità"

Gli obiettivi generali relativi al **sistema di qualità** si articolano in:

Obiettivo generale	Previsto dal PSN	Previsto da Accordo Stato-Reg.	Previsto in ambito regionale.
C1 - Monitorare le dimensioni dei fenomeni di abuso, offrendo una definizione epidemiologica delle caratteristiche locali del problema		*	*
C2 - Monitoraggio continuo della qualità, attraverso metodi e procedure comuni in ambito regionale			*
C3 - Valutare periodicamente i risultati terapeutici ed il conseguimento degli obiettivi assistenziali		*	*
C4 - Assicurare percorsi formativi permanenti per il personale		*	*

La Regione Lazio si impegna con la presente finalità a promuovere lo sviluppo del sistema di qualità, soprattutto in funzione di due fattori:

- la necessità di creare una *rete di servizi* differenziati ed integrati, che condividano finalità ed obiettivi. Ciò comporta l'impegno da parte della Regione e da parte dei soggetti erogatori di garantire pari accessibilità ai servizi e pari livelli qualitativi a tutta la popolazione in ambito regionale.
- l'introduzione di *innovazioni*: la scelta delle finalità di "*riduzione della domanda*" e di "*miglioramento della qualità della vita*", connesse con il diretto impatto sulla salute della popolazione, presuppongono una forte spinta innovativa, che necessita di essere monitorata per produrre i correttivi utili per il raggiungimento dei singoli obiettivi generali. Inoltre essa presuppone un costante aggiornamento delle conoscenze sul mondo e la cultura giovanile e sul fenomeno di uso e abuso di sostanze, le cui forme sono in continua modificazione.

Particolare rilevanza è attribuita all'ampliamento delle conoscenze sul fenomeno di abuso, ed in generale sul mondo giovanile. Una garanzia preliminare nello sviluppo di servizi qualitativamente validi è che essi siano adeguati e rispondenti alla domanda

(espressa o implicita) di salute della popolazione. Come già sottolineato spesso i servizi per le tossicodipendenze rischiano un elevato grado di autoreferenzialità nella determinazione delle scelte terapeutiche proposte, e pertanto il costante aggiornamento delle conoscenze sul fenomeno diviene elemento indispensabile per un adeguamento realistico delle azioni da intraprendere.

Parallelamente viene sottolineata l'importanza delle competenze professionali degli addetti, per i quali si prevedono percorsi di formazione continua.

Lo sviluppo di un sistema di qualità in ambito regionale deve prevedere criteri, metodi e strumenti comuni e condivisi tra i differenti attori. Già in fase di elaborazione del presente Progetto-obiettivo, sono stati selezionati le finalità, gli obiettivi, le azioni, i risultati attesi e gli indicatori di controllo per stabilire l'orientamento della politica regionale sulle dipendenze e le modalità della sua attuazione. Durante il triennio in corso sarà valutato, con metodologia comune, il raggiungimento degli obiettivi dichiarati, tenendo in considerazione le differenti visioni che contribuiscono a definire un sistema di qualità: visione della regione (committente), degli acquirenti (aziende sanitarie), dei servizi pubblici e privati erogatori di prestazioni, degli utenti.

Le differenti dimensioni che dovranno essere costantemente considerate per il miglioramento della qualità concernono: gli inputs, il processo, gli outputs e gli outcomes.

Per quanto concerne gli **input** (risorse immesse nel processo), il presente Progetto Obiettivo fotografa la situazione attuale delle risorse disponibili (umane, economiche, strutturali e tecniche) delle strutture pubbliche. Questa prima rilevazione è di tipo quantitativo, e sarà necessario pertanto (come indicato nei successivi risultati attesi) definire le soglie minime di qualità. Ad esempio per quanto riguarda le risorse umane, vengono al momento definiti gli standard quantitativi minimi. Essi non sono, tra l'altro, raggiunti in ambito regionale, soprattutto per quanto concerne le figure professionali di ambito psicologico, sociale ed amministrativo. Sarà da sviluppare nel triennio in corso la definizione del livello di competenza specifica, di motivazione, di capacità di lavorare in equipe, ecc. necessaria affinché ogni singola risorsa sia sufficientemente valida per il compito affidatogli. Analogamente si dovrà procedere per la definizione della qualità delle risorse strutturali (locali disponibili), in cui dovrà essere determinato lo standard di accessibilità, di igiene, di comfort, ecc. Per quanto concerne le strutture private accreditate la Regione fornirà la rilevazione delle risorse quantitative (non disponibili nel presente Progetto); i soggetti privati accreditati collaboreranno alla definizione degli aspetti qualitativi al pari dei soggetti pubblici. Non esistono al momento dati utilizzabili circa le risorse esterne alla rete di servizi pubblici o accreditati: quantità e tipologia di associazioni

e circoli giovanili di tipo culturale, ricreativo, religioso, quantità e disponibilità di convenzioni con Istituzioni o associazioni imprenditoriali, ecc. che pur costituiscono la possibile base per un ampliamento della rete di servizi integrati. In particolar modo andrà approfondito il livello di collaborazione prevedibile con gli enti pubblici deputati all'erogazione dei servizi sociali, e quindi la tipologia delle risorse che entreranno da questi soggetti nel processo.

Per quanto concerne il **processo** (modalità in cui devono essere svolte le specifiche azioni), si dovrà lavorare alla stesura di specifiche *Linee Guida* sulle azioni "strategiche", ossia in grado di realizzare più di altre gli obiettivi prioritari. Pertanto i gruppi di lavoro e di coordinamento di seguito esposti dovranno stendere tali Linee Guida prioritariamente su:

- ◊ conduzione e promozione di gruppi giovanili per finalità preventiva,
- ◊ accoglienza e diagnosi,
- ◊ trattamenti farmacologici, psicologici, sociali,
- ◊ interventi con famiglie,
- ◊ invio e cogestione di casi in Comunità Terapeutiche,
- ◊ inserimenti lavorativi,
- ◊ interventi in carcere.

Per quanto concerne gli **output** (ammontare delle prestazioni erogate) è già stato compiuto un primo sforzo sia nel definire le azioni e le singole prestazioni correntemente erogate, sia nel definire i risultati quantitativi e qualitativi che sono attesi nella produzione, in funzione dei singoli obiettivi. Vengono definiti, inoltre, gli indicatori di riferimento per la valutazione degli outputs.

Per quanto concerne gli **outcome** (risultati, in termini di impatto sullo stato di salute della popolazione), analogamente ai risultati di output, è stata già definita la base comune di riferimento. I risultati attesi, in quest'ambito, sono relativi sia alla popolazione giovanile a rischio di disagio e di dipendenza, sia alla popolazione che utilizza sostanze stupefacenti e psicotrope legali o illegali. In questo secondo caso, assume rilevanza quale risultato anche l'impatto sulle famiglie degli utenti. Inoltre i risultati attesi in relazione agli utenti trattati direttamente dai servi pubblici e privati vengono considerati nelle diverse dimensioni della qualità della vita: condizioni fisiche, psicologiche, sociali, di relazioni con l'ambiente familiare e sociale, lavorative e di rapporto con la sostanza di abuso.

Essendo il Progetto - obiettivo una programmazione regionale, alcuni obiettivi riguardano il sistema stesso di erogazione dei servizi. In tal caso gli esiti (outcome)



saranno riscontrabili quali risultati di impatto sul sistema stesso: sarà allora valutata la differenza di competenze professionali, di conoscenza dei fenomeni, di adeguamento a modelli organizzativi raccomandati, ecc.



- 2.4. Mission D - "realizzazione di un modello organizzativo comune"

Nella Regione Lazio i servizi per le dipendenze sono organizzati in modo disomogeneo, in relazione ai differenti modelli organizzativi su cui le singole Aziende Sanitarie sono strutturate. Ferma restando l'autonomia di ogni Azienda nell'adattare alla propria realtà locale le direttive regionali e nazionali in termini di organizzazione, è necessario che esse rispettino i criteri di base previsti dalle normative stesse. Nelle "Direttive della Regione Lazio per l'organizzazione e il funzionamento delle aziende unità sanitarie locali e delle aziende ospedaliere" (DGR n.3140 del 13.04.95) sono contenute indicazioni che permettono, tra l'altro, di rispondere in modo ottimale alle esigenze di costituzione di dipartimenti che assolvano funzioni complesse e che abbiano compiti progettuali tipici del mandato previsto nel campo delle dipendenze e delle politiche sui giovani.

La possibilità di riferirsi ad un modello organizzativo comune in ambito regionale sul tema specifico del presente Progetto, rende inoltre realizzabile i seguenti obiettivi:

- lo sviluppo ottimale della rete di servizi prevista,
- la programmazione congiunta di allocazione delle risorse,
- la realizzazione, tramite modalità organizzative del lavoro simili, di progetti condivisi per il raggiungimento degli obiettivi regionali,
- un comune sistema di monitoraggio e valutazione,
- la costituzione di gruppi di coordinamento regionale, che corrispondano a specifiche funzioni omogenee svolte dai partecipanti nella operatività delle singole Aziende.

Per realizzare quanto sopra viene indicato il modello organizzativo che dovrà essere assunto per i servizi sulle dipendenze, che sarà monitorato per la verifica dello stato di applicazione dello stesso e per la valutazione dei risultati conseguiti.



3. Il modello organizzativo

• 3.1 - Il Dipartimento per il Disagio e le Dipendenze

La "Direttiva per l'organizzazione e il funzionamento delle Aziende Unità Sanitarie Locali e delle Aziende Ospedaliere", e le allegate "linee Guida" deliberate dalla Regione Lazio (DGR n.3140 del 13.04.95; le citazioni seguenti in corsivo, se non diversamente indicate, si riferiscono a tale Deliberazione) prevede che i **dipartimenti per l'assistenza sanitaria** siano "strutture di coordinamento per lo svolgimento integrato di funzioni complesse". Inoltre "il dipartimento non svolge, di norma, un ruolo di direzione gerarchica sulle unità operative periferiche ma assume compiti d'**orientamento, consulenza e supervisione** per lo svolgimento delle funzioni alle quali è preposta."

La struttura dipartimentale è quindi ritenuta la più idonea ad assolvere quanto previsto dal presente Progetto-obiettivo.

"il dipartimento a progetto è preordinato alla realizzazione di un progetto obiettivo individuato dalla programmazione nazionale, regionale o locale. Caratteristica peculiare di questo tipo di dipartimento è quella dell'integrazione funzionale delle attività di competenza con quelle di soggetti esterni all'azienda (altra aziende sanitaria, enti locali, associazioni di volontariato, istituzioni scolastiche"

Ogni Azienda Unità Sanitaria Locale dovrà istituire il Dipartimento per il Disagio e le Dipendenze, che assolverà:

❖ * **compiti di programmazione per**

- *la definizione delle strategie aziendali, dei progetti e dei programmi", sulle dipendenze e sul loro primario fattore di rischio costituito dal disagio giovanile*
- *"l'individuazione degli obiettivi prioritari, sia in termini di produzione dei servizi e di prestazioni, sia di formazione permanente del personale", per realizzare ed ampliare in ambito locale gli obiettivi individuati a livello regionale; inoltre l'Accordo Stato - Regioni per la "Riorganizzazione del sistema di assistenza ai tossicodipendenti"(21.01.99) recita: "un ruolo assolutamente prioritario riveste la programmazione del settore e la progettazione degli interventi. L'esigenza attuale di razionalizzare gli interventi e le risorse (..) rende indispensabile l'attività di programmazione, finora quasi del tutto elusa. Si tratta di mettere in atto un cambiamento culturale profondo, di iniziare a considerare l'attività di*



programmazione come una iniziale e fondamentale fase di un processo, necessaria per operare scelte rispondenti alle reali esigenze del territorio."

- *"la definizione dei programmi di allocazione delle risorse e dei mezzi di produzione", in cui rientra la responsabilità della programmazione finanziaria, per cui il dipartimento dovrà configurare una ipotesi di volume e allocazione delle risorse economiche da attribuire alle singole unità operative (centri di costo) e all'attività di coordinamento dipartimentale, che verranno gestite dalla struttura organizzativa preposta dall'Azienda alla gestione delle risorse economiche (di norma, il distretto),*
- *"la configurazione dei migliori assetti funzionali necessari per il miglior raggiungimento degli obiettivi"*

❖ ***"attività di coordinamento e di indirizzo, rivolta alle unità operative"***, in particolare nello:

- *"studio, progettazione, redazione e revisione di protocolli tecnico-scientifici e di comportamento operativo per gli addetti alle unità operative stesse":* ciò implica la responsabilità da parte del dipartimento di orientare l'agire professionale, in funzione degli obiettivi prestabiliti, specializzando e modulando l'offerta delle prestazioni, nel rispetto dei bisogni del target di riferimento specifico (studenti, popolazione giovanile a rischio, tossicodipendenti, alcolisti, familiari, popolazione tossicodipendente in stato di detenzione)

❖ ***"attività di valutazione dei risultati, concorrenti alla revisione periodica delle strategie aziendali e dell'assetto organizzativo e produttivo"***, in particolare :

- *"verifica la quantità, qualità e costo delle prestazioni erogate",* contribuendo al processo di miglioramento continuo della qualità, nel rispetto delle metodologie e degli strumenti condivisi in ambito regionale.

Il Responsabile del Dipartimento, che dovrà coordinare i compiti e le attività su menzionate, è nominato dal Direttore Generale dell'Azienda Unità Sanitaria Locale.

• 3.2 - Il modello dipartimentale "a matrice"

L'organizzazione dipartimentale "a matrice" introduce la possibilità di realizzare una direzione multipla, che da un lato assolve la responsabilità di coordinare e realizzare funzioni specialistiche (direzione funzionale – progettuale), dall'altro assolve la responsabilità di gestire la linea di produzione (direzione gestionale). In altri termini le Unità Operative dovranno garantire, come di consueto, i prodotti (prestazioni) da erogare all'utente, ma saranno "attraversate" da linee progettuali coordinate dalle Aree Funzionali Omogenee. Tale modello organizzativo, basato sulla flessibilità, sviluppa processi di



coordinamento progettuale, azioni finalizzate al raggiungimento di obiettivi comuni e richiede una costante propensione ad innalzare il livello professionale degli addetti.

Le Aree Funzionali Omogenee saranno impegnate nel raggiungimento di obiettivi che coinvolgono tutte le Unità operative, e pertanto devono realizzare gli scopi dipartimentali attraverso la programmazione, l'orientamento, il coordinamento, la verifica dell'operato delle Unità Operative. Ogni Area Funzionale è deputata allo sviluppo di uno degli specifici know-how propri del lavoro di rete sul disagio e le dipendenze. Sono, pertanto, individuate cinque Aree Funzionali:

- Prevenzione,
- Diagnosi e Trattamento,
- Riabilitazione e Reinserimento sociale e lavorativo,
- Promozione e coordinamento delle Reti,
- Qualità. Formazione. Epidemiologia.

I Responsabili di singola Area Funzionale, coadiuvando il Responsabile Dipartimentale, dovranno rispondere della progettualità e della realizzazione degli obiettivi di propria competenza, attraverso il conseguimento dei risultati attesi verificati con l'adozione di adeguati indicatori. Concorderanno la programmazione delle risorse necessarie per lo svolgimento delle linee progettuali atte a realizzare gli obiettivi. Il Responsabile di Area Funzionale Omogenea è nominato dal Direttore Generale dell'Azienda Unità Sanitaria Locale, su proposta del Responsabile del Dipartimento. Gli Enti Ausiliari accreditati, con sedi situate nel territorio di pertinenza di ogni ASL potranno nominare un co-responsabile di singola AFO che dovrà garantire agli Enti rappresentati il raggiungimento dei relativi obiettivi. Entrambi i Responsabili di Area Funzionale Omogenea (aziendale e degli E.A.) rispondono del loro operato al Responsabile di Dipartimento.

Le Unità Operative saranno dedicate a specifici target di popolazione, in modo tale che ognuna di esse divenga "esperta" nella produzione specialistica e mirata nei confronti della particolare tipologia del cliente, e pertanto delle sue necessità. L'Unità operativa deve garantire la linea di produzione, assicurando la corretta gestione di risorse umane, tecniche e strutturali per lo svolgimento delle azioni e l'erogazione di prestazioni previste nel proprio ambito. E' pertanto individuata la necessità di scomporre le attività dei Ser.T., in relazione agli specifici target previsti dalla normativa, per facilitare la possibilità di offrire risposte adeguate e specialistiche a tutta la popolazione di riferimento. Solo in questo

modo si potranno garantire le prestazioni, generalmente non erogate o erogate in modalità e quantità insufficiente, per la popolazione giovanile, carceraria, dipendente da nuove droghe e alcoldipendente. E' individuata la seguente tipologia di base delle unità operative, definite secondo il criterio di specificità del cliente finale:

- Disagio adolescenti e giovani adulti
- Detenuti ed ex-detenuti
- Dipendenze "tradizionali"
- Nuove dipendenze
- Alcoldipendenze

E' possibile ampliare l'organizzazione dipartimentale, individuando ulteriori Unità Operative, rivolte ad altre tipologie di clienti, qualora le realtà e le organizzazioni locali delle singole Aziende lo richiedano ed esso sia in sintonia con il mandato dipartimentale.

I Responsabili di Unità Operativa, nominati dal Direttore Generale su proposta del Responsabile del Dipartimento, rispondono della corretta gestione delle risorse assegnate e della quantità e qualità delle prestazioni erogate. Le differenti Unità operative partecipano, con le risorse necessarie, alla realizzazione degli obiettivi dipartimentali, attraverso le linee progettuali coordinate dalle Aree Funzionali. Svolgono, oltre tali linee progettuali, tutti gli altri compiti istituzionali comunque previsti dalla normativa vigente.

Le singole Unità operative possono essere attivate ciascuna in ogni sede distrettuale, ovvero essere interdistrettuali, secondo la disponibilità delle risorse esistenti e del bacino di utenza specifica. Ogni Unità Operativa costituisce un Centro di Costo; avrà assegnazione, gestione e responsabilità diretta di budget solo relativamente a fondi finalizzati (es: Fondo Nazionale Lotta alla Droga, Fondo Sociale Europeo, ecc.).

In ogni distretto le Unità Operative dipartimentali dipendono come direzione gestionale dal Responsabile di **Area Sistema Distrettuale del Dipartimento**. Tali Aree devono *"coordinare l'offerta di prodotti (...) compatibilmente con le risorse finanziarie, in relazione a determinati gruppi di popolazione. Il distretto dovrà essere messo in grado di analizzare la domanda, comprendere i bisogni, coniugandoli con i vincoli anche finanziari imposti dal sistema"* (DGR Lazio n.3140). Il Responsabile di Area sistema Distretto del Dipartimento, nominato dal Direttore Generale, su proposta del Responsabile del Dipartimento, coopera con il Direttore di Distretto per la realizzazione della programmazione locale. Ogni Area Sistema Distrettuale del Dipartimento coincide con quanto normativamente previsto per un Ser.T., e pertanto il debito informativo e le risorse previste per i Ser.T. andranno dichiarate



in relazione a questa scala. Qualora L'Azienda Unità Sanitaria Locale non abbia ancora adottato il modello organizzativo previsto dalla normativa regionale, il Ser.T. sarà fatto coincidere con un'Unità Organizzativa (da costituire per ogni distretto), da cui dipenderanno le singole Unità Operative della medesima zona.

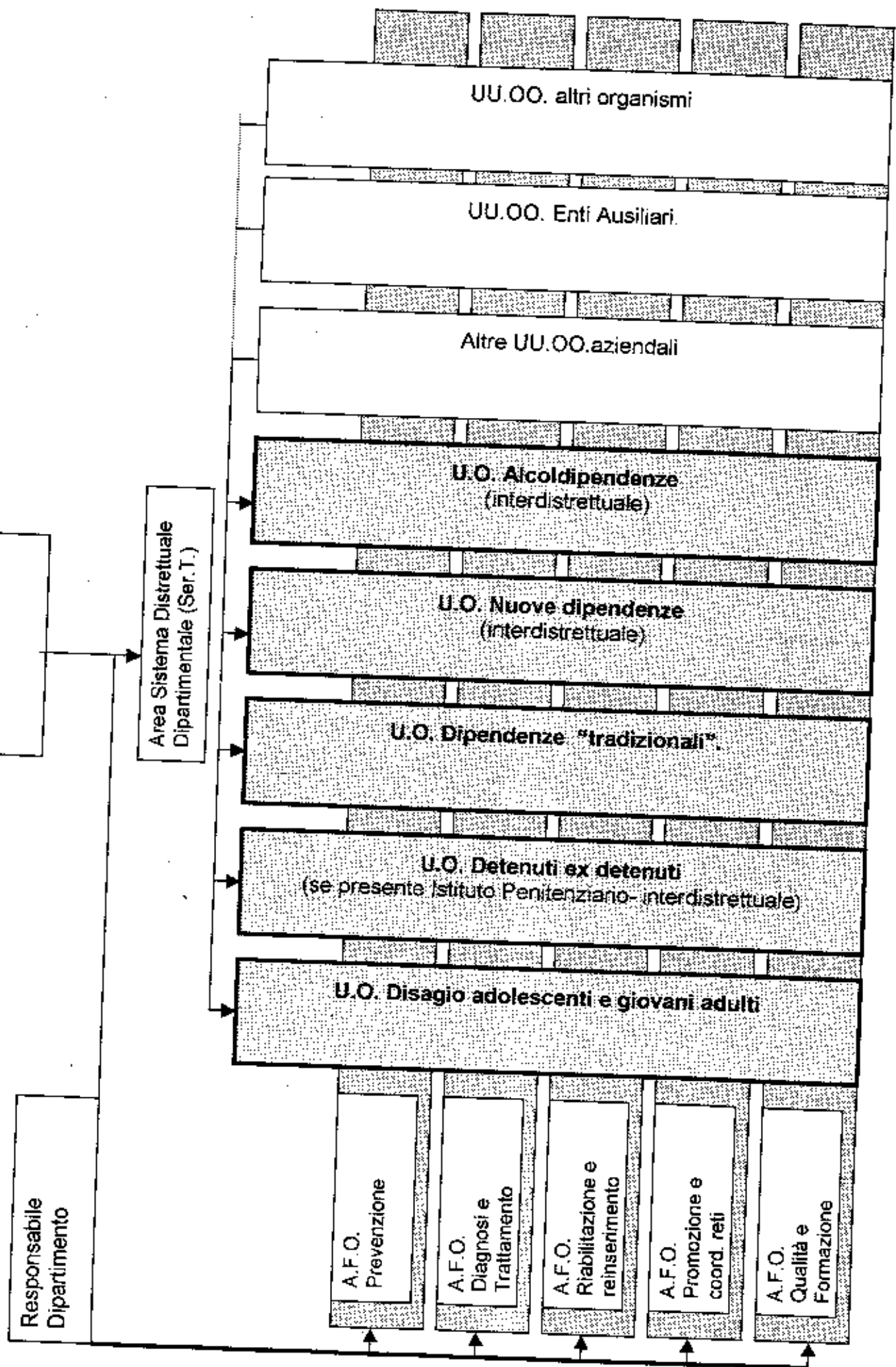
Tale modello organizzativo in cui aumentano gli incarichi di responsabilità, presuppone la possibilità di sviluppare le risorse professionali esistenti, coinvolgendole direttamente nei processi decisionali e gestionali dell'azienda.

Il Responsabile di Dipartimento, i Responsabili di Area Funzionale Omogenea (aziendali e degli EE.AA.) e di Area Sistema distrettuale dipartimentale (ovvero di Unità Organizzativa) costituiscono il **Consiglio di Dipartimento**, quale organo consultivo e di coordinamento centrale tra la linea di produzione (Unità operative) e le linee progettuali (Aree Funzionali).





Gráfico 1: Dipartimento per il Disagio e le Dipendenze



4. Le Aree Funzionali Omogenee: obiettivi e risultati attesi

Gli obiettivi delle Aree Funzionali omogenee sono collegati e discendono dalle finalità generali che il Progetto - Obiettivo ha individuato. Essi corrispondono agli obiettivi generali già enunciati e sono ora assegnati alle singole Aree. Al raggiungimento di un medesimo obiettivo generale possono concorrere anche più Aree Funzionali.

Per ciascun obiettivo sono indicati i risultati attesi (in termini di outcome e di output) ed i relativi indicatori (in allegato A).



4.1 - Area Funzionale Omogenea di Prevenzione:

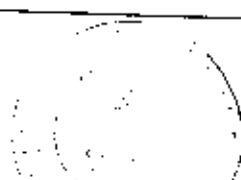
- Obiettivi generali:

A3 - Estendere le competenze a tutti i fattori di disagio propedeutici a qualsiasi tipologia di dipendenza
A4 - Aumentare la percentuale di consumatori in contatto con il sistema di assistenza, con particolare riferimento ai giovani con problemi collegati alle "nuove droghe"
A1 - Contribuire alla definizione ed alla realizzazione delle strategie aziendali in tema di prevenzione primaria
A2 - Definire una strategia locale complessiva di contrasto del fenomeno della droga, collaborando con tutte le istituzioni coinvolte
B1 - Ridurre la mortalità e la morbosità legate alla tossicodipendenza e/o all'abuso da sostanze

- Risultati attesi:

- ◊ Obiettivo A3 - Estendere le competenze a tutti i fattori di disagio propedeutici a qualsiasi tipologia di dipendenza

Outcome		
A3	7	incremento presenza attiva nel mondo giovanile, centri aggregativi, comunità, aziende anche con sostegno a situazioni di difficoltà
A3	8	diminuzione del drop out scolastico
A3	13	aumento persone in trattamento
Output		
A3	q	attività di prevenzione primaria
A3	r	coordinamento dei servizi territoriali che intervengono a favore della popolazione scolastica e giovanile
A3	s	programmi di sensibilizzazione e coinvolgimento degli organismi pubblici e privati preposte al problema
A3	t	reti integrate rivolte alle famiglie e agli adulti di riferimento



- ◇ Obiettivo A4 - Aumentare la percentuale di consumatori in contatto con il sistema di assistenza, con particolare riferimento ai giovani con problemi collegati alle "nuove droghe"

Outcome		
A4	9	Aumento contatti U.d.S.
A4	10	Incremento del numero di utenti di nuova tipologia ("nuove droghe", adolescenti a rischio, altre forme di dipendenza)
A4	11	Aumento di conoscenza del fenomeno: acquisire dati epidemiologici attendibili
A4	13	Aumento persone in trattamento
Output		
A4	a	Attivazione reti di sostegno basate sull'auto aiuto e sul gruppo dei pari per giovani, famiglie, e adulti di riferimento: attività di informazione e counseling
A4	b	Interventi per utenti consumatori di "nuove droghe"
A4	c	Interventi per adolescenti a rischio
A4	d	Interventi di equipe, anche informativi, nei luoghi di aggregazione giovanile
A4	e	Interventi di equipe nelle scuole
A4	f	Interventi di rete coordinati
A4	g	Formazione ad hoc del personale sulle "nuove droghe"

- ◇ Obiettivo A1 - Contribuire alla definizione ed alla realizzazione delle strategie aziendali in tema di prevenzione primaria

Outcome		
A1	1	Aumento del numero di giovani raggiunti in maniera efficace
A1	2	Estensione di programmi di prevenzione in scuole
A1	3	Incremento presenza attiva nel mondo giovanile, centri aggregativi, comunità, aziende anche con sostegno a situazioni di difficoltà
Output		
A1	h	Relazioni dirette con la Direzione Aziendale
A1	i	Coordinamento tra i servizi aziendali che intervengono a favore della popolazione scolastica e giovanile
A1	l	Funzionalità dei servizi, tramite attivazione di reti
A1	m	Interventi multitematici rivolti alle popolazioni giovanili
A1	n	Integrazione degli interventi a livello aziendale



- ◇ Obiettivo A2 - Definire una strategia locale complessiva di contrasto del fenomeno della droga, collaborando con tutte le istituzioni coinvolte

Outcome		
A2	4	costruzione di un'ottica comune tra le istituzioni coinvolte
A2	5	ottimizzazione delle risorse (anche professionali) esistenti
A2	6	sistema di servizi integrati e decentrati
Output		
A2	o	costruzione della rete tra organismi pubblici e privati
A2	p	costruzione e coordinamento della rete socio-sanitaria

- ◇ Obiettivo B1 - Ridurre la mortalità e la morbosità legate alla tossicodipendenza e/o all'abuso da sostanze

Outcome		
B1	1	diminuzione patologie correlate
B1	3	riduzione incidenza infezioni (HIV, epatiti, TBC...)
B1	6	riduzione mortalità per incidenti automobilistici collegati ad uso di sostanze
Output		
B1	b	attività di Unità di Strada di prima accoglienza
B1	c	interventi di educazione sanitaria rivolta a TD
B1	d	attività servizi a bassa soglia
B1	e	monitoraggio utenti afferenti ai servizi
B1	g	test di screening e diagnostici
B1	h	Vaccinazioni





4.2 - Area Funzionale Omogenea di Diagnosi e Trattamento

• Obiettivi generali:

- B1 - Ridurre la mortalità e la morbosità legate alla tossicodipendenza e/o all'abuso da sostanze
- B2 - Garantire l'offerta di prestazioni terapeutiche ed assistenziali ritenute valide ai fini dell'aiuto alla persona con problemi di abuso ed alle persone coinvolte
- B3 - Aumentare la quota di soggetti che, dopo il contatto con il sistema di assistenza, iniziano e completano i trattamenti previsti e recuperano un accettabile livello d'integrazione sociale
- B4 - Ampliare la gamma delle alternative terapeutiche
- A4 - Aumentare la percentuale di consumatori in contatto con il sistema di assistenza, con particolare riferimento ai giovani con problemi collegati alle "nuove droghe"

• Risultati attesi:

- ◊ Obiettivo B1 - Ridurre la mortalità e la morbosità legate alla tossicodipendenza e/o all'abuso da sostanze

Outcome		
B1	1	diminuzione patologie correlate
B1	2	Miglioramento delle condizioni psicofisiche dei TD
B1	3	riduzione incidenza infezioni (HIV,epatiti,TBC..)
B1	4	riduzione morti per overdose
B1	5	uso congruo farmaci sostitutivi
B1	6	riduzione mortalità per incidenti automobilistici collegati ad uso di sostanze
Output		
B1	a	programmi di reinserimento e di miglioramento della qualità di vita
B1	b	attività di Unità di Strada di prima accoglienza
B1	c	interventi di educazione sanitaria rivolta a TD
B1	d	attività servizi a bassa soglia
B1	e	monitoraggio utenti afferenti ai servizi
B1	f	offerta trattamenti differenziati
B1	g	test di screening e diagnostici
B1	h	Vaccinazioni



- ◇ Obiettivo B2 - Garantire l'offerta di prestazioni terapeutiche ed assistenziali ritenute valide ai fini dell'aiuto alla persona con problemi di abuso ed alle persone coinvolte

Outcome		
B2	10	aumento delle persone in contatto con i servizi
B2	11	aumento dei TD "sommersi"
B2	12	aumento delle diagnosi e dei piani di trattamento corretti
Output		
B2	m	accessibilità ai servizi
B2	n	relazioni con Autorità Giudiziaria e sistema penitenziario
B2	o	offerta di trattamenti multimodali integrati
B2	p	trattamento famiglie e adulti di riferimento
B2/B3/ B4	x	differenziazione e ampliamento gamma dei trattamenti

- ◇ Obiettivo B3 - Aumentare la quota di soggetti che, dopo il contatto con il sistema di assistenza, iniziano e completano i trattamenti previsti e recuperano un accettabile livello d'integrazione sociale

Outcome		
B3	7	aumento dei TD che si distaccano dalle sostanze di abuso
B3	9	recupero dell'utenza che ha abbandonato o interrotto il trattamento
B3/ B5	21	diminuzione recidive
B3/B4	22	aumento compliance ai trattamenti
B3/ B4	23	adeguamento dei trattamenti differenziati allo stato di cambiamento del singolo soggetto
Output		
B3	l	costruzione e coordinamento della rete socio-sanitaria
B2/B3/ B4	x	differenziazione e ampliamento gamma dei trattamenti





◊ Obiettivo B4 - Ampliare la gamma delle alternative terapeutiche

Outcome		
B4	13	aumento dei TD "sommersi"
B4	14	incremento del numero di utenti di nuova tipologia ("nuove droghe", adolescenti a rischio, altre forme di dipendenza)
B4	15	maggior efficacia dovuta a trattamenti più specifici
B3/B4	22	aumento compliance ai trattamenti
B3/ B4	23	adeguamento dei trattamenti differenziati allo stato di cambiamento del singolo soggetto
Output		
B4	q	attività di prevenzione secondaria
B4	r	attività di riduzione del danno e offerta di strutture diversificate per TD "classici"
B4	s	attivazione prestazioni di ricovero
B2/B3/ B4	x	differenziazione e ampliamento gamma dei trattamenti

◊ Obiettivo A4 - Aumentare la percentuale di consumatori in contatto con il sistema di assistenza, con particolare riferimento ai giovani con problemi collegati alle "nuove droghe"

Outcome		
A4	9	Aumento contatti U.d.S.
A4	10	Incremento del numero di utenti di nuova tipologia ("nuove droghe", adolescenti a rischio, altre forme di dipendenza)
A4	12	cura e riabilitazione dei TD che ora fanno parte del sommerso
A4	13	Aumento persone in trattamento
Output		
A4	a	Attivazione reti di sostegno basate sull'auto aiuto e sul gruppo dei pari per giovani, famiglie, e adulti di riferimento: attività di informazione e counseling
A4	b	Interventi per utenti consumatori di "nuove droghe"



4.3 - Area Funzionale Omogenea di Riabilitazione e Reinserimento sociale e lavorativo

- Obiettivi generali:

B3 - Aumentare la quota di soggetti che, dopo il contatto con il sistema di assistenza, iniziano e completano i trattamenti previsti e recuperano un accettabile livello d'integrazione sociale

B5 - Individuare strategie e di piani di intervento, sviluppando anche una rete con il mondo del lavoro, per il reinserimento sociale e lavorativo

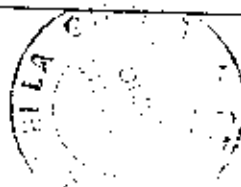
- Risultati attesi:

◊ Obiettivo B3 - Aumentare la quota di soggetti che, dopo il contatto con il sistema di assistenza, iniziano e completano i trattamenti previsti e recuperano un accettabile livello d'integrazione sociale

Outcome		
B3	8	aumento utenti immessi in programmi di inserimento lavorativo
B3	9	recupero dell'utenza che ha abbandonato o interrotto il trattamento
B3/ B5	21	Diminuzione recidive
B3/B4	22	Aumento compliance ai trattamenti
B3/ B4	23	Adeguamento dei trattamenti differenziati allo stato di cambiamento del singolo soggetto
Output		
B3	i	Programmi di reinserimento lavorativo
B3	l	Costruzione e coordinamento della rete socio-sanitaria
B2/B3/ B4	x	Differenziazione e ampliamento gamma dei trattamenti

◊ Obiettivo B5 - Individuare strategie e di piani di intervento, sviluppando anche una rete con il mondo del lavoro, per il reinserimento sociale e lavorativo

Outcome		
B5	16	Aumento utenti immessi in programmi di inserimento lavorativo
B5	17	Diminuzione della percentuale di disoccupazione dei TD ed ex-TD
B5	18	Acquisizione da parte dell'utenza di qualifiche e competenze professionali
B5	19	Aumento della ritenzione al lavoro
B5	20	Diminuzione reati connessi allo stato di TD



B3/ B5	21	Diminuzione recidive
Output		
B5	u	Attività stabile per l'orientamento professionale e la consulenza per il lavoro
B5	v	Mappatura del territorio, con evidenziazione dei bacini occupazionali
B5	z	Data base, accessibile da tutta la rete, su aziende, disponibilità posti, qualifiche, tipologie contrattuali per avviamento al lavoro degli utenti
B5	w	Costruzione e coordinamento della rete socio-sanitaria
B5	y	Costruzione della rete tra organismi pubblici e privati
B5	j	Stipula di convenzioni con cooperative sociali
B5	k	Stipula di protocolli di intesa o convenzioni con mondo imprenditoriale e con associazioni sindacali



4.4 - Area Funzionale Omogenea di **Promozione e coordinamento delle reti** :

- **Obiettivi generali:**

A1	– Contribuire alla definizione ed alla realizzazione delle strategie aziendali in tema di prevenzione primaria
A2	– Definire una strategia locale complessiva di contrasto del fenomeno della droga, collaborando con tutte le istituzioni coinvolte
B5	– Individuare strategie e di piani di intervento, sviluppando anche una rete con il mondo del lavoro, per il reinserimento sociale e lavorativo

- **Risultati attesi:**

- ◊ **Obiettivo A1 - Contribuire alla definizione ed alla realizzazione delle strategie aziendali in tema di prevenzione primaria**

Outcome		
A1	1	Aumento del numero di giovani raggiunti in maniera efficace
A1	2	Estensione di programmi di prevenzione in scuole
A1	3	Incremento presenza attiva nel mondo giovanile, centri aggregativi, comunità, aziende anche con sostegno a situazioni di difficoltà
Output		
A1	h	Relazioni dirette con la Direzione Aziendale
A1	i	Coordinamento tra i servizi aziendali che intervengono a favore della popolazione scolastica e giovanile
A1	l	Funzionalità dei servizi, tramite attivazione di reti
A1	n	Integrazione degli interventi a livello aziendale

- ◊ **Obiettivo A2 - Definire una strategia locale complessiva di contrasto del fenomeno della droga, collaborando con tutte le istituzioni coinvolte**

Outcome		
A2	4	costruzione di un'ottica comune tra le istituzioni coinvolte
A2	5	ottimizzazione delle risorse (anche professionali) esistenti
A2	6	sistema di servizi integrati e decentrati
Output		
A2	o	costruzione della rete tra organismi pubblici e privati
A2	p	costruzione e coordinamento della rete socio-sanitaria



- ◊ Obiettivo B5 - Individuare strategie e di piani di intervento, sviluppando anche una rete con il mondo del lavoro, per il reinserimento sociale e lavorativo

Outcome		
B5	16	aumento utenti immessi in programmi di inserimento lavorativo
B5	17	diminuzione della percentuale di disoccupazione dei TD ed ex-TD
B5	18	acquisizione da parte dell'utenza di qualifiche e competenze professionali
B5	19	aumento della ritenzione al lavoro
B5	20	diminuzione reati connessi allo stato di TD
B3/ B5	21	diminuzione recidive
Output		
B5	z	data base, accessibile da tutta la rete, su aziende, disponibilità posti, qualifiche, tipologie contrattuali per avviamento al lavoro degli utenti
B5	w	costruzione e coordinamento della rete socio-sanitaria
B5	y	costruzione della rete tra organismi pubblici e privati
B5	j	stipula di convenzioni con cooperative sociali
B5	k	stipula di protocolli di intesa o convenzioni con mondo imprenditoriale e con associazioni sindacali



4.5 - Area Funzionale Omogenea di Qualità e Formazione:

- Obiettivi generali:

C1 - Monitorare le dimensioni dei fenomeni di abuso, offrendo una definizione epidemiologica delle caratteristiche locali del problema
C2 - Monitoraggio continuo della qualità, attraverso metodi e procedure comuni in ambito regionale
C3 - Valutare periodicamente i risultati terapeutici ed il conseguimento degli obiettivi assistenziali
C4 - Assicurare percorsi formativi permanenti per il personale

- Risultati attesi:

- ◊ Obiettivo C1 - Monitorare le dimensioni dei fenomeni di abuso, offrendo una definizione epidemiologica delle caratteristiche locali del problema

Outcome		
C1	1	finalizzazione dei progetti mirati agli obiettivi territoriali, in collaborazione con le risorse di rete
C1	2	migliore conoscenza e definizione del sommerso del fenomeno di abuso
C1	3	maggiore accessibilità dati ed analisi
C1	4	migliore utilizzazione dei dati epidemiologici
C1	5	miglioramento raccolta e analisi dati di nuove attività
Output		
C1	a	conoscenza e individuazione delle caratteristiche epidemiologiche locali
C1	b	individuazione di strumenti di rilevazione omogenei nel territorio regionale
C1	c	promozione indagini multicentriche in ambito regionale e locale
C1	d	attivazione di ricerche-intervento in collaborazione con Prefettura e Forze dell'Ordine
C1	e	implementazione dati cartella clinica Ser.T.

- ◊ Obiettivo C2 - Monitoraggio continuo della qualità, attraverso metodi e procedure comuni in ambito regionale

Outcome		
C2	6	miglioramento della qualità percepita da parte dell'utenza
C2	7	miglioramento dell'efficacia
C2	8	verificare il raggiungimento degli outcomes



Output		
C2	u	strumenti comuni e condivisi in ambito regionale per il monitoraggio della qualità
C2	v	gruppi regionali permanenti
C2	z	diffusione periodica dei dati analizzati per revisione attività in corso
C2	w	formazione periodica degli operatori
C2	y	miglioramento dell'efficienza dei servizi

◊ Obiettivo C3 - Valutare periodicamente i risultati terapeutici ed il conseguimento degli obiettivi assistenziali

Outcome		
C3	9	coinvolgimento e responsabilizzazione diretta dell'utente sulle modificazioni del processo terapeutico riabilitativo
C3	10	evoluzione delle strategie di intervento
C3	11	valutazione della concordanza tra offerta terapeutica e domanda
Output		
C3	m	follow-up periodici dell'utenza
C3	n	Definizione di modelli terapeutici e di assistenza
C3	o	rapporti periodici sulla valutazione dei processi e degli esiti dei trattamenti
C3	p	indicatori e metodologie di raccolta dati per struttura e ambito territoriale
C3	q	diffusione e discussione in rete di dati, metodi, analisi e risultati (trasparenza e accessibilità)
C3	r	"dati" monitorati, relativi ai trattamenti degli utenti
C3	s	data base, accessibile a tutte le strutture, per la valutazione (implementazione di interventi, metodi, risultati, indicatori)
C3	t	informatizzazione

◊ Obiettivo C4 - Assicurare percorsi formativi permanenti per il personale

Outcome		
C4	12	aumento della proporzione di operatori stabili con formazione specifica
C4	13	miglioramento dei livelli di competenza professionale
C4	14	riduzione burn-out operatori



Output		
C4	f	Promozione corsi di formazione e aggiornamento regionale, aziendale, e di settore
C4	g	Facilitazione di accesso all'aggiornamento facoltativo
C4	h	Stanziamiento da parte dell'Azienda di un budget specifico
C4	i	stages periodici presso altri servizi
C4	l	Formazione integrata tra pubblico e privato



5. Le Unità Operative: azioni e prestazioni

Le Unità Operative sono rivolte a singole tipologie di clienti. Nell'ambito di un medesimo distretto le differenti UU.OO. attivate nel Dipartimento sono governate dall'Area Sistema Distrettuale Dipartimentale, ovvero (qualora essa non sia costituita ai sensi del DGR Lazio n.3140) dall'Unità Organizzativa. In entrambi i casi, esse coincidono con un Ser.T.

Le Unità Operative, che gestiscono risorse umane, tecniche, economiche e strutturali, sono deputate all'erogazione di prestazioni (linea di prodotto). Sono individuate nel presente Progetto – obiettivo le azioni di base di ogni Unità Operativa. Ogni azione è costituita da un insieme di prestazioni: anche in questo caso sono elencate le prestazioni di base componenti un'azione tipo.



5.1. Disagio adolescenti e giovani adulti

Tale Unità operativa si rivolge al mondo giovanile, principalmente con azioni in ambito sia preventivo, sia promozionale delle reti locali. Di norma sarà attivata una U.O. di tale tipologia a scala distrettuale. E' istituita al fine di offrire prestazioni alla popolazione che, per fase di età o condizioni specifiche, attraversa un periodo di vita di particolare rischio. Tale situazione può costituire il prodromo di condizioni di disagio individuale e collettivo, espresse anche con forme di uso e abuso delle sostanze. Le Aree Funzionali di preminente programmazione per tali UU.OO. sono quindi: Prevenzione, Promozione e coordinamento reti, Qualità e Formazione.

Andranno sviluppati i rapporti istituzionali e non, soprattutto con:

- Provveditorato agli Studi e i singoli Istituti scolastici (art.104,106 DPR 309/90) per programmi di prevenzione ed educazione rivolta a studenti ed insegnanti, in particolare per la realizzazione presso le scuole di istruzione secondaria dei C.I.C. (Centri Informazione e Consulenza)
- centri di aggregazione giovanile
- Enti ed organismi di formazione ed avviamento lavorativo.

Le attività andranno coordinate, in ambito di Azienda Unità Sanitaria Locale con quelle previste dai Dipartimenti Materno Infantile e Salute Mentale, al fine di evitare sovrapposizioni e frammentazioni degli interventi.

Le azioni/prestazioni di base previste nell'ambito dell'Unità Operativa sono:

Centri d'informazione e consulenza (C.I.C.)	colloquio informativo-educativo
	colloquio di consulenza individuale
	consulenza docenti e consiglio di classe
	seminario informativo-educativo
	ricerca con somministrazione di questionari
	consulenza ad operatori di rete
	gruppo esperienziale con operatori CIC
	produzione materiale documentale e informativo
	gruppo esperienziale con insegnanti
	consulenza ad Enti Locali per attività preventive
Centro documentale e sportello sociale per adolescenti	consulenza e coordinamento a gruppi di volontariato e naturali
	colloquio informativo-orientativo
	invio per presa in carico verso altra U.O.
	consulenza e coordinamento ad operatori di rete
	produzione dati (reperimento, aggiorn.to, trasm.ne) per il centro documentale



Diagnosi e cura	produzione materiale documentale e informativo
	colloquio di accoglienza
	visita medica
	test psicodiagnostico
	colloquio di consulenza individuale
	colloquio di consulenza familiare
Gruppi di informazione per genitori	invio per presa in carico verso altra U.O.
	colloquio di accoglienza
	gruppo di auto-aiuto per genitori
	produzione materiale documentale e informativo
	ricerca con somministrazione di questionari
Attivazione della rete territoriale	seminario informativo-educativo
	consulenza a Enti Locali
	inserimento in gruppo di aggregazione
	inserimento in corso di formazione
	invio per presa in carico verso altra U.O. o privati



5.2. Detenuti ed ex-detenuti

Nei territori su cui insistono Istituti penitenziari, dovrà essere costituita tale Unità Operativa (di norma, una U.O. interdistrettuale per Azienda). Nei restanti territori le funzioni previste dalla normativa (artt. 91,94,95 123 del DPR 309/90, artt. 5,6, 7 del D.L. n.139/93 e artt. DPR 444), che i servizi pubblici di residenza del tossicodipendente detenuto devono espletare, potranno essere svolte nell'ambito delle attività previste dall'Unità Operativa "Dipendenze tradizionali".

Tale normativa prevede che i servizi pubblici per le tossicodipendenze

- attestino ed eventualmente realizzino i programmi terapeutici o socio-riabilitativi (eseguibili anche presso strutture private), nei casi previsti dalla Legge (art.5, 6 D.L.139/93)
- attestino e realizzino i programmi terapeutici nei casi di affidamento in prova, secondo quanto previsto dalla Legge (art.94 DPR 309/90 e art.7 D.L. 139/93)
- assicurino le prestazioni socio-sanitarie per tossicodipendenti detenuti, in ordine alla cura e riabilitazione dei detenuti tossicodipendenti ed alcolisti (art.96 DPR 309/90)

Le attuali disposizioni in materia di "Riordino della medicina penitenziaria" (D.L. n.230 del 22.06.99) prevedono che la tutela della salute in ambito penitenziario sia interamente gestita dalle Aziende Unità Sanitarie Locali, con l'utilizzo di risorse che a queste ultime saranno trasferite dagli Istituti Penitenziari. Il servizio Sanitario Nazionale dovrà assicurare, tra l'altro, ai detenuti e agli internati:

- *livelli di prestazioni analoghi a quelli garantiti ai cittadini liberi*
- *azioni di protezione, di informazione e di educazione ai fini dello sviluppo della responsabilità individuale e collettiva in materia di salute*
- *informazioni complete sul proprio stato di salute all'atto di ingresso in carcere, durante il periodo di detenzione e all'atto di dimissione in libertà*
- *interventi di prevenzione, cura e sostegno del disagio psichico e sociale*

Nele more dell'emanazione dello specifico Progetto Obiettivo, del trasferimento delle risorse, delle funzioni e dell'avvio della fase sperimentale, resta fermo il trasferimento delle funzioni sanitarie alle Aziende Unità Sanitarie Locali a decorrere dal 1° gennaio 2000, in riferimento ai settori di prevenzione e di assistenza ai detenuti e agli internati tossicodipendenti (art.8, D.L. n.230 del 22.06.99).

E' quindi introdotta con esecuzione immediata anche la funzione di prevenzione e di cura complessiva dello stato di salute del detenuto tossicodipendente.



Le azioni/prestazioni di base previste nell'ambito dell'Unità Operativa sono:

Valutazione e Diagnosi	colloquio di accoglienza
	colloquio di servizio sociale
	colloquio psicologico
	test psicodiagnostico
	visita medica
	esame metaboliti urinari
	pratiche per prosecuzione trattamenti avviati
	certificazione di tossicodipendenza
Trattamento medico di disassuefazione	visita medica
	farmacoterapia (sintomatica, sostitutiva, antagonista)
	esame metaboliti urinari
Trattamento medico delle patologie correlate	colloquio informativo-educativo
	visita medica
	farmacoterapia
	prescrizione di esami di patologia clinica e diagnostica strumentale
Trattamento psicologico	invio verso altra U.O. ospedaliera
	colloquio psicologico
Trattamento sociale	psicoterapia di gruppo
	colloquio di servizio sociale
Selezione e consulenza per la Sezione Attenuata	colloquio di consulenza individuale
	colloquio di valutazione
	colloquio di consulenza familiare
	consulenza ad operatori del carcere per la definizione del programma individuale
	consulenza ad operatori degli enti ausiliari per la definizione del programma individuale
	verifica psico-medico-sociale del programma individuale
	colloquio di consulenza familiare
	consulenza ad operatori del carcere per la definizione del programma individuale
Informazione ad operatori di Istituti Penitenziari	colloquio di valutazione
	colloquio di consulenza familiare
Attivazione della rete territoriale	reunioni periodiche con operatori di Istituti Penitenziari
	partecipazione alle "equipe di osservazione e trattamento)
	stipula di convenzione e protocollo di intesa con CSSA
	stipula di protocollo di intesa con EE.LL.
	consulenza a enti ausiliari e associazioni di volontariato
Reinserimento sociale	consulenza con legali
	consulenza all'A.G.
	invio per presa in carico verso altra U.O.
	colloquio di consulenza individuale
Attivazione di misure alternative alla detenzione (art.89, 90, 94 DPR 309/90)	consulenza all'A.G. e a CSSA
	colloquio informativo-educativo
	colloquio di valutazione
	test psicodiagnostico
	relazione valutativa
	colloquio di sostegno



visita medica
trattamento farmacologico
esame metaboliti urinari
psicoterapia individuale
invio a EE.AA.
Invio ad altra U.O.
consulenza a CSSA
consulenza all'A.G.
colloquio di consulenza familiare
consulenza legale e con legali



5.3. Dipendenze "tradizionali"

L'Unità Operativa "dipendenze tradizionali" (di norma, una per distretto) assolve le storiche funzioni solitamente svolte dai Ser.T. L'innovazione principale è relativa alla necessità di approfondire la fase diagnostica, per poter stabilire piani individualizzati di trattamento basati su una più ampia gamma di offerte terapeutiche. Parallelamente è compito di tale Unità Operativa stabilizzare il livello attuale produttivo, in ordine alle prestazioni risultate valide ed efficaci.

E' di centrale importanza in tale Unità Operativa che l'equipe di lavoro sia multidisciplinare e che sia in grado di erogare in modo integrato le differenti prestazioni.

Tutte le differenti Aree Funzionali Omogenee interagiscono a pari livello con questa Unità Operativa, nella quale i programmi di prevenzione (secondaria e terziaria), di diagnosi e trattamento, di riabilitazione e reinserimento dovranno essere sviluppati utilizzando in maniera ottimale la rete dei servizi e valutando continuamente lo stato di avanzamento dei singoli programmi terapeutico-riabilitativi.

In questa sede definisce dipendenza "tradizionale" prioritariamente lo stato di abuso/dipendenza da eroina, e secondariamente da cocaina. Non rientra nell'attività di questa U.O. la prevenzione ed il trattamento di stati di uso/abuso da cannabinoidi: essi, infatti, pur essendo consumi "tradizionali" soprattutto tra la popolazione giovanile, non sono storicamente trattati nell'ambito dei servizi per le tossicodipendenze (la popolazione consumatrice di cannabinoidi, quale sostanza primaria, che si rivolge ai servizi per tossicodipendenze costituisce in Italia solo il 6,9% del totale dell'utenza Ser.T., e nel Lazio il 4,4 % (dati 1997). Pertanto tale popolazione è considerata target di riferimento dell'Unità Operativa "Nuove dipendenze".

L'Unità Operativa deve assicurare direttamente:

- attività diagnostica, individuazione, erogazione e verifica di programmi farmacologici, terapeutici e socio riabilitativi; attività di prevenzione; rilevazione di dati statistici (art.113, 122 D.P.R 309/90)
- programmi terapeutici e socio-riabilitativi per soggetti che ne presentino volontaria richiesta ai Prefetti, ai sensi dell'art.75 D.P.R. 309/90
- definizioni dei programmi terapeutici e socio-riabilitativi ai sensi dell'art.121 D.P.R. 309/90
- certificazione dello stato di tossicodipendenza

L'Unità Operativa deve assicurare la collaborazione con gli Enti Locali per l'integrazione delle prestazioni sociosanitarie a rilevanza sociale (art.3-septies D.L.

n.229/99) e le prestazioni sociali a rilevanza sanitaria (art.3-septies septies D.L. n.229/99; art. 114 DPR 309/90). In entrambi le tipologie di prestazioni rientrano la cura, l'assistenza e la riabilitazione dei tossicodipendenti.

Questa Unità Operativa è chiamata, inoltre, ad erogare prestazioni in collaborazione con i medici di base.

Le azioni/prestazioni di base previste nell'ambito dell'Unità Operativa sono:

Diagnosi	colloquio di accoglienza
	colloquio di servizio sociale
	colloquio psicologico
	test psicodiagnostico
	visita medica
	esame metaboliti urinari
	certificazione di tossicodipendenza
Trattamento medico di disassuefazione	visita medica
	farmacoterapia (sintomatica, sostitutiva, antagonista)
	esame metaboliti urinari
	pratiche per trasferimento ad altro Ser.T.
	invio verso altra U.O. per vaccinazione anti-epatite
Trattamento medico delle patologie correlate	colloquio informativo-educativo
	visita medica
	Farmacoterapia
	prescrizione di esami di patologia clinica e diagnostica strumentale
	invio verso altra U.O. ospedaliera
Trattamento psicologico	colloquio psicologico
	psicoterapia individuale
	psicoterapia familiare
	psicoterapia di coppia
	psicoterapia di gruppo
Trattamento sociale	colloquio di servizio sociale
	colloquio di consulenza individuale
	colloquio di consulenza familiare
	visita domiciliare
Consulenze a Medicina Legale per revisione patenti	attivazione/inserimento presso risorse degli Enti Locali
	visita medica
	esame metaboliti urinari
	colloquio psicologico
	Test psicodiagnostico
	Colloquio di servizio sociale
	Convocazione a visita obbligatoria
Trattamenti obbligatori	Colloquio di accoglienza
	Colloquio di servizio sociale
	Visita medica
	Esame metaboliti urinari
	Colloquio psicologico
	Seminario informativo-educativo



	relazione valutativa (intermedia e a fine programma alla Prefettura)
Controllo e vigilanza di Enti Ausiliari	visita ispettiva
	relazione da pratica di istruttoria (anche andamento)
	visita periodica di controllo
Riabilitazione residenziale	colloquio di accoglienza
	pratiche per ingresso e permanenza in strutture protette (comunità socio-educativa e terapeutica)
	pratiche per pagamento struttura protetta (comunità socio-educativa e terapeutica)
	consulenza ad operatori di E.A.
	visita periodica di controllo
Riabilitazione semi-residenziale	colloquio di accoglienza
	terapia occupazionale
	terapia di gruppo
	colloquio di consulenza individuale
Logistica e supporti	produzione dati (reperimento, aggiorn.to, trasm.ne) per la banca dati ASP Lazio
	report periodico (trimestrale) dati epidemiologici
Unità di strada	colloquio informativo-educativo
	colloquio di consulenza individuale
	primo soccorso medico
	esame metaboliti urinari
	consulenza ad Enti Locali
	distribuzione presidi sanitari
Attivazione della rete territoriale	consulenza a Enti Locali
	inserimento in gruppo di aggregazione
	inserimento in corso di formazione
	consulenza medici m.g
	invio per presa in carico verso altra U.O. o privati



5.4. Nuove Dipendenze

Tale Unità Operativa (di norma, due U.O. aziendali interdistrettuali) offre prestazioni ai consumatori abituali od occasionali di sostanze quali: cannabinoidi, allucinogeni, amfetamine, ecstasy ed analoghi, crack, barbiturici e benzodiazepine, inalanti. Nel 1997 la popolazione consumatrice di tali sostanze (quali sostanze primarie), che si è rivolta ai servizi pubblici per le tossicodipendenze, ha costituito nel Lazio il 5,2 % del totale dell'utenza (in Italia il 9,6%).

L'Unità Operativa dovrà sviluppare azioni innovative, con formazione costante del personale. Soprattutto in fase iniziale molte delle azioni dovranno essere programmate anche in ambito extra ambulatoriale, ad esempio presso i luoghi di ritrovo giovanile.

Le Aree Funzionali che primariamente sviluppano progettualità di interesse dell'Unità Operativa sono: Prevenzione, Diagnosi e trattamento, Promozione e coordinamento delle reti, Qualità e formazione.

Le azioni/prestazioni di base previste nell'ambito dell'Unità Operativa sono:

Diagnosi e trattamento	colloquio di accoglienza
	colloquio di servizio sociale
	colloquio psicologico
	colloquio di sostegno
	visita medica
	esame metaboliti urinari
	psicoterapia individuale
	psicoterapia familiare
Unità di strada	colloquio informativo-educativo
	colloquio di consulenza individuale
	primo soccorso medico
	esame metaboliti urinari
	consulenza ad Enti Locali
Osservatorio delle nuove dipendenze	costruzione di strumenti di ricerca
	ricerca con somministrazione di questionari
	consulenza ad istituti e associazioni
	consulenza ad istituti e associazioni
	consulenza integrata con Università di Roma
Informazione, sensibilizzazione, prevenzione	report finale di ricerca
	produzione materiale documentale e informativo
	seminario informativo-educativo
	consulenza ad operatori C.I.C.
	consulenza a seminario informativo-educativo
	sportello di consulenza per le caserme



5.5. Alcoldipendenze

Tale Unità Operativa (di norma, due U.O. aziendali interdistrettuali), offre prestazione alla popolazione a rischio o in condizioni di abuso di alcol. La diffusione di bevande alcoliche è un fenomeno estremamente sottovalutato, nonostante le problematiche sanitarie e sociali che esso determina. Inoltre negli ultimi anni, in tendenza con quanto avviene anche in altri Paesi, vi è un incremento di tale fenomeno tra la popolazione giovanile.

Sono rilevanti i danni dati da infortuni sul lavoro e da incidenti automobilistici causati da consumo di alcolici: in questi ambiti va potenziata l'azione di prevenzione e di informazione. Particolare attenzione andrà prestata anche alle famiglie, in cui è presente un alcolista.

Per questa U.O. è di centrale importanza l'avvio o il potenziamento della collaborazione con i medici di medicina generale, che sovente rimangono gli unici interlocutori di pazienti con problemi di abuso di alcolici. Altro livello di collaborazione andrà sviluppato con le UU.OO. ospedaliere (in genere di medicina), in cui spesso sono ricoverati pazienti con patologia alcolcorrelata.

Tutte le 5 Aree sviluppano progettualità di interesse di tale U.O.

Le azioni/prestazioni di base previste nell'ambito dell'Unità Operativa sono:

Diagnosi	colloquio di accoglienza
	colloquio di servizio sociale
	colloquio psicologico
	test psicodiagnostico
	visita medica
	esame metaboliti urinari
	certificazione di tossicodipendenza
Trattamento medico	visita medica
	farmacoterapia (sintomatica, antagonista)
	farmacoterapia (per patologia alcolcorrelata)
	esame metaboliti urinari
	prescrizione di esami di patologia clinica e diagnostica strumentale
	invio verso U.O. ospedaliera
	colloquio informativo-educativo
Trattamento psicologico	colloquio psicologico
	psicoterapia individuale
	psicoterapia familiare
	psicoterapia di coppia
	psicoterapia di gruppo
Trattamento sociale	colloquio di servizio sociale
	colloquio di consulenza individuale
	colloquio di consulenza familiare



	visita domiciliare
Consulenze a Medicina Legale per revisione patenti	attivazione/inserimento presso risorse degli Enti Locali
	visita medica
	esame metaboliti urinari
	colloquio psicologico
	Test psicodiagnostico
Riabilitazione residenziale	Colloquio di servizio sociale
	colloquio di accoglienza
	pratiche per ingresso e permanenza in strutture protette (comunità socio-educativa e terapeutica)
	pratiche per pagamento struttura protetta (comunità socio-educativa e terapeutica)
	consulenza ad operatori di E.A.
Riabilitazione semi-residenziale	visita periodica di controllo
	colloquio di accoglienza
	terapia occupazionale
	terapia di gruppo
Logistica e supporti	colloquio di consulenza individuale
	produzione dati (reperimento, aggiorn.to, trasm.ne)
	report periodico (trimestrale) dati epidemiologici
	distribuzione presidi sanitari
Attivazione della rete territoriale	consulenza a Enti Locali
	consulenza medici m.g
	consulenza presso luoghi di lavoro
	invio per presa in carico verso altra U.O. o privati



6. La programmazione, la regolazione e la gestione delle risorse



6.1 La rete dei servizi integrati

Negli ultimi decenni si è assistito ad uno sviluppo quantitativo e, soprattutto, qualitativo dell'operato del privato sociale nell'ambito dell'assistenza ai tossicodipendenti. In questo settore si è anticipata una strategia ripresa poi ampiamente in tutto il settore sanitario: il servizio pubblico diviene acquirente dei servizi erogati da terzi, e si fa garante nei confronti della popolazione sulla loro qualità. Quest'ultimo punto dovrà essere ampiamente sviluppato, anche nello stesso ambito dei servizi pubblici direttamente erogati alla popolazione.

Per alcuni anni si è assistito ad una contrapposizione, a volte anche ideologica tra servizio pubblico e privato, nell'ambito delle tossicodipendenze, che ha creato difficoltà a sviluppare scambi produttivi. Questo elemento di crisi si è esasperato fino al punto di costituire elemento di riflessione e di cambiamento, producendo l'avvio di processi, reciprocamente utili, di confronti operativi, di ampliamento delle conoscenze, di capacità di programmazioni congiunte e, soprattutto, di utilizzazione in modo integrato di tutte le risorse esistenti.

Gli aspetti che hanno caratterizzato il contributo specifico dei servizi pubblici e privati sono stati identificati in: *"competenza professionale dei servizi pubblici; presenza di istanze etiche e di valori solidaristici dei servizi privati"* (Cancrini, Giannotti, Albanesi, 1997). Anche se questo schema non deve essere considerato in modo rigido o statico, è pur utile sottolineare come entrambe le componenti siano indispensabili per il trattamento delle dipendenze: la capacità di stabilire una regolazione affettiva, comportamentale e relazionale si deve basare anche sulla disponibilità di un ambiente sicuro che offra continuità e globalità dell'esperienza. Tale ambiente, nonostante gli apporti ed i contributi del lavoro di gruppo, non è sufficientemente assicurato dall'organizzazione dei servizi pubblici. D'altra parte alcune funzioni strettamente terapeutiche, alcune garanzie di "mediazione sociale", l'integrazione del problema della dipendenza nell'ambito di una più vasta politica sulla salute della popolazione sono realizzabili quasi esclusivamente dal servizio pubblico.

La rete integrata di servizi, per essere dinamica e produttiva, deve garantire che ogni suo componente possa mantenere la propria identità specifica e le proprie caratteristiche di base. Il risultato primario di una rete costruita su tale presupposto è rappresentato dalla



possibilità di formulare offerte terapeutiche più articolate e, quindi, maggiormente corrispondenti alla complessità del problema in oggetto.

La programmazione comune tra pubblico e privato con la condivisione di finalità, obiettivi, strategie e risultati attesi, esperita per l'elaborazione del presente Progetto – obiettivo, costituisce il prodromo per costruire anche strumenti operativi e criteri valutativi condivisi.

Il recente Atto di Intesa Stato- Regioni stabilisce gli attuali "requisiti minimi standard per l'autorizzazione al funzionamento e per l'accreditamento dei servizi privati di assistenza alle persone dipendenti da sostanze di abuso" (5.8.99).

Le aree di servizi, ai fini dell'accreditamento, previste sono raggruppate nelle seguenti azioni (aree di prestazioni)

- a. Servizi di accoglienza
- b. Servizi terapeutico – riabilitativi
- c. Servizi di trattamento specialistico
- d. Servizi pedagogico-riabilitativi
- e. Servizi di tipo multidisciplinare integrato (art. 10, Atto di Intesa Stato- Regioni)

L'accesso degli utenti ai servizi b,c,d, avviene "previa valutazione diagnostica multidisciplinare da parte dei servizi pubblici o dei servizi accreditati a tal fine dalla Regione, nei limiti dei posti programmati, nelle medesime aree, dalle Aziende"

L'accesso ai servizi a, e, avviene secondo "le modalità stabilite dall'Azienda che li acquista" (art. 19, Atto di Intesa Stato- Regioni)

Nel modello dipartimentale previsto collaborano, con pari dignità, servizi pubblici e privati. La funzione aggiuntiva del servizio pubblico è quella di regolatore di un sistema, e al contempo di garante della sua continuità: il Responsabile del Dipartimento è unico per ogni territorio Aziendale ed è un Dirigente Sanitario del servizio pubblico. I Responsabili delle Aree Funzionali Omogenee sono nominati sia dal servizio pubblico, sia dagli enti Ausiliari accreditati. Entrambi hanno compiti di programmazione, coordinamento, orientamento, valutazione e rispondono congiuntamente del raggiungimento degli obiettivi nei confronti del Dipartimento e della Regione. Tutto il personale addetto nel settore, sia pubblico sia privato, coordinato dalle AFO concorre quindi al raggiungimento dei medesimi obiettivi. La linea produttiva delle Unità Operative potrà ampliare le forme di integrazione pubblico-privato: in un primo tempo verranno messi in rete prodotti erogati da soggetti differenti, in un secondo tempo potranno essere sperimentate collaborazioni nella medesima Unità Operativa, con una maggiore integrazione di strategie e metodologie di

lavoro (ad esempio gestendo con due operatori, uno del servizio pubblico, uno del privato sociale, la medesima attività di C.I.C. all'interno di un Istituto scolastico)

La Regione Lazio, con apposito atto deliberativo da emanare entro 90 giorni dall'approvazione del presente progetto obiettivo, recepirà l'atto d'intesa Stato/Regioni e definirà i criteri, le norme e le modalità per inoltrare domande di autorizzazione e di accreditamento per gli Enti interessati.

6.4 Gli altri attori di supporto al piano regionale

Altro attore centrale per la realizzazione della rete integrata di servizi è costituito dagli Enti Locali. Con essi andrà realizzata l'integrazione socio-sanitaria, come previsto dal D.L.229/99, raccordando l'impegno delle risorse immesse nel sistema dei servizi e coordinando le prestazioni da erogare. Per quanto concerne il Comune di Roma, le singole Aziende Unità Sanitarie Locali si collegheranno alle singole Circoscrizioni, in intesa con l'Agenzia Comunale per le Tossicodipendenza, a cui sono attribuite le competenze e le funzioni in materia di tossicodipendenze già dell'Amministrazione Comunale (Deliberazione del Comune di Roma n.98/98) e con il CRARL per quanto attiene all'alcolodipendenza. Le altre Aziende Unità Sanitarie Locali si collegheranno con i singoli Comuni, in intesa con i coordinamenti comunali delle Province, esistenti o da promuovere.

Ulteriore supporto potrà essere offerto da intese con Istituti Universitari e di ricerca, con cui attivare sia progetti di studio e di indagine (di norma, ricerche-intervento), sia intese per specifici tirocini universitari, post-universitari e scambi formativi.



7. Le risorse

• 7.1. Attuale distribuzione delle risorse

E' stato compiuta una prima analisi della quantità delle risorse disponibili nei servizi pubblici e nei servizi privati accreditati, nel campo delle dipendenze.

L'esame di tali dati mette subito in evidenza l'inadeguatezza della quantità di risorse disponibili, inadeguatezza ancor più grave alla luce degli obiettivi che la Regione Lazio si pone. E' centrale, pertanto, oltre a predisporre nel tempo una maggiore destinazione di risorse dedicate al problema delle dipendenze, ottimizzare e valutare costantemente la attuale distribuzione delle stesse.

(Le tabelle ed i grafici relativi a questa sezione sono riportati nell'allegato B)

7.1.1. Le risorse umane

Le figure professionali maggiormente presenti nei Ser.T. (vedi tabelle 5 - 9 e grafici 3 - 5) sono i medici e gli infermieri; i primi sono più numerosi se si considera il numero assoluto di persone che ruotano su un medesimo posto in organico; i secondi sono più numerosi quanto il calcolo è effettuato su base oraria standard (38 o 36 ore settimanali). I medici rappresentano la categoria professionale che, più di altre, risente di una forte rotazione di personale, creando frammentazioni negli interventi, difficoltà a strutturare un vero intervento di equipe e quindi ad erogare prestazioni inserite in trattamenti integrati. Ciò trova corrispondenza nella tipologia dei trattamenti erogati prima esposta (prioritariamente di ordine farmacologico). Considerate i dati regionali, calcolati su base oraria standard, in ogni singola sede nella regione sono presenti in media 3,4 infermieri, 2,9 medici, 2,2 psicologi, 1,7 assistenti sociali. La carenza principale è quindi proprio su queste ultime due categorie professionali (ed anche ciò trova riscontro nella tipologia di trattamenti effettuati), e denota una mancanza di valorizzazione, in ambito regionale, di tali professioni nel campo delle dipendenza. Tale dato è ancor più grave alla luce dell'attuale programmazione, in base a cui è necessario uno sforzo di innovazione verso politiche preventive e di integrazione delle reti, in cui le figure e le competenze psicologiche e sociali sono di fondamentale e prioritaria importanza.

Altro dato esaminato (tab.10, graf. 6) è il rapporto tra utenza tossicodipendente e unità di personale (su base oraria standard). Tale dato deve essere letto con attenzione: infatti non è relativo alla quantità o alla tipologia di prestazioni erogate, né all'utenza totale contattata (ad esempio non sono registrati gli utenti di counseling scolastico, di attività

preventiva, di familiari di tossicodipendenti, ecc.) e quindi non corrisponde alla totalità dell'utenza comunque in carico dei singoli servizi. Generalmente più è elevato il numero di tossicodipendenti in trattamento ambulatoriale, più diviene difficile per i singoli servizi erogare prestazioni di tipo preventivo o dedicate ad utenza "non tradizionale". Secondo questa lettura la ASL che ha il peggior rapporto quantitativo utenza/personale è la Roma B; il miglior rapporto è nella Azienda di Rieti, ed in territorio urbano nella Roma A.

Ulteriore analisi (tab.11, graf. 7) è data dal rapporto tra popolazione residente appartenente ad una delle fasce d'età a rischio (15-44 anni) e unità di personale (su base oraria standard). Utilizzando tale parametro è possibile scegliere i "bisogni stimati" quale criterio di allocazione delle risorse. Le Aziende con migliore e peggiore rapporto popolazione/personale sono le medesime della prima lettura, mentre tutte le altre Aziende hanno collocazioni leggermente differenti.

Per quanto concerne le risorse umane degli EE.AA. (vedi tabelle 12 -15 e grafici 8 - 13), esse sono suddivise secondo la tipologia di servizio offerto (residenziale, semiresidenziale e non residenziale). Le figure professionali maggiormente presenti in tali strutture sono gli psicologi e gli operatori di comunità. Ciò è in sintonia con la tipologia di trattamenti forniti da tali Enti, prevalentemente di tipo psico-sociale e riabilitativo.

7.1.2. Le risorse fisiche

Le risorse fisiche esaminate sono relative alle sole strutture pubbliche (vedi tabelle 16-19 e grafici 14-16). Pochissime sedi hanno tutte le tipologie di locali previste come requisiti minimi dalla normativa vigente. Gli unici locali che sono mediamente disponibili in modo sufficiente in ogni sede sono: almeno un locale per ambulatorio medico, almeno un locale per attività psicologica, e due locali per servizi igienici (uno per operatori ed uno per utenti). Grave carenza è relativa alle attività meno standardizzate (attività non terapeutiche, locale per lavoro di equipe, ecc.) e per attività di accoglienza. La carenza di locali per l'attesa spesso coincide con i noti problemi di insofferenza verso l'utenza dei servizi, che soggiorna esternamente agli ambulatori stessi.

7.1.3. Le risorse tecniche

Le risorse tecniche esaminate (tab. 20) sono relative alle sole strutture pubbliche. Sono state censite le risorse relative:

- alle autovetture (indispensabili per attività di "Unità di strada" e necessarie - soprattutto in provincia - per raggiungere i diversi Comuni insistenti nel territorio),
- ai supporti informatici (indispensabili per il monitoraggio delle attività),

- alla dotazione di laboratori per metaboliti urinari o di altra tipologia di analisi,
- al materiale audiovisivo (generalmente utilizzato o in ambito riabilitativo o per attività di formazione).

Le risorse comunque disponibili in ogni sede sono esclusivamente di tipo informatico. Strumentazione per analisi dei metaboliti urinari è disponibile all'interno delle sedi solo in 5 ASL su 12.

7.1.4. Le risorse economiche

Le risorse economiche esaminate sono relative alle sole strutture pubbliche (vedi tabelle 21-24). Poche Aziende sono state in grado di fornire dati di bilancio sui costi e sulle entrate dei servizi per le tossicodipendenze. Ciò rispecchia una generale difficoltà di passaggio delle informazioni tra area amministrativa ed area sanitaria delle aziende. I dati comunque disponibili sono relativi ai fondi gestiti dai servizi stessi (con gestione virtuale, ovvero reale), generalmente relativi al Fondo Nazionale Lotta alla Droga (finanziamento anno 1996).

• 7.2. Requisiti standard previsti per le risorse

Le risorse umane, fisiche, tecniche ed economiche non sono, al momento, in ambito regionale sufficienti a soddisfare gli standard previsti dalla normativa vigente.

Il D.M. del 30/11/90 n.444 indica la dotazione di risorse standard per le differenti tipologie di servizi (bassa - media - alta utenza), valutati in base alle prestazioni erogate, con i correttivi da apportare in funzione dell'entità della popolazione di una delle fasce di età a rischio (11-39 anni) e in funzione di particolari tipologie di attività (ad esempio attività presso istituti penitenziari).

Data la attuale necessità di conciliare il raggiungimento degli obiettivi di salute previsti con il contenimento della spesa sanitaria, è necessario ottimizzare le risorse esistenti. Ciò comporta che le risorse umane del servizio pubblico siano utilizzate non solo in compiti di erogazione diretta di prestazioni, ma anche di coordinamento e promozione delle opportunità locali, con la finalità di attivare in tal modo risorse (anche professionali) esistenti, che al momento sono frammentate e disorganizzate. Inoltre le risorse tecniche e fisiche andranno utilizzate al massimo delle loro potenzialità, adoperando gli spazi esistenti in orari di apertura al pubblico più ampi, e coordinando un uso multiplo delle risorse tecniche.



Legge 18 maggio 1989 n.183 Difesa del Suolo - DPR n° 331 del 9 maggio 2001 - Ripartizione fondi finalizzati al finanziamento degli interventi in materia di difesa del suolo per il quadriennio 1998-2001

Nuovi interventi finanziati

Autorità di bacino	Comune	Denominazione intervento	Categoria intervento	Importo richiesto	
				lire	euro
Fiora	Valentano	Completamento del consolidamento delle pareti rocciose ubicate in via Marconi e Via delle Mura	Bonifica dissesto gravitativo	L. 445.000.000	€ 229.823
Fiora	Valentano	Regimazione torrente Olpetra	Bonifica dissesto idraulico	L. 80.000.000	€ 41.317
Fiora	Vari	Mantenzione ordinaria dei corsi d'acqua	Mantenzione	L. 163.640.000	€ 84.182
Tronto	Amatrice	Bonifica del dissesto in località Prato	Bonifica dissesto gravitativo	L. 370.000.000	€ 191.089
Tronto	Vari		Mantenzione	L. 37.731.600	€ 19.487
Totale				L. 57.567.371.600	€ 29.730.756



Proposte di interventi strategici da finanziare con i fondi indivisi (DPR 331 art. 2 comma c)

Autorità di bacino	Comune	Denominazione intervento	Categoria intervento	Importo richiesto	
				lire	euro
Regionale	Ariccia	Sistemazione idraulica Fosso Fontana di Papa, incrocio tra via Nettunense e via Perrucca	Bonifica dissesto idraulico	L. 5.670.000.000	€ 2.928.311
Regionale	Tarquinia	Interventi di riassetto idrogeologico della maremma laziale attraversata dal fiume Marta	Bonifica dissesto idraulico	L. 6.750.000.000	€ 3.486.084
Tevere	Roma Fiumicino	Mantenzione straordinaria del corpo arginale in corrispondenza delle zone soggette a cedimenti, opere di consolidamento, ripristino officiosità idraulica alveo.	Bonifica dissesto idraulico	L. 65.000.000.000	€ 33.569.698
Tevere	Roma	Sistemazione del circondario idraulico di Roma nord zona Labaro Prima Porta, Due Poni, serpentina	Bonifica dissesto idraulico	L. 50.000.000.000	€ 25.822.845
Tevere	Roma	Sistemazione annessamento e potenziamento degli impianti idrovori del circondario idraulico di Roma nord	Bonifica dissesto idraulico	L. 15.000.000.000	€ 7.746.853
Tevere	Castel Sant'Angelo Città Ducale	Rimozione della pericolosità idraulica nella Piana di San vittorino conseguenti a sprofondamenti interessanti i corpi arginali.	Bonifica dissesto idraulico	L. 9.400.000.000	€ 4.854.695
Fiora	Casinio	Consolidamento parete ovest del Centro storico	Bonifica dissesto gravitativo	L. 8.000.000.000	€ 4.131.655
Totale				L. 159.820.000.000	€ 82.540.142

3/3



Tab. 25 - Programmazione input

risorse fisiche : ass.ambulatoriale	n. totale di locali per sede	soglia minima entro un anno	soglia minima entro triennio	Configurazione dei centri di attività per Azienda
locale per accoglienza utenza, segreteria informazioni	9,5	17	1	1 ambulatorio per distretto - orario di apertura 8 ore al giorno (fermo restano i riferimenti di ulteriore normativa)
locale per l'attesa	0,5		1	
ambulatorio medico	0,5		1	
ambulatorio per attività psicologica	1,5		2	
ambulatorio per attività di assistenza sociale	1,5		2	
area per attività di gruppo	1		2	
altri locali per attività non terapeutica	0,5		1	
servizi igienici utenti per raccolta urine	0,5		1	
servizi igienici e spogliatoi operatori	1		1,5	
locali per conservazione farmaci, che garantiscono sicurezza	1		1,5	
locale per segreteria amministrativa	0,5		1	
altro locale per riunioni di equipe (distinto dagli ambulatori)	0,5		1	
spazio archivio con garanzie strutturali per la privacy	0,5		1	
altro				
risorse fisiche : semiresidenz./ residenz.	n. totale di locali	10	11	per ogni ASL: 1 centro diurno 1 centro prima accoglienza diurno 1 centro prima accoglienza notturno
camera da letto con max. 8 posti				
servizi igienici	2		2	
locali pranzo soggiorno	1		1	
locali per cucina dispensa	1		1	
lavanderia guardaroba	1		1	
locali per responsabile struttura	1		1	
locali per operatori	1		2	
servizi igienici operatori	1		1	
locali per attività riabilitativa	2		2	
altro				



risorse economiche	fondo della quota capitaria attribuito al Servizio/Settore/dipartimento dall'Azienda	soglia minima entro un anno	soglia minima entro triennio	Configurazione dei centri di attività per Azienda
		1,50%	2,00%	Configurazione delle 5 tipologie di UU.OO. quali Centri di Costo; Le UU.OO. Adolescenti, dipendenze "tradizionali" devono essere a scala distrettuale; le altre possono essere interdirezionali
risorse umane	medico	3	4	dotazione organica per le 5 UU.OO. : disagio adolescenti e giovani adulti, detenuti ed ex-detenuti, dipendenze "tradizionali", nuove dipendenze, alcool dipendenza.
	psicol.	3	4	
	ass. soc.	3	4	
	inferm.	3	4	
	amministr.	1	2	
	educ. prof.	1	2	
	altro	1	2	
risorse tecniche	autoveiture	0,5	1	per ogni ASL: Unità di Strada giovani 1 Unità di Strada di prima accoglienza
	computer	1	1	1 centro di analisi
	strumentaz. analisi metaboliti urinari		0,5 (salvo diversa organizzazione su base aziendale)	
	materiale vario audiovisivo		0,5	
	strumentaz. primo intervento e farmaci salvavita	1	1	
	strumentaz. attività terapeutica (medica e psicologica)	secondo attività	secondo attività	



8. I livelli di coordinamento regionale

8.1 - Coordinamento tra Aree Funzionali omogenee aziendali

Il modello dipartimentale a matrice permette di costruire interconnessioni anche a differenti livelli organizzativi (scambi intra-aziendali, tra pubblico e privato, tra aziende, Enti Ausiliari e Regione).

A livello regionale si costituiscono cinque Gruppi di Coordinamento composti dai 12 Responsabili e dal Responsabile del Centro di Riferimento o suo delegato (uno per ogni territorio aziendale):

- Coordinamento Prevenzione
- Coordinamento Diagnosi e trattamento
- Coordinamento Riabilitazione e Reinserimento sociale e lavorativo
- Coordinamento Promozione delle reti
- Coordinamento Qualità e Formazione

Tali Gruppi devono produrre:

- ◊ Report regionale relativo allo stato di raggiungimento degli obiettivi di Area fissati (con cadenza annuale)
- ◊ Linee Guida Regionale su almeno un'azione strategica di singola Area (con cadenza biennale)

Ogni singolo Gruppo di Coordinamento stabilirà, ad inizio lavori, la metodologia comune di riferimento, il calendario degli incontri, la suddivisione dei lavori, e li comunicherà all'Ufficio Speciale Tutela Soggetti Deboli dell'Assessorato Salvaguardia e Cura della Salute. Gli incontri dovranno avere cadenza media bimestrale.

Il Gruppo di Coordinamento Qualità e Formazione sarà in connessione con gli altri organismi di valutazione regionali, in particolare con l'Agenzia di Sanità Pubblica, che con un suo esponente, parteciperà al Gruppo di Coordinamento stesso.

8.2 - Commissione Regionale Unica Disagio, Abuso e Dipendenza

Con successivo decreto verrà costituita la Commissione Regionale Unica Disagio, Abuso e Dipendenza con il compito di attuare gli obiettivi previsti dal Progetto Obiettivo Regionale, di individuare specifiche strategie d'intervento anche innovative, di promuovere attività regionali di aggiornamento e formazione, di formulare e sviluppare proposte di

programmazione regionale, di diffondere in ambito regionale ed extraregionale i risultati delle sperimentazioni, e le valutazioni del raggiungimento degli obiettivi anche convocando specifiche conferenze pubbliche.

Sono componenti della CRUAD:

- i Responsabili dei Dipartimenti delle 12 AA.SS.LL. del Lazio;
- cinque referenti dei coordinamenti di AFO previsti dal punto 8.1;
- un rappresentante nominato dall'Agenzia per le Tossicodipendenze del Comune di Roma;
- il Responsabile del Centro di Riferimento Regionale alcologico;
- un rappresentante nominato dall'Agenzia di Sanità Pubblica;
- un rappresentante nominato dall'Assessorato Qualità della Vita;

I lavori della CRUAD sono coordinati dal Responsabile dell'Ufficio Tossicodipendenze della Regione.

9. Il Progetto – obiettivo nel triennio

Quanto indicato nel presente progetto – obiettivo dovrà essere realizzato nel triennio 2000-2003. Il modello organizzativo esposto andrà attuato entro sei mesi dalle singole Aziende, per poter dare avvio a tutta la progettualità prevista.

Per mantenere una costante impostazione dinamica del progetto stesso, durante il triennio potranno essere emanate integrazioni e correttivi al fine di migliorare costantemente la qualità dei servizi erogati. Come già evidenziato, sarà necessario avviare un monitoraggio costante dello stesso modello organizzativo.

Sarà promossa la sperimentazione di alcune particolari linee di attività, in considerazione della innovatività che esse presuppongono: ad esempio, in questo ambito, ogni singola Azienda potrà farsi promotrice del potenziamento di una di tali linee (prima accoglienza, residenzialità, Unità di strada Giovani, ecc.), in accordo con la programmazione per obiettivi promossa dai Gruppi di Coordinamento delle Aree Funzionali Omogenee.



Allegato A – Individuazione indicatori

(Deployment mission, obiettivi, risultati attesi, Indicatori ed eventuali standard)

Indice allegato A:	
Collegamento tra mission ed obiettivi:	
Individuazione indicatori per outcomes della mission A: "la riduzione della domanda"	pag. 1
Individuazione indicatori per outputs della mission A: "la riduzione della domanda"	pag. 2
Individuazione indicatori per outcomes della mission B: "il miglioramento della qualità della vita"	pag. 5
Individuazione indicatori per outputs della mission B: "il miglioramento della qualità della vita"	pag. 9
Individuazione indicatori per outcomes della mission C: "un sistema di qualità"	pag. 13
Individuazione indicatori per outputs della mission C: "un sistema di qualità"	pag. 18
	pag. 21



Collegamento tra missions ed obiettivi

cod.		Obiettivi generali
Mission A: La riduzione della domanda (Prevenzione - "nuove droghe" - mondo giovanile)	A1	Contribuire alla definizione ed alla realizzazione delle strategie aziendali in tema di prevenzione primaria
	A2	Definire una strategia locale complessiva di contrasto del fenomeno della droga, collaborando con tutte le istituzioni coinvolte
	A3	Estensione della competenze a tutti i fattori di disagio propeudutici a qualsiasi tipologia di dipendenza
	A4	Aumentare la percentuale di consumatori in contatto con il sistema di assistenza, con particolare riferimento ai giovani con problemi collegati alle "nuove droghe"
Mission B: Il miglioramento della qualità della vita (Diagnosi - Trattamento - Riduzione del danno - Riabilitazione)	B1	Ridurre la mortalità e la morbosità legate alla tossicodipendenza e/o all'abuso da sostanze
	B2	Garantire l'offerta di prestazioni terapeutiche ed assistenziali ritenute valide ai fini dell'aiuto alla persona con problemi di abuso ed alle persone coinvolte
	B3	Aumentare la quota di soggetti che, dopo il contatto con il sistema di assistenza, iniziano a completare i trattamenti previsti e recuperano un accettabile livello di integrazione sociale
	B4	Ampliamento della gamma delle alternative terapeutiche
	B5	Individuare strategie e di piani di intervento, sviluppando anche una rete con il mondo del lavoro, per il reinserimento sociale e lavorativo
Mission C: Un sistema di qualità (Ricerca - Valutazione - Formazione)	C1	Monitorare le dimensioni dei fenomeni di abuso, offrendo una definizione epidemiotologica delle caratteristiche locali del problema
	C2	Monitoraggio continuo della qualità, attraverso metodi e procedure comuni in ambito regionale
	C3	Valutare periodicamente i risultati terapeutici ed il conseguimento degli obiettivi assistenziali
	C4	Assicurare percorsi formativi permanenti per il personale



Risultati attesi - individuazione indicatori per outcomes della mission A: "la riduzione della domanda"

obiettivi	Outcomes	Indicatori	Standard di riferimento
A1	1 aumento del numero di giovani raggiunti in maniera efficace	1 n. primi contatti / n. contatti	25%
		2 n. fraffamenti in seguito a contatto / n. primi contatti	25%
		3 n. utenti 15 - 25 anni / n. utenti	
A1	2 estensione di programmi di prevenzione in scuole	n. utenti 15 - 25 anni che hanno usufruito di programmi integrati tra più servizi / n. utenti 15 - 25 anni	
		5 n. programmi allivati	
A1	3 incremento presenza attiva nel mondo giovanile, centri aggregativi, comunità, aziende anche con sostegno a situazioni di difficoltà	6 n. studenti afferenti CIC / n. studenti	Incremento 20 % annuo
		7 n. scuole con interventi CIC/ n. scuole del territorio	50% scuole medie superiori
		8 n. progetti eseguiti	
		9 n. contatti Uds di popolazione 15-25 anni / n. contatti Uds	
		10 n. utenti 15 - 25 anni / n. utenti	Incremento 10% annuo
		11 n. uscite Uds giovani	3 a settimana
		12 n. inviti a servizi competenti / n. contatti	
A2	4 costruzione di un'ottica comune tra le istituzioni coinvolte	13 n. incontri tra istituzioni	
		14 n. documenti comuni redatti	
A2	5 ottimizzazione delle risorse (anche professionali) esistenti	15 n. progetti comuni eseguiti	
		16 n. protocolli tra servizi	



Risultati attesi - Individuazione Indicatori per outcomes della mission A: "la riduzione della domanda"

			35	n. utenti "non eroinomani" / n. utenti n. utenti "non eroinomani" x n. utenti "eroinomani" / n. utenti	
			36		
A4	11	aumento di conoscenza del fenomeno; acquisire dati epidemiologici attendibili	37	n. utenti 15 - 25 anni / n. utenti	
			38	n. indagini epidemiologiche annue	1 indagine annua
			39	n. indagini pubblicate	
A4	12	cura e riabilitazione dei TD che ora fanno parte del sommerso	40	n. "mappe" locali redatte, con censimento di luoghi di aggregazione, diffusione sostanza, ecc.	
			41	n. nuovi contatti / n. trattamenti in corso	
			42	n. nuovi contatti con TD con dipendenza > 5 aa. media differenza tra data prima assunzione e data primo contatto con servizi	incremento 30% annuo
A3/A4	13	aumento persone in trattamento	44	n. utenti anno in corso / n. utenti anno precedente	incremento 10% annuo



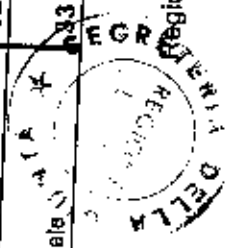
Risultati attesi - Individuazione indicatori per outputs della mission A: "la riduzione della domanda"

obiettivi	Outputs	Indicatori	Standard di riferimento
A4	attivazioni reti di sostegno basate sull'auto aiuto e sul gruppo dei pari per giovani, famiglie, e adulti di riferimento: attività di informazione e counseling	1 n. gruppi di auto-aiuto	
		2 n. persone frequentanti gruppi di auto-aiuto	
		3 n. colloqui di counseling familiare	
		4 n. famiglie di utenti in trattamento / n. utenti	
A4		5 n. interventi informativi	
	interventi per utenti consumatori di "nuove droghe"	6 n. trattamenti anno in corso "non eroinomania" / n. trattamenti anno precedente "non eroinomania"	incremento 10% annuo
		7 n. utenti "non eroinomania" / n. utenti	
A4		8 n. utenti "non eroinomania" x n. utenti "eroinomania" / n. utenti	
	interventi per adolescenti a rischio	9 n. contatti popolazione 15-25 anni / n. contatti	
		10 n. contatti popolazione 15-25 anni / n. popolazione 15-25 anni	incremento 10% annuo
A4	interventi di equipe, anche informativi, nei luoghi di aggregazione giovanile	11 n. luoghi aggregazione giovanile coinvolti	
		12 n. interventi anno in corso / n. interventi anno precedente	
		13 n. uscite UoS giovani	3 a settimana
A4	interventi di equipe nella scuole	14 n. materiale informativo distribuito	
		15 n. scuole con interventi CIC / n. scuole del territorio	50% scuole medie superiori



Risultati attesi - individuazione indicatori per outputs della mission A: "la riduzione della domanda"

			16	n. interventi CIC anno in corso / n. interventi CIC anno precedente	
A4	f	interventi di rete coordinati	17	n. studenti afferenti CIC / n studenti	incremento 20 % annuo
			18	n. progetti comuni eseguiti	
			19	n. protocolli di intesa tra organismi	
			20	n. incontri tra organismi	
A4	g	formazione ad hoc del personale sulle "nuove droghe"	21	n. attori firmatari di protocolli di intesa	
			22	n. corsi attivati su "nuove droghe" / n. corsi attivati / n. operatori partecipanti corsi su "nuove droghe" / n. operatori	
A1	h	relazioni dirette con la Direzione Aziendale	23	n. incontri ufficiali del Dipartimento con Direzione Aziendale	3 anni
A1	i	coordinamento tra i servizi aziendali che intervengono a favore della popolazione scolastica e giovanile	24	istituzione del coordinamento con DMI e DSM	
			25	n. incontri di coordinamento	
A1	l	funzionalità dei servizi, tramite attivazione di reti	26	n. progetti eseguiti in coordinamento	
			27	n. attori coinvolti / n. attori esistenti nel territorio	
			28	n. protocolli di intesa nel territorio	
A1	m	interventi multitematici rivolti alle popolazioni giovanili	29	n. attori firmatari di protocolli di intesa nel territorio	
			30	n. interventi multitematici rivolti a gruppi giovanili / n. interventi rivolti a gruppi giovanili	
A1	n	integrazione degli interventi a livello aziendale	31	n. programmi di educazione alla salute	
			32	n. incontri ufficiali fra Unità Operative di differenti Servizi/Dipartimenti	
			33		



Risultati attesi - individuazione indicatori per outputs della mission A: "la riduzione della domanda"

A2	o	costruzione della rete tra organismi pubblici e privati	34	n. progetti eseguiti in collaborazione tra differenti servizi	
			35	n. protocolli di intesa tra organismi pubblici e privati	
			36	n. incontri tra organismi	
			37	n. utenti invitati reciprocamente / n. utenti	
			38	n. utenti trattati in modo integrato / n. utenti n. aziende che deliberano modello dipartimentale	
			39	previsto	12 ASL
A2	p	costruzione e coordinamento della rete socio-sanitaria	40	n. EE.AA. accreditati che si inseriscono nel modello dipartimentale previsto	100% EE.AA. accreditati
			41	n. protocolli di intesa tra ASL ed Enti Locali	
			42	n. incontri ufficiali tra organismi	
A3	q	attività di prevenzione primaria	43	n. utenti trattati in modo integrato / n. utenti	
			44	n. contatti anno in corso / n. contatti anno precedente	
A3	r	coordinamento dei servizi territoriali che intervengono a favore della popolazione scolastica e giovanile	45	n. progetti di prevenzione primaria eseguiti	
			46	istituzione del coordinamento ASL, Provveditorato agli Studi, risorse esterne	
			47	n. incontri di coordinamento	
A3	s	programmi di sensibilizzazione e coinvolgimento degli organismi pubblici e privati preposti al problema	48	n. progetti eseguiti in coordinamento	
			49	n. seminari annui	
A3	t	reti integrate rivolte alle famiglie e agli adulti di riferimento	50	n. organismi coinvolti	
			51	n. tipologie di prestazioni rivolte a famiglie e adulti di riferimento	



Risultati attesi - individuazione indicatori per outputs della mission A: "la riduzione della domanda"

		52	n. tipologie di prestazioni rivolte a famiglie e adulti di riferimento offerte in modo integrato da più organismi	
		53	n. prestazioni rivolte a famiglie e adulti di riferimento offerte in modo integrato da più organismi	



Risultati attesi: individuazione Indicatori per outcomes della mission B: "Il miglioramento della qualità della vita"

obiettivi	Outcomes	Indicatori	Standard di riferimento
B1	1 diminuzione patologie correlate	1 n. utenti con patologia correlata anno in corso / n. utenti con patologia correlata	
B1	2 miglioramento delle condizioni psicofisiche dei TD	2 n. programmi di prevenzione per patologie correlate	
		3 n. ricoveri utenti / n. utenti	riduzione 15% annuo
		4 n. utenti con trattamenti ripetuti annui / n. utenti	
B1	3 riduzione incidenza infezioni (HIV, epatiti, TBC...)	5 n. utenti che raggiungono obiettivi prefissati da equipe / n. utenti (audit clinico)	
		6 n. utenti con patologia correlata anno in corso / n. utenti	riduzione 2% annuo
B1	4 riduzione morti per overdose	7 n. utenti vaccinati / n. utenti totali	
		8 n. morti per overdose anno in corso / n. morti per overdose anno precedente	
B1	5 uso congruo farmaci sostitutivi	9 n. utenti asintomatici da eroina durante trattamento / n. utenti in trattamento	riduzione 10% annuo
		10 n. utenti che raggiungono obiettivi prefissati da equipe / n. utenti (audit clinico)	
B1	6 riduzione mortalità per incidenti automobilistici collegati ad uso di sostanze	11 n. trattamenti interrotti / n. trattamenti	
		12 n. morti per incidenti automobilistici 15-25 anni del sabato sera	
		13 n. fermi stradali di guidatori sotto effetto di sostanze / n. fermi stradali	
		14 n. morti per incidenti automobilistici per effetto di sostanze	
B3	7 aumento dei TD che si distaccano dalle sostanze di abuso	15 n. utenti che raggiungono stato di asinenza (da DSM IV) / n. utenti	
		16 n. trattamenti completati / n. trattamenti iniziati	
		17 n. controlli metaboliti urinari negativi / n. controlli eseguiti	riduzione 20%



Risultati attesi: individuazione indicatori per outcomes della mission B: "il miglioramento della qualità della vita"

B3	8	aumento utenti immessi in programmi di inserimento lavorativo	18	n. utenti con trattamenti ripetuti / n. utenti.	riduzione 5 % annuo
			19	n. borse lavoro assegnate	
			20	n. utenti con attività lavorativa > 3mesi / n. utenti totale	
B3	9	recupero dell'utenza che ha abbandonato o interrotto il trattamento	21	n. utenti inseriti / n. utenti	aumento 10%
			22	n. utenti che riprendono trattamenti dopo interruzioni / n. utenti che interrompono trattamento	
B2	10	aumento delle persone in contatto con i servizi	23	n. utenti con trattamenti ripresi / n. utenti con trattamenti interrotti	
B2	11	aumento del TD "sommersi"	24	n. nuovi contatti / n. trattamenti in corso	
			25	n. nuovi contatti con TD con dipendenza >5 aa.	
			26	n. nuovi contatti / n. trattamenti in corso	
			27	anni di dipendenza al primo contatto dei nuovi utenti / anni di dipendenza al primo contatto degli utenti già in trattamento	
B2	12	aumento delle diagnosi e dei piani di trattamento correlati	28	media differenza tra data prima assunzione e data primo contatto con servizi	
			29	n. utenti che raggiungono obiettivi prefissati da equipe / n. utenti (audit clinico)	
			30	n. trattamenti completati / n. trattamenti	
			31	n. incontri di equipe per definizione diagnostica	
			32	n. incontri di equipe per definizione piano terapeutico	
			33	n. utenti con definizioni diagnostiche codificate / n. utenti	



Risultati attesi: individuazione indicatori per outcomes della mission B: "Il miglioramento della qualità della vita"

B4	13	aumento del TD "sommersi"	34	n. nuovi contatti con TD con dipendenza >5 aa.	
B4	14	incremento del numero di utenti di nuova tipologia ("nuove droghe", adolescenti a rischio, altre forme di dipendenza)	35	n. nuovi contatti / n. trattamenti in corso	
			36	n. trattamenti anno in corso "non eroinomani" / n. trattamenti anno precedente "non eroinomani"	incremento 10% annuo
			37	n. utenti "non eroinomani" / n. utenti	
B4	15	maggiore efficacia dovuta a trattamenti più specifici	38	n. utenti "non eroinomani" x n. utenti "eroinomani" / n. utenti	
			39	n. utenti che raggiungono obiettivi prefissati da equipe / n. utenti (audit clinico)	
			40	n. utenti per tipologia trattamenti anno in corso / n. utenti per tipologia trattamenti anno preced.	
B5	16	aumento utenti immessi in programmi di inserimento lavorativo	41	n. trattamenti interrotti / n. trattamenti	
			42	n. borse lavoro assegnate	
			43	n. utenti con attività lavorativa > 3mesi / n. utenti totale	
B5	17	diminuzione della percentuale di disoccupazione del TD ed ex-TD	44	n. utenti inseriti / n. utenti	
B5	18	acquisizione da parte dell'utenza di qualifiche e competenze professionali	45	n. TD occupati / n. TD in trattamento	
			46	n. ex TD occupati / n. ex TD (tramite follow-up a campione)	
			47	n. utenti inseriti in corsi di formazione / n. utenti	
			48	n. utenti inseriti in corsi di formazione occupati entro un anno / n. utenti inseriti in corsi di formazione	
B5	19	aumento della ritenzione al lavoro	49	mesi di lavoro per TD / n. TD	



Risultati attesi: individuazione indicatori per outcomes della mission B: "Il miglioramento della qualità della vita"

B5	20	diminuzione reali connessi allo stato di TD	60	n. utenti che completano programmi di inserimento lavorativo accompagnato
B3/ B5	21	diminuzione recidive	51	n. reali connessi da TD / n. reali popolazione residente
B3/B4	22	aumento compliance ai trattamenti	52	n. utenti già trattati / n. utenti
B3/ B4	23	adeguamento dei trattamenti differenziati allo stato di cambiamento del singolo soggetto	53	n. utenti "in remissione" (da DSM IV) / n. utenti
			54	n. trattamenti non interrotti / n. trattamenti totali
			55	n. controlli metaboliti urinari negativi / n. controlli eseguiti
			56	n. follow-up eseguiti / n. utenti
			57	n. incontri a equippe per aggiornamento definizione piano terapeutico



Risultati attesi: individuazione Indicatori per outputs della mission B: "Il miglioramento della qualità della vita"

obiettivi	Outputs	Indicatori	Standard di riferimento
B1	programmi di reinserimento e di miglioramento della qualità di vita	1 n. trattamenti psicologici	
		2 n. utenti in sostegno psicologico	
		3 n. utenti in psicoterapia	
		4 n. trattamenti farmacologici	
		5 n. utenti in trattamento farmacologico	
		6 n. trattamenti sociali	
		7 n. utenti in trattamento sociale	
B1	attività di Unità di Strada di prima accoglienza	8 n. programmi di reinserimento sociale	
		9 n. contatti anno in corso UdS / n. contatti anno precedente UdS	
		10 n. uscite settimanali UdS	
		11 n. prestazioni UdS	
		12 n. operatori (quota oraria) impegnati in UdS	
		13 n. colloqui informativi UdS	
		14 n. trattamenti psicologici UdS	
		15 n. trattamenti medici UdS	
B1	interventi di educazione sanitaria rivolta a TD	16 n. materiale sanitario distribuito (per tipologia)	
		17 n. gruppi di informazione per educazione sanitaria	2 anni
		18 n. utenti partecipanti a gruppi di educazione sanitaria/ n. utenti	



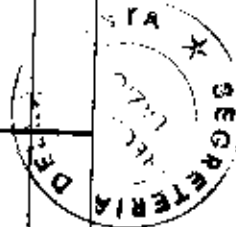
Risultati attestati: individuazione indicatori per outputs della mission B: "Il miglioramento della qualità della vita"

B1	d	attività servizi a bassa soglia	19 n. incontri di educazione sanitaria n. prestazioni in centro di prima accoglienza a bassa soglia diurno	
B1	e	monitoraggio utenti afferenti ai servizi	20 n. prestazioni in centro di prima accoglienza a bassa soglia notturno 21 n. follow-up eseguiti / n. utenti	
B1	f	offerta trattamenti differenziali	22 n. prestazioni per tipologia	
B1	g	test di screening e diagnostici	23 n. tipologie trattamenti 24 n. screening eseguiti	
B1	h	vaccinazioni	25 n. utenti screenati / n. utenti totali 26 n. esami diagnostici prescritti / n. esami diagnostici eseguiti 27 n. utenti a cui prescritti esami diagnostici / n. utenti	100% degli utenti vaccinabili
B3	i	programmi di reinserimento lavorativo	28 n. vaccinazioni eseguite 29 n. utenti vaccinati / n. utenti totali 30 n. vaccinazioni / n. contatti (familiari, altri)	
B3		costruzione e coordinamento della rete socio-sanitaria	31 n. programmi di reinserimento lavorativo 32 n. aziende produttive coinvolte in programmi	
			33 n. protocolli di intesa tra ASL ed Enti Locali 34 n. protocolli di intesa tra ASL ed privato sociale, volontariato, ecc.	
			35 n. incontri ufficiali tra organismi	
			36	
			37	



Risultati attesi: individuazione indicatori per outputs della mission B: "il miglioramento della qualità della vita"

				n. organismi firmatari di protocolli di intesa nel territorio		
B2	m	accessibilità ai servizi	38	gg. di attesa (data inizio trattamento - data richiesta)		entro le 24 ore
			39	n. utenti anno in corso / n. utenti anno precedente		incremento 10% annuo
			40	n. materiale informativo sul Dipartimento e sulle Unità Operative redatto e distribuito		
			41			
			42	n. ore di apertura del servizio		
B2	n	relazioni con Autorità Giudiziaria e sistema penitenziario	43	n. incontri tra istituzioni		
			44	n. operatori (quota oraria) impegnati in U.O. detenuti ed ex detenuti		
			45	n. interventi in Istituti penitenziari		
			46	n. detenuti TD trattati / n. detenuti TD		
			47	n. trattamenti / n. detenuti TD		
			48	n. detenuti TD che ottengono programma in CT7		
			49	n. detenuti TD		
			50	n. utenti trattati in collaborazione CSSA / n. utenti ex detenuti		
B2	o	offerta di trattamenti multimodali integrati	51	n. trattamenti integrali / n. trattamenti		
			52	n. utenti inivati reciprocamente / n. utenti		
B2	p	trattamento famiglie e adulti di riferimento	53	n. interventi rivolti a familiari		
			54	n. famiglie di utenti in trattamento / n. utenti		
			55	n. terapie di coppia / n. utenti coniugati, conviventi		
			56	n. gruppi di auto-aiuto		
B4	q	attività di prevenzione secondaria	57	n. gruppi di auto-aiuto		



Risultati attesi: individuazione indicatori per outputs della mission B: "Il miglioramento della qualità della vita"

B4	attività di riduzione del danno e offerta di strutture diversificate per TD "classici"	57	n. utenti di centro di prima accoglienza a bassa soglia / n. utenti
		58	n. contatti anno in corso UdS / n. contatti anno precedente UdS
		59	incremento 25%
		60	20% dei consumatori stimati
		61	n. primi contatti UdS
		62	n. siringhe rese
B4	attivazione prestazioni di ricovero	63	n. profilattici consegnati
		64	n. ricoveri ospedalieri su invio diretto / n. ricoveri utenti
B4	reinserimento socio-lavorativo	65	n. consulenze in ospedale per utenti ricoverati
		66	n. programmi di reinserimento lavorativo
		67	n. programmi di reinserimento sociale
B5	attività stabile per l'orientamento professionale e la consulenza per il lavoro	68	n. progetti finanziati per inserimento lavorativo
		69	n. progetti finanziati per inserimento sociale
		70	n. azioni - prestazioni di orientamento lavorativo
		71	n. azioni - prestazioni di inserimento lavorativo
B5	mappatura del territorio, con evidenziazione dei bacini occupazionali	72	n. progetti finanziati per inserimento lavorativo
		73	n. operatori (quota orari) impegnati in attività progettuali di orientamento e inserimento lavorativo
B5	data base, accessibile da tutta la rete, su aziende, disponibilità posti, qualifiche, tipologie contrattuali per avviamento al lavoro degli utenti	74	n. indagini mirate
			realizzazione di data base



Risultati attesi: individuazione indicatori per outputs della mission B: "Il miglioramento della qualità della vita"

			75	aggiornamento annuo informazioni inserite nel data base	
B5	w	costruzione e coordinamento della rete socio-sanitaria	76	n. contatti con mondo imprenditoriale per formazione ed inserimento lavorativo	
B5	y	costruzione della rete tra organismi pubblici e privati	77	n. protocolli tra servizi (E.E.L.L. e ASL)	
			78	n. utenti beneficiari di trattamenti ASL e E.E.L.L.	
			79	n. utenti privati	
			80	n. incontri tra organismi	
			81	n. utenti inivati reciprocamente / n. utenti	
B5	l	stipula di convenzioni con cooperative sociali	82	n. utenti trattati in modo intergrato / n. utenti	
			83	n. protocolli di intesa con cooperative sociali	
			84	n. cooperative sociali partecipanti alla rete / n. cooperative sociali del territorio	
B5	k	stipula di protocolli di intesa o convenzioni con mondo imprenditoriale e con associazioni sindacali	85	n. inserimenti lavorativi presso cooperative sociali	
			86	n. protocolli di intesa con aziende produttive o organismi di rappresentanza	
B2/B3/B	x	differenziazione e ampliamento gamma dei trattamenti	87	n. programmi di inserimento lavorativo concordati con associazioni sindacali	
			88	n. tipologie di trattamento	
			89	n. utenti per tipologia di trattamento	
			90	n. utenti per tipologia trattamento anno in corso / n. utenti per tipologia trattamenti anno preced.	



Risultati attesi: individuazione indicatori per outcomes della mission C: "un sistema di qualità".

obiettivi	Outcomes	Indicatori	Standard di riferimento
C1	1 finalizzazione dei progetti mirati agli obiettivi territoriali, in collaborazione con le risorse di rete	1 n. progetti eseguiti	
		2 n. obiettivi raggiunti	
		3 n. progetti eseguiti in collaborazione con altri soggetti	
		4 n. soggetti coinvolti in medesimo progetto	
C1	2 migliore conoscenza e definizione del sommerso del fenomeno di abuso	5 n. progetti con finanziamenti dedicati n. studi effettuati sul fenomeno di abuso "sommerso"	
		6 n. contatti anno in corso UdS / n. contatti anno precedente UdS	
		7 n. nuovi contatti con TD con dipendenza > 5 aa.	
C1	3 maggiore accessibilità dati ed analisi	8 n. nuovi contatti / n. trattamenti in corso	
		9 n. report finali annui diffusi / n. report finali	
		10 n. organismi raggiunti per diffusione report	
C1	4 migliore utilizzazione dei dati epidemiologici	11 n. collegamenti in rete annui	
		12 n. incontri di discussione sui report finali	
		13 n. conferenza regionale sul fenomeno della dipendenza e sui fattori rischio	
C1	5 miglioramento raccolta e analisi dati di nuove attività	14 n. tipologie di prestazioni immesse nel sistema informativo regionale / n. tipologia di prestazioni effettuate	1 annua



Risultati attesi: individuazione indicatori per outcomes della mission C: "un sistema di qualità"

C4	13	miglioramento dei livelli di competenza professionale	34	media anni di permanenza nel servizio operatori	
			35	n. ore di formazione frequentale / n. operatori	
C4	14	riduzione burn-out operatori	36	n. corsi obbligatori per qualifica	1 annuo
			37	gg. di assenza operatori anno in corso	
			38	gg. di copertura posto in organico con personale stabile / gg. di copertura posto in organico	
			39	n. operatori che partecipano a programmazione progetti / n. operatori	
			40	n. richieste di trasferimento / n. operatori	
			41	n. unità operative con supervisione 7n. unità operative	



Risultati attesi: individuazione indicatori per outputs della mission C: "un sistema di qualità"

obiettivi	Outputs	Indicatori	Standard di riferimento
C1	conoscenza e individuazione delle caratteristiche epidemiologiche locali	1 n. indagini mirate	
		2 n. report finali annui	
		3 n. dati raccolti / n. dati previsti da monitoraggio	
		4 n. indagini pubblicate	
C1	individuazione di strumenti di rilevazione omogenei nel territorio regionale	5 redazione di Linee Guida	1 linea Guida annua per gruppo regionale di Area Funzionale
		6 individuazione di cartelle clinica comune in ambito regionale	
C1	promozione indagini multicentriche in ambito regionale e locale	7 n. indagini mirate multicentriche / n. indagini	
C1	attivazione di ricerche-intervento in collaborazione con Prefettura e Forze dell'Ordine	8 n. ricerche-intervento effettuate con prefettura e Forze dell'Ordine	
		9 n. soggetti coinvolti nel campione della ricerca-intervento	
C1	implementazione dell' cartella clinica Ser.T.	10 n. dati di base previsti nella cartella clinica	
		11 n. dati di base raccolti nella cartella clinica / n. dati di base previsti nella cartella clinica	
C4	promozione corsi di formazione e aggiornamento regionale, aziendale, e di settore	12 n. corsi attivati	
		13 n. partecipanti ai corsi	



Risultati attesi: Individuazione Indicatori per outputs della mission C: "un sistema di qualità"

C4	g	facilitazione di accesso all'aggiornamento facoltativo	14	n. ore di formazione frequentate / n. operatori	
C4	h	stanziamento da parte dell'Azienda di un budget specifico	15	n. ore di aggiornamento facoltativo utilizzate / n. operatori	
C4	i	stages periodici presso altri servizi	16	entità finanziamenti specifico	
			17	n. stages organizzati	
C4	l	formazione integrata tra pubblico e privato	18	n. operatori frequentanti gli stages	
C3	m	follow-up periodici dell'utenza	19	n. corsi attivati con partecipanti pubblici privati / n. corsi attivati	
C3	n	definizione di modelli terapeutici e di assistenza	20	n. follow-up eseguiti / n. utenti	2 annui per utente
			21	redazione di Linee Guida	gruppo regionale di Area Funzionale
C3	o	rapporti periodici sulla valutazione dei processi e degli esiti dei trattamenti	22	n. risultati di outcome monitorati e verificati da Gruppi regionali	
			23	n. indagini mirate su follow-up eseguiti	
			24	n. report	
C3	p	indicatori e metodologie di raccolta dati per struttura e ambito territoriale	25	n. organismi raggiunti per diffusione report	
			26	creazione indicatori	
C3	q	diffusione e discussione in rete di dati, metodi, analisi e risultati (trasparenza e accessibilità)	27	n. indicatori monitorati / n. indicatori individuati	
			28	n. siti interattivi predisposti	



Risultati attesi: Individuazione indicatori per outputs della mission C: "un sistema di qualità"

C3	r	"dati" monitorati, relativi ai trattamenti degli utenti	29	n. dati di base raccolti nella cartella clinica / n. dati di base previsti nella cartella clinica	
			30	n. dati raccolti e monitorati / n. dati raccolti	
C3	s	data base, accessibile a tutte le strutture, per la valutazione (implementazione di interventi, metodi, risultati, indicatori)	31	implementazione di data base	
			32	n. accessi al data base	
C3	t	informatizzazione	33	n. dati trasmessi in rete	
C2	u	strumenti comuni e condivisi in ambito regionale per il monitoraggio della qualità	34	redazione di Linee Guida	1 linea Guida annua per gruppo regionale di Area Funzionale Qualità e Formazione
C2	v	gruppi regionali permanenti	35	istituzione Gruppi di Lavoro Regionali	
			36	n. Gruppi di Lavoro Regionali istituiti	5 Gruppi Regionali per le 5 Aree Funzionali
C2	z	diffusione periodica dei dati analizzati per revisione attività in corso	37	n. incontri Gruppi di lavoro Regionali	t al bimestre
			38	bollettino semestrale	
C2			39	aggiornamento sito Web	
C2	w	formazione periodica degli operatori	40	n. ore di formazione frequentate / n. operatori	
C2	y	miglioramento dell'efficienza dei servizi	41	n. prestazioni di ogni tipologia	
			42	costo complessivo Dipartimento / n. prestazioni di ogni tipologia	



Allegato B – Risorse attuali per le dipendenze (1999)

Indice allegato B:

- **La situazione locale nel Lazio** pag. 1
- **Le Risorse Umane**
 - Tab. 5 – Distribuzione Risorse umane per ASL, sede, qualifica, tipologia di contratto e ore settimanali pag. 9
 - Tab. 6 – Distribuzione Risorse umane per ASL, sede, qualifica, tipologia di contratto e ore settimanali Riepiloghi totali ASL pag. 13
 - Tab. 7 - pag. 14
 - Graf. 3 – Media regionale del personale suddiviso per qualifica (e tipologia contratto) per singola sede pag. 16
 - Graf. 4 – Media regionale del personale suddiviso per qualifica per singola sede pag. 17
 - Tab. 8 – Distribuzione Risorse Umane (su base oraria standard di 36/38 ore settimanali) per ASL, qualifica, tipologia di contratto pag. 18
 - Tab. 9 – Totale di unità di personale calcolato su orario settimanale standard (36/38 ore) pag. 20
 - Graf. 5 – Distribuzione media di unità di personale (su base oraria standard di 36/38 ore settimanali) per qualifica e per singola sede pag. 21
 - Tab. 10 – Rapporto tra utenti tossicodipendenti in trattamento diretto ed unità di personale (su base oraria standard) pag. 22
 - Graf. 6 – Rapporto tra utenti tossicodipendenti / personale ASL pag. 23
 - Tab. 11 – Rapporto tra popolazione fascia a rischio (15-44 anni) ed unità di personale (su base oraria standard) pag. 24



Graf. 7 – Rapporto tra popolazione fascia a rischio (15-44 anni) / personale ASL	pag. 25
Tab. 12 – Distribuzione Risorse Umane per E.A., sede, qualifica, ore settimanali - Attività residenziali	pag. 26
Graf. 8– Media personale per sede – Attività residenziali EE.AA.	pag. 28
Graf. 9– Media orario settimanali per singolo addetto, se presente la qualifica in sede – Attività residenziali EE.AA.	pag. 29
Tab. 13 – Rapporto tra posti letto di residenzialità e unità di personale (su base oraria standard)	pag. 30
Tab. 14 – Distribuzione Risorse Umane per E.A., sede, qualifica, ore settimanali - Attività semiresidenziali EE.AA.	pag. 31
Graf. 10– Media personale per sede – Attività semiresidenziali EE.AA.	pag. 32
Graf. 11– Media orario settimanale per singolo addetto, se presente qualifica in sede – Attività semiresidenziali EE.AA.	pag. 33
Tab. 15 – Distribuzione Risorse Umane per E.A., sede, qualifica, ore settimanali - Attività non residenziali EE.AA.	pag. 34
Graf. 12– Media personale per sede – Attività non residenziali EE.AA.	pag. 36
Graf. 13– Media orario settimanale per singolo addetto, se presente qualifica in sede – Attività non residenziali EE.AA.	pag. 37
• Le Risorse Fisiche	
Tab. 16 – Risorse fisiche ASL, per attività ambulatoriali, disponibili nelle singole sedi	pag. 38
Tab. 17 – Risorse fisiche (riepilogo strutture ambulatoriali ASL)	pag. 40
Graf. 14 – Risorse fisiche ASL, per attività ambulatoriali (n.locali per Azienda e numero sedi attive)	pag. 41
Tab. 18 – Risorse fisiche: media dei locali disponibili su singola sede per attività ambulatoriale (ASL)	pag. 42



Graf. 15 – Media del numero di locali per singola sede (attività ambulatoriale ASL)	pag. 43
Graf. 16 – Media del numero di locali in ambito regionale per destinazione d'uso (attività ambulatoriale ASL)	pag. 44
Tab. 19 – Risorse fisiche ASL, per attività semiresidenziali, disponibili nelle singole sedi	pag. 45
▪ Le Risorse Tecniche	
Tab. 20 – Risorse tecniche ASL	pag. 46
▪ Le Risorse Economiche	
Tab. 21 – Risorse economiche – descrizione di voci dei costi di produzione	pag. 47
Tab. 22 – Risorse economiche ASL – costi di produzione (Fondo della quota capitaria attribuito al settore/dipartimento - Bilancio di previsione)	pag. 48
Tab. 23 – Risorse economiche ASL – modalità di assegnazione risorse economiche	pag. 49
Tab. 24 – Risorse economiche ASL – entità e provenienza fondi per le dipendenze	pag. 50



- La situazione locale del Lazio

- *Dati sugli attuali trattamenti e confronto con altre Regioni*

La Regione Lazio, fino ad oggi, non ha delineato una politica globale nel campo delle dipendenze (quello attuale è il primo progetto obiettivo), e pertanto ogni servizio o ente ha determinato in maniera autonoma obiettivi, strategie e metodi di intervento. L'unica politica generale definita in ambito regionale è stata relativa alla "riduzione del danno", che ha visto impegnate dapprima alcune ASL ed alcuni E.A. coordinati dall'O.E.R., ed in un secondo momento tutti i soggetti pubblici o privati che hanno partecipato al primo bando del Fondo "Lotta alla droga" gestito direttamente dalla Regione. Non esiste pertanto una tradizione ed una cultura comune in ambito regionale circa le esperienze attivate, e si assiste a diversificazioni di linee di intervento e di obiettivi estremamente ampie. Ciò ha potuto costituire una fonte di scambi produttivi, in fase di elaborazione del presente progetto, grazie alla metodologia usata per confrontare e mettere in comune le diverse impostazioni, al fine di giungere ad una articolata, ma unitaria visione comune.

Circa l'unico indirizzo dato dalla Regione Lazio sulla "riduzione del danno" e quindi sulla politica sanitaria regionale nei confronti degli eroinomani è necessario confrontare alcuni dei dati in ambito nazionale: sembra infatti che alcune scelte "cliniche" di indirizzi di orientamento dei servizi siano determinate più da presupposti teorici, che da determinanti oggettive collegate con la realtà esistente. Vengono esposti i dati di confronto tra la situazione del Lazio e la situazione in Italia relativa all'ultimo anno monitorato dal Ministero della Sanità (1997)

Nel 1997 (vedi tab. n.1 e grafico n.1) in Italia l'utenza dei Ser.T. è rappresentata nel 87,5% da dipendenti da eroina, quale prima sostanza di abuso. Sempre in Italia i servizi pubblici effettuano *trattamenti metadonici* nel 47,2% dei casi. Gli *altri trattamenti farmacologici* (naltrexone, clonidina, altro) sono effettuati nel 15% dei casi. Infine i *programmi "psicosociali e/o riabilitativi"* corrispondono a trattamenti in cui non vi è somministrazione di alcun farmaco: essi costituiscono il 37,8% dei trattamenti. Alla luce di tali dati sembra quindi che più di un terzo dei trattamenti in ambito nazionale, escludendo trattamenti di tipo farmacologico, si basi su strumenti psicologici e sociali che mirano a ristrutturazioni dell'agire tossicomane. Esse comprendono ristrutturazioni su piani differenti in relazione ai possibili obiettivi terapeutici ed agli orientamenti clinici presenti nei singoli servizi. Considerata la tipologia di utenza



(principalmente eroinomani), i dati sui trattamenti indicano che per almeno un quarto di essi, in ambito nazionale, la scelta di non attuare un programma farmacologico è un indicatore sull'indirizzo terapeutico nei confronti del problema: esso corrisponderebbe alla possibilità di distinguere i diversi quadri delle patologie da dipendenza, assolutamente non omologabili in percorsi terapeutici univoci.

Nel Lazio, al contrario, le tipologie di trattamento sono altamente convergenti verso programmi metadonici, (pari all'77,1% dei trattamenti) a scapito principalmente di programmi psico-sociali e o riabilitativi: ciò è strettamente connesso alla mancanza, fino ad ora, di una politica sanitaria globale regionale in tema di dipendenze, eccezion fatta per i piani di "riduzione del danno". In questo senso l'obiettivo regionale condiviso nei fatti dai singoli servizi ha coinciso con il preferenziare una unica modalità di trattamento terapeutico, in cui l'offerta di un servizio "standard", non viene modulato sulle reali necessità dell'utenza. Di fatto ciò comporta che o l'utenza si "autoseleziona" in base all'unica tipologia di servizio che sa di poter trovare presso i servizi pubblici, oppure si adatta a ricevere prestazioni non necessariamente specifiche e pertinenti.

Ciò premesso si rende oggi indispensabile sottolineare l'importanza di :

- definire la globalità degli obiettivi e delle azioni che un progetto sulle dipendenze deve contemplare
- mantenere costante attenzione alle differenti forme di dipendenza, sia in relazione alle singole sostanze di abuso, sia agli specifici e differenti quadri sottostanti ogni forma di dipendenza. Ciò implica la necessità di modulare ed individualizzare gli interventi in funzione dello specifico status di ogni utente.

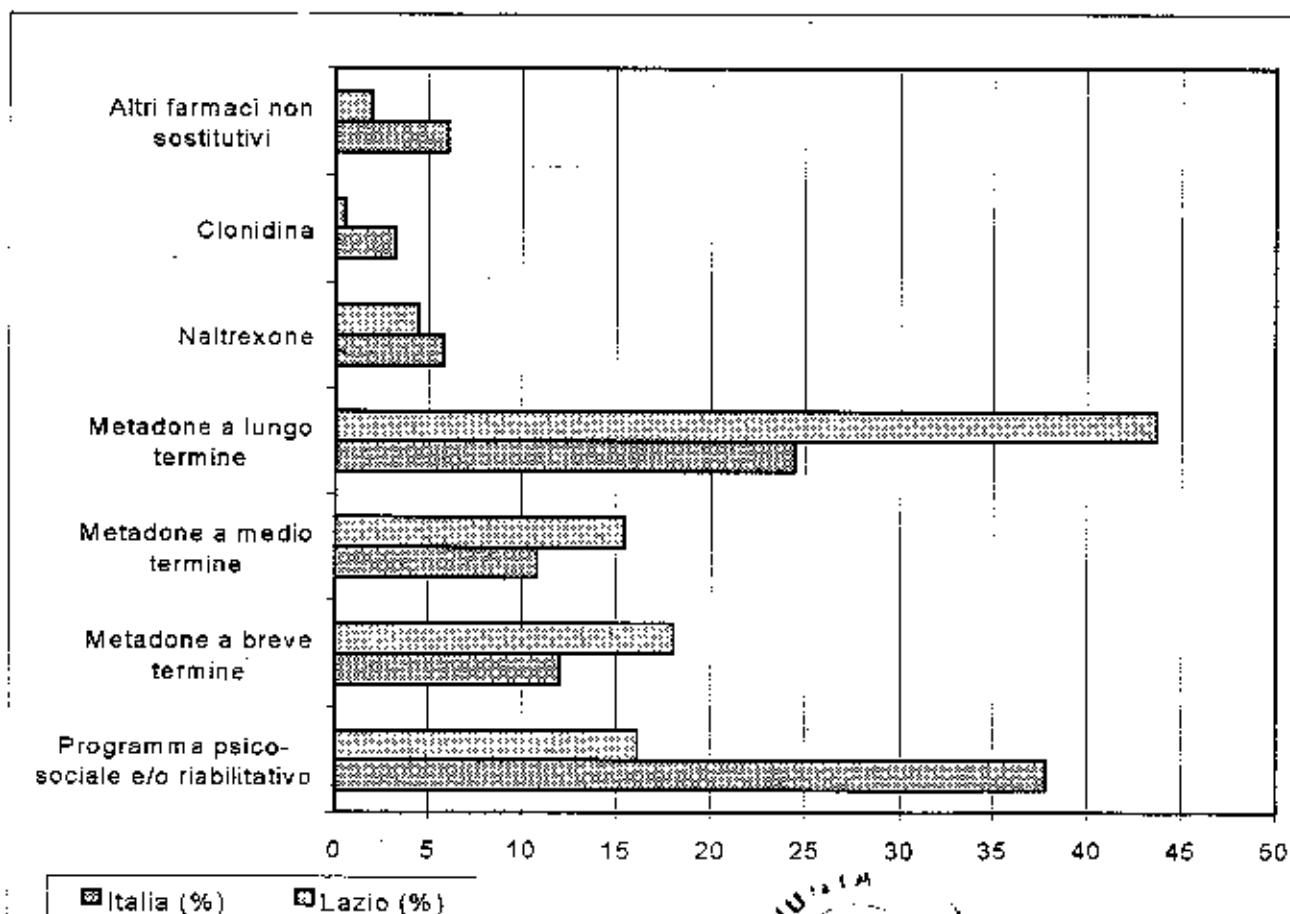


Tab. 1 – Tipologia dei trattamenti nei Ser.T. in Italia e nel Lazio – 1997

(Dati Ministero della Sanità)

	Italia (%)	Lazio (%)
Programma psico-sociale e/o riabilitativo	37,8	16,1
Metadone a breve termine	12	18
Metadone a medio termine	10,8	15,4
Metadone a lungo termine	24,4	43,7
Naltrexone	5,8	4,4
Clonidina	3,2	0,5
Altri farmaci non sostitutivi	6	1,9
totale	100	100

Graf. 1 – Distribuzione di tipologie trattamenti nei Ser.T. in Italia e nel Lazio (1997)



- *Il bacino d'utenza e l'utenza effettiva dei servizi (dati O.E.R. e Centro di riferimento regionale per l'alcoldipendenza)*

Vi è una notevole differenza, rispetto alla popolazione dipendente da sostanze o a rischio di dipendenza, tra l'utenza potenziale e quella effettiva che si rivolge ai servizi pubblici o privati.

Per quanto attiene la popolazione in condizioni di dipendenza, la prevalenza di tossicodipendenti è stimata solo in relazione agli eroinomani e agli alcolisti. Secondo tale valutazione si stima che nel Lazio siano presenti circa 26.000 eroinomani. Circa il 50% di essi si è rivolto durante il 1998 ai servizi pubblici o privati in ambito regionale. I consumatori di eroina costituiscono l'88% degli utenti dipendenti da sostanze stupefacenti.

Rispetto alla dipendenza da alcol si stima che siano circa 1.000.000 gli alcolisti nella Regione, di cui 600.000 nella città di Roma. Il 16.09.1997 con D.G.R. 5626 è stato istituito il Centro di Riferimento Alcolologico della Regione Lazio (CRARL). I Direttori Generali delle AA.SS.LL., su sollecitazione della Regione Lazio hanno individuato, i Ser.T. con specificità alcolologica all'interno delle proprie Aziende. Tale individuazione dovrà essere di particolare ausilio per la piena realizzazione del modello organizzativo - gestionale di cui al presente progetto.

In relazione alla popolazione dipendente da altre sostanze i dati disponibili concernono solo l'utenza effettiva dei servizi: nel 1998 ci sono stati 571 utenti consumatori di cocaina, 586 consumatori di hashish, e 236 consumatori di altre sostanze.

Tra gli utenti consumatori di sostanze stupefacenti, nel 1998 il 22,5% sono stati nuovi utenti ed il restante 77,5% erano già in carico o precedentemente in trattamento presso i servizi. Ciò indica una limitazione nelle capacità di accoglimento delle nuove fasce di consumatori, con una forte tendenza al mantenimento in carico di utenti in condizioni di cronicità. Ciò è in sintonia con la tipologia dei servizi offerti e quindi con la tipologia prevalente di utenti che richiedono prestazioni e sono presi in trattamento (eroinomani con più di 5 anni di dipendenza).

Non esistono dati monitorati sulle attività di prevenzione rivolta a singoli individui o a gruppi. Quindi, ad esempio, non si conosce il volume delle prestazioni erogate nell'ambito dei Centri di Informazione e Consulenza scolastici o nell'ambito di altre attività promosse al livello locale. Pertanto l'utenza (in genere a rischio di dipendenza o consumatrice anche



occasionale) contattata in tale maniera non è registrata quale utenza effettiva. Analogamente non è monitorata la specifica tipologia delle attività riabilitative, relativa a prestazioni di rensimento sociale, orientamento e inserimento lavorativo; non esiste inoltre monitoraggio circa le famiglie di utenti che ricevono prestazioni.

Alcuni dati circa queste tipologie di attività sono deducibili in relazione ai progetti finanziati con il Fondo Nazionale Lotta alla droga, che offrono anche alcune informazioni circa il bacino di utenza potenziale. Ad esempio dei giovani contattati presso le scuole secondarie (n=1353) il 6% dichiarano di aver fatto uso almeno una volta di ecstasy, amfetamine o LSD, il 6,4% di cocaina e il 26,3% di cannabinoidi. Tali percentuali sono molto più elevate (rispettivamente il 29,6 %, il 28,6% e il 63,5%) nei gruppi di giovani – 14/29 anni – contattati nell'ambito di attività di prevenzione "di strada".

Già da tali dati si evidenzia quanto verrà esposto in seguito, circa la necessità di ampliare la gamma delle prestazioni, per poter offrire servizi adeguati all'ampio bacino di utenza, che al momento non richiede alcun tipo di prestazioni.

Analogamente dovrà essere ampliato il sistema di monitoraggio dei dati concernenti le attività dei servizi, per poter conoscere più approfonditamente la reale quantità e tipologia delle prestazioni erogate nell'ambito della politica sanitaria sulle dipendenze.

Nel Lazio sono attivi 46 Ser.T. e 34 sedi di Enti Ausiliari autorizzati, di cui 28 con accreditamento provvisorio (per un totale di 523 posti letto di residenzialità al momento accreditati). Nelle strutture che rispondono al Sistema Informativo Tossicodipendenza regionale (43 Ser.T e 22 strutture del privato sociale), nel 1998 sono stati registrati 14.698 contatti di cui il 76,5% presso i Ser.T ed il 23,5% presso gli EE.AA. Il 56% dell'utenza seguita dai servizi pubblici è in trattamento nell'ambito del Comune di Roma.

Il numero di utenti di ogni Ser.T è estremamente diversificato nelle differenti zone. L'utenza media è di 273 tossicodipendenti per singolo Ser.T. Solo 2 Ser.T. sono a bassa utenza; 6 sono a media utenza; di quelli ad alta utenza si possono differenziare ulteriori tre sottofasce, di cui la prima con al massimo 200 utenti (10 Ser.T), la seconda con 400 utenti massimo (17 Ser.T), e la terza con un numero di utenti superiori (9 Ser.T.).

La tabella (n.2) che segue riporta in dettaglio la situazione dell'utenza, registrata secondo le modalità (e con i limiti) già esposti.



Tab. 2 – Utenza presso Ser.T. – 1998 (Dati OER)

Bassa utenza	Media utenza	Alta utenza		
(<60 utenti)	(60-100 utenti)	(100-200utenti)	(200-400 utenti)	Oltre 400 utenti
Poggio Mirteto (RI) 29	Tarquinia (VT) 65	Rieti (RI) 174	Civitacastellana (VT) 261	Via Riari (RMA) 488
Montefiascone (VT) 33	Ronciglione (VT) 75	Bracciano (RMF) 138	Viterbo (VT) 219	V. Montesacro (RMA) 466
	Subiaco (RMG) 77	Riano (RMF) 146	Civitavecchia (RMF) 237	V. Teodorico (RMB) 487
	Aprilia (LT) 71	Monterotondo (RMG) 142	Velletri (RMH) 275	Rebibbia (RMB) 596
	Priverno (LT) 86	Palestrina (RMG) 122	Nettuno (LT) 329	Via Casilina (RMB) 649
		Frascati (RMH) 148	Latina (LT) 309	Ostia Lido (RMD) 531
		Colleferro (RMG) 102	Terracina (LT) 281	Via Vaiano (RMD) 771
		Ciampino (RMH) 141	Formia (LT) 377	P. 5 Giornate (RME) 674
		Genzano (RMH) 158	Frosinone (FR) 203	S.M.Pietà (RME) 578
		Ceccano (FR) 118	Sora (FR) 254	
			Cassino(FR) 327	
			Via Frentani (RMA) 257	
			Via Platani (RMB) 357	
			Via Sestili (RMB) 298	
			Via Casilina (RMC) 346	
			P.zza.S.Giovanni (RMC) 384	
			Via Valcannuta(RME) 258	



Già dall'esame della tabella si evince una prima differenziazione tra la situazione metropolitana ed il resto della Regione. I Ser.T. con un utenza superiore ai 400 tossicodipendenti sono concentrati solo in alcune zone di Roma (RMA; RMB; RMD;RME). Sono queste le sedi che, più di altre, necessitano di sdoppiamenti intraziendali.

La differenza tra realtà metropolitana e il resto della regione si evince anche dal numero di morti per overdose tra i residenti. Nel biennio 1995/1996 sono stati registrati (RENCAM) 233 decessi nella regione per overdose (tab. n.3). Essi sono distribuiti in modo differenziato in ambito regionale, e si concentrano in 4 Asl del centro di Roma (RMA; RMB;RMC;RMD).

Tab. 3 – Decessi per overdose tra i residenti ASL del Lazio. – 1995/1996 (RENCAM)

	n.	%
RM A	29	12,4
RM B	43	18,5
RM C	39	16,7
RM D	32	13,7
RM E	18	7,7
RM F	9	3,9
RM G	24	10,3
RM H	22	9,4
VT	4	1,7
LT	13	5,6
RI	0	0,0
FR	0	0,0
Totale	233	100,0

Altro dato importante è l'entità della popolazione rientrante nella fascia rischio (15-44 anni). Tale dato offre un quadro del bacino teorico di utenza, piuttosto che dell'utenza effettiva, ma è centrale per poter calibrare le risorse da impegnare nel progetto, non solo in funzione dell'utenza che già si rivolge ai servizi, ma di quella verso cui rivolgere attenzione al fine di prevenirne stati di dipendenza (tab.n.4).



Tab. 4 – Popolazione residente, fascia a rischio 15/44anni –

	n.	%
RM A	210725	8,9
RM B	320751	13,6
RM C	240656	10,2
RM D	244594	10,3
RM E	230614	9,8
RM F	107714	4,6
RM G	184063	7,8
RM H	205742	8,7
VT	120648	5,1
LT	226548	9,6
RI	60787	2,6
FR	212256	9,0
Totale	2365098	100,0



Tab.5

Distribuzione Risorse Umane per ASL, sede, qualifica, tipologia contratto e ore settimanali

qualifica	n. operatori ore settim.	medico II liv.	medico I liv.		psicol II liv.	psicologo I liv.		ass. sociale		inferm. Prof.	amministrativo	educat. prof.	animato	agen. tecn.	DTA	altro
			ruolo	incaric.		ruolo	incaric.	ruolo	incaric.							
ASL RMA tipologia contratto	1			consul.												
	n. operatori ore settim.	38									3					
	n. operatori ore settim.		2	6		4		2		7						
	n. operatori ore settim.		76	113		152		72		252						
	n. operatori ore settim.		2	6		2		1		7						
	n. operatori ore settim.		76	116		76		36		252						
	n. operatori ore settim.		3	10		2		2		9						
	n. operatori ore settim.		114	137		76		72		324						
	n. operatori ore settim.		1	1		2		1		5						
	n. operatori ore settim.		38	38		76		36		180						
ASL RMB	n. operatori ore settim.		1	1		1		3								
	n. operatori ore settim.		38	38		38		108								
	n. operatori ore settim.		1	1		4		3		5						
	n. operatori ore settim.		38	38		152		108		180						
	n. operatori ore settim.															
	n. operatori ore settim.															
	n. operatori ore settim.															
	n. operatori ore settim.															
	n. operatori ore settim.															
	n. operatori ore settim.															
ASL RMC	n. operatori ore settim.		1	3		2		1		3						
	n. operatori ore settim.		38	60		76		36		108						
	n. operatori ore settim.		2	3		3		1		3						
	n. operatori ore settim.		76	30		114		36		108						
	n. operatori ore settim.		2	3		3		2		3					1	
	n. operatori ore settim.		76	54		114		72		108					36	
	n. operatori ore settim.		3			3		1		5						
	n. operatori ore settim.		114			114		36		180						

Tab.5

Distribuzione Risorse Umane per ASL, sede, qualifica, tipologia contratto e ore settimanali

Qualifica	tipologia contratto	medico II liv.		medico I liv.		psicologo I liv.		ass. sociale		inferm. Prof.		amministrativo	sociologo	educat. prof.	animatore	agen. tecn.	OTA	altro	
		n. operatori	ore settim.	n. operatori	ore settim.	n. operatori	ore settim.	n. operatori	ore settim.	n. operatori	ore settim.								n. operatori
ASL LT	Aprilia	n. operatori	2																
		ore settim.	76																
	Priverno	n. operatori	1																
		ore settim.	36																
	Lalona	n. operatori	1	1	1														
		ore settim.	36	27	12														
	Terracina	n. operatori	2		2														
		ore settim.	66	44															
	Fonila	n. operatori	3																
		ore settim.	114																
Rieti	n. operatori	4																	
	ore settim.	152																	
P. Milieto	n. operatori		1																
	ore settim.		38																
Frosinone	n. operatori	1	2	1	1	1	6												
	ore settim.	38	76	12	36	190													
Ceccano	n. operatori	2																	
	ore settim.	76																	
Sora	n. operatori	2																	
	ore settim.	76																	
Cassino	n. operatori	2	1																
	ore settim.	76	38																



Tab.6

Riepilogo per ASL delle Risorse Umane per qualifica, tipologia contratto e ore settimanali

ASL	num. sedi	qualifica	medico II liv.		medico I liv.		psicol. II liv.	psicologo I liv.		ass. sociale			Inferm. Prof.		amministrativo	sociologo	educat. prof.	animatore	agen. faun.	OTA	altro	
			n. operatori	ore settiman.	n. operatori	ore settiman.		n. operatori	ore settiman.	n. operatori	ore settiman.	n. operatori	ore settiman.	n. operatori								ore settiman.
RMA	3	1 medico II liv. 366 n. operatori ore settiman.	1	7	26	366	8	1	5	23	4											
RMB	6	1 medico II liv. 342 n. operatori ore settiman.	1	4	5	342	8		12	18	144											
RMC	4	38 medico II liv. 8 n. operatori ore settiman.	38	152	190	8		432	5	648												
RMD	5	304 medico II liv. 12 n. operatori ore settiman.	304	144	76	418	11		180	14	2										1	
RME	3	302 medico II liv. 10 n. operatori ore settiman.	302	234		456	12		288	16	5	3									36	
RMF	3	360 medico II liv. 7 n. operatori ore settiman.	360	76	108	304	8		4	16											5	
RMG	5	206 medico II liv. 4 n. operatori ore settiman.	206	18		266	7		144	6	1										100	
RMH	5	152 medico II liv. 9 n. operatori ore settiman.	152	137	60	140	4		288	15	1										36	
VT	5	318 medico II liv. 4 n. operatori ore settiman.	318	90		380	10		8	14											2	
LT	5	112 medico II liv. 9 n. operatori ore settiman.	112	380	12	189	7	8	4	8	1										1	
RI	2	332 medico II liv. 1 n. operatori ore settiman.	332	27	56	244	4		288	11	2										36	
FR	4	0 medico II liv. 7 n. operatori ore settiman.	0	152	38	144	11		5	6	1										1	
			266	114	12	38	410	1	10	9	1										36	
			20	300	20	324	20	300	20	324	20	300	20	324	20	300	20	300	20	300	20	90



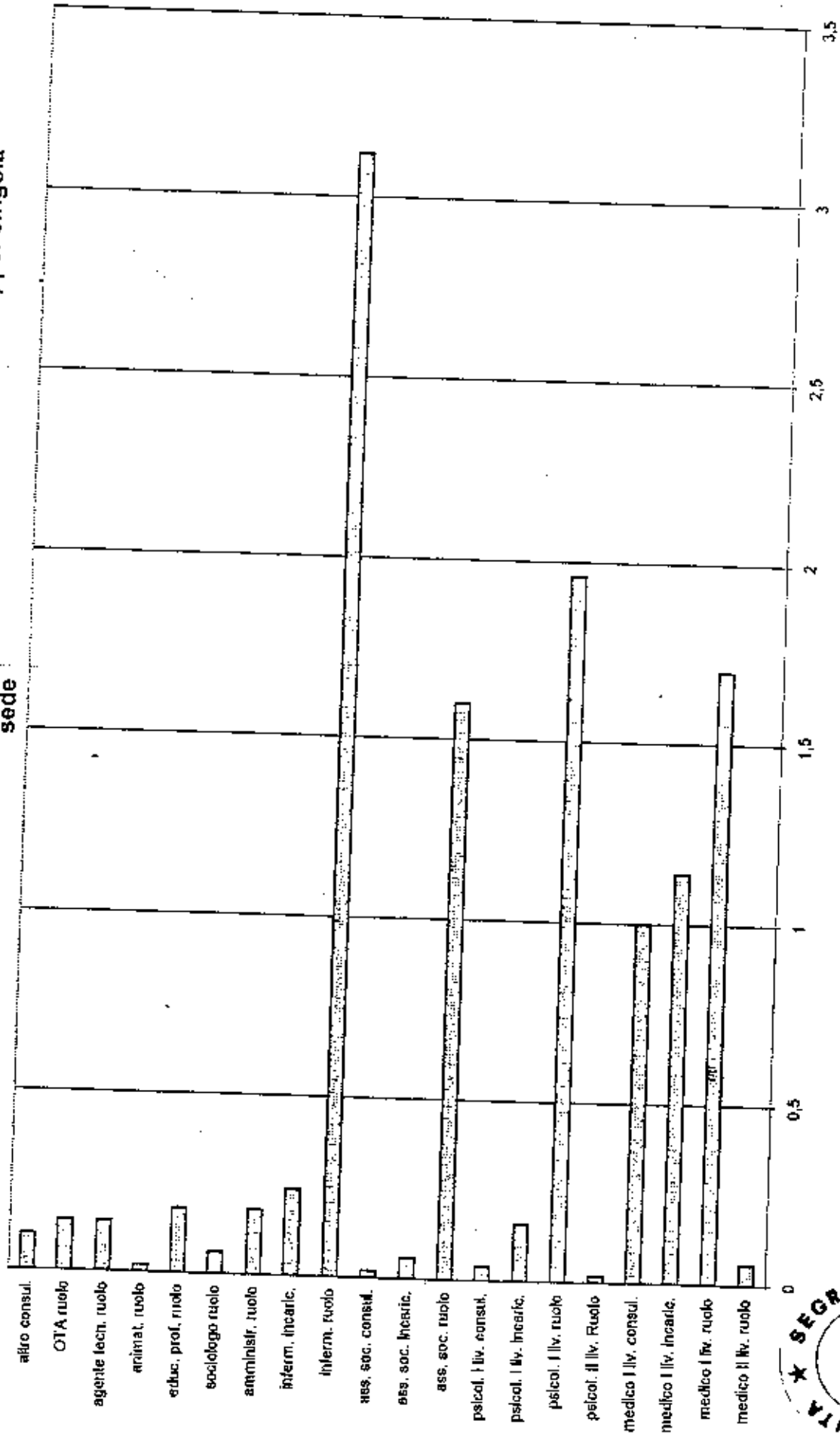
Tab. 7

Media delle Risorse Umane nella singola sede ASL per qualifica, tipologia contratto e ore settimanali

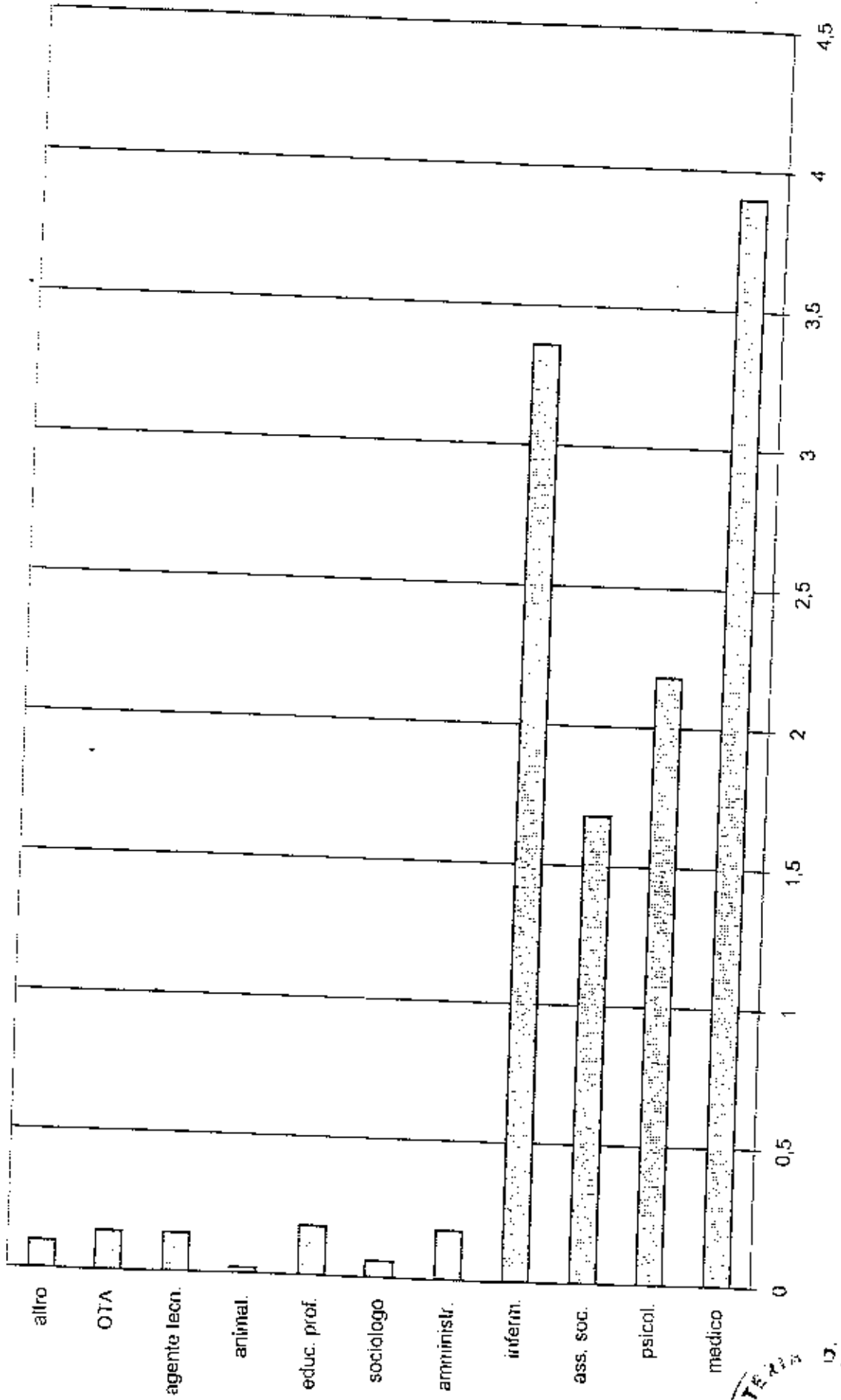
ASL	num. sedi	qualifica	medico II liv.		medico I liv.		psicologo I liv.		ass. sociale		inferm. Prof.		amministrativo		sociologo		educat. prof.		animatore		agen. tecn.		OTA		altro				
			II liv.	I liv.	II liv.	I liv.	II liv.	I liv.	II liv.	I liv.	II liv.	I liv.	II liv.	I liv.	II liv.	I liv.	II liv.	I liv.	II liv.	I liv.	II liv.	I liv.	II liv.	I liv.	II liv.	I liv.	II liv.	I liv.	II liv.
RMA	3	n. operatori ore settim.	0,3333 12,667	2,3333 8,6667	0,6667 2,6667	0,6667 2,6667	0,6667 2,6667	0,6667 2,6667	0,6667 2,6667	0,6667 2,6667	0,6667 2,6667	0,6667 2,6667	0,6667 2,6667	0,6667 2,6667	0,6667 2,6667	0,6667 2,6667	0,6667 2,6667	0,6667 2,6667	0,6667 2,6667	0,6667 2,6667	0,6667 2,6667	0,6667 2,6667	0,6667 2,6667	0,6667 2,6667	0,6667 2,6667	0,6667 2,6667	0,6667 2,6667	0,6667 2,6667	0,6667 2,6667
RMB	6	n. operatori ore settim.	0,1667 6,3333	0,6667 25,333	0,8333 31,667	0,8333 31,667	0,8333 31,667	0,8333 31,667	0,8333 31,667	0,8333 31,667	0,8333 31,667	0,8333 31,667	0,8333 31,667	0,8333 31,667	0,8333 31,667	0,8333 31,667	0,8333 31,667	0,8333 31,667	0,8333 31,667	0,8333 31,667	0,8333 31,667	0,8333 31,667	0,8333 31,667	0,8333 31,667	0,8333 31,667	0,8333 31,667	0,8333 31,667	0,8333 31,667	0,8333 31,667
RMC	4	n. operatori ore settim.	2 76	2,25 36	1,75 19,5	1,75 19,5	1,75 19,5	1,75 19,5	1,75 19,5	1,75 19,5	1,75 19,5	1,75 19,5	1,75 19,5	1,75 19,5	1,75 19,5	1,75 19,5	1,75 19,5	1,75 19,5	1,75 19,5	1,75 19,5	1,75 19,5	1,75 19,5	1,75 19,5	1,75 19,5	1,75 19,5	1,75 19,5	1,75 19,5	1,75 19,5	1,75 19,5
RMD	5	n. operatori ore settim.	2,4 60,4	2,6 46,8	2,4 46,8	2,4 46,8	2,4 46,8	2,4 46,8	2,4 46,8	2,4 46,8	2,4 46,8	2,4 46,8	2,4 46,8	2,4 46,8	2,4 46,8	2,4 46,8	2,4 46,8	2,4 46,8	2,4 46,8	2,4 46,8	2,4 46,8	2,4 46,8	2,4 46,8	2,4 46,8	2,4 46,8	2,4 46,8	2,4 46,8	2,4 46,8	2,4 46,8
RME	3	n. operatori ore settim.	3,3333 126,67	1 26	3 36	3 36	3 36	3 36	3 36	3 36	3 36	3 36	3 36	3 36	3 36	3 36	3 36	3 36	3 36	3 36	3 36	3 36	3 36	3 36	3 36	3 36	3 36	3 36	3 36
RMF	3	n. operatori ore settim.	2,3333 88,667	0,6667 6	0,6667 6	0,6667 6	0,6667 6	0,6667 6	0,6667 6	0,6667 6	0,6667 6	0,6667 6	0,6667 6	0,6667 6	0,6667 6	0,6667 6	0,6667 6	0,6667 6	0,6667 6	0,6667 6	0,6667 6	0,6667 6	0,6667 6	0,6667 6	0,6667 6	0,6667 6	0,6667 6	0,6667 6	0,6667 6
RMG	5	n. operatori ore settim.	0,8 30,4	0,8 27,4	0,4 12	0,4 12	0,4 12	0,4 12	0,4 12	0,4 12	0,4 12	0,4 12	0,4 12	0,4 12	0,4 12	0,4 12	0,4 12	0,4 12	0,4 12	0,4 12	0,4 12	0,4 12	0,4 12	0,4 12	0,4 12	0,4 12	0,4 12	0,4 12	0,4 12
RMH	5	n. operatori ore settim.	1,8 63,6	1,2 18	1,2 18	1,2 18	1,2 18	1,2 18	1,2 18	1,2 18	1,2 18	1,2 18	1,2 18	1,2 18	1,2 18	1,2 18	1,2 18	1,2 18	1,2 18	1,2 18	1,2 18	1,2 18	1,2 18	1,2 18	1,2 18	1,2 18	1,2 18	1,2 18	1,2 18
VT	5	n. operatori ore settim.	0,8 22,4	2 76	0,4 12	0,4 12	0,4 12	0,4 12	0,4 12	0,4 12	0,4 12	0,4 12	0,4 12	0,4 12	0,4 12	0,4 12	0,4 12	0,4 12	0,4 12	0,4 12	0,4 12	0,4 12	0,4 12	0,4 12	0,4 12	0,4 12	0,4 12	0,4 12	0,4 12
LY	5	n. operatori ore settim.	1,8 68,4	0,2 5,4	0,6 11,2	0,6 11,2	0,6 11,2	0,6 11,2	0,6 11,2	0,6 11,2	0,6 11,2	0,6 11,2	0,6 11,2	0,6 11,2	0,6 11,2	0,6 11,2	0,6 11,2	0,6 11,2	0,6 11,2	0,6 11,2	0,6 11,2	0,6 11,2	0,6 11,2	0,6 11,2	0,6 11,2	0,6 11,2	0,6 11,2	0,6 11,2	0,6 11,2
RI	2	n. operatori ore settim.	0,5 0	2 76	0,5 19	0,5 19	0,5 19	0,5 19	0,5 19	0,5 19	0,5 19	0,5 19	0,5 19	0,5 19	0,5 19	0,5 19	0,5 19	0,5 19	0,5 19	0,5 19	0,5 19	0,5 19	0,5 19	0,5 19	0,5 19	0,5 19	0,5 19	0,5 19	0,5 19
FR	4	n. operatori ore settim.	1,75 66,5	0,75 28,5	0,25 3	0,25 3	0,25 3	0,25 3	0,25 3	0,25 3	0,25 3	0,25 3	0,25 3	0,25 3	0,25 3	0,25 3	0,25 3	0,25 3	0,25 3	0,25 3	0,25 3	0,25 3	0,25 3	0,25 3	0,25 3	0,25 3	0,25 3	0,25 3	0,25 3



Graf. 3 - Media regionale del personale suddiviso per qualifica (e tipologia contratto) per singola sede



Graf. 4 - Media regionale del personale suddiviso per qualifica per singola sede



Tab. B

Distribuzione Risorse Umane (su base oraria standard di 36/38 ore settimanali)
per ASL, qualifica, tipologia, tipologia di contratto

ASL	num. sedi	medico II liv.		medico I liv.		psicologo II liv.		psicologo I liv.		ass. sociale			infern. Prof.		amministrativo		socio-ologo		cultur. prof.		anima-lore		agati. tecn.		OTA		altro		TOTALE
		nuovo	incarc.	consul.	nuovo	incarc.	consul.	nuovo	incarc.	consul.	nuovo	incarc.	consul.	nuovo	incarc.	nuovo	incarc.	nuovo	incarc.	nuovo	incarc.	nuovo	incarc.	nuovo	incarc.	nuovo	incarc.	nuovo	
FRMA	3	1,0	7,0		9,6		8,0					5,0		23,0		4,0												57,6	
FRMB	6	1,0	4,0	5,0			9,0		12,0					18,0				1,0										50,0	
FRMC	4		8,0	3,8	2,1		11,0		5,0					14,0											1,0			44,8	
FRMD	5		7,9	6,2			12,0		8,0					15,5	5,0	2,0		3,5										60,1	
FRME	3		10,0	2,1	2,8		8,0		4,0					16,0														47,9	
FRMF	3		7,0	0,5			7,0		3,0	2,0				6,0	1,0													29,3	
FRMG	5		4,0	3,6	1,6		3,7		8,0					14,0	0,7													35,6	
FRMH	5		9,4	2,4			10,0		7,7					13,5														44,9	
FRVT	6		2,9	10,0	0,3		5,0	7,0	4,0	1,0				8,0	1,0						1,0	2,0						40,8	
FRLT	5		8,7	0,7	1,5		6,4		8,0					10,0	2,0			1,2										38,5	
FRRI	2		4,0	1,0			3,8		5,1					6,0		1,0												21,8	
FRFR	4		7,0	3,0			11,0		10,0					9,0		1,0												47,5	
Totale Regione		2,0	79,0	38,2	17,9	1,0	94,9	7,0	0,8	79,7	3,0	0,0	153,0	9,7	8,0	1,6	5,7	1,0	7,0	7,0	7,0	1,0	0,8	0,6	2,5	2,5	518,9		
Media aziendale		0,2	6,6	3,2	1,5	0,1	7,9	0,6	0,1	6,6	0,3	0,0	12,8	0,8	0,7	0,1	0,5	0,1	0,6	0,6	0,6	0,1	0,8	0,2	0,2	0,2	43,2		
Totale regionale per tipologia qualifica		Medico		psicologo		ass. sociale		infern.		amministr.		altro		tot.															
Media aziendale per tipologia qualifica		137,1		102,7		82,7		162,7		8,0		24,8		517,9															
		11,4		6,6		6,9		13,6		0,7		2,1		43,2															



Tab. B

Distribuzione Risorse Umane (su base oraria standard di 36/30 ore settimanali)
per ASL, qualifica, tipologia di contratto

ASL	medico II liv.		medico I liv.		psicologo I liv.		ass. sociale		inferm. Prof.		amministrativo	socio-ologo	educat. prof.	animatore	agen. tecn.	OTA	altro	Media per singola sede
	ruolo	incaric.	ruolo	incaric.	ruolo	incaric.	ruolo	incaric.	ruolo	incaric.								
RMA	0,3	2,3	3,2		2,7		1,7		7,7		1,3							19,2
RMB	0,2	0,7	0,8		1,5		2,0		3,0				0,2					8,3
RMC		2,0	0,9	0,5	2,0		1,3		3,5						0,3			11,2
RMD		1,6	1,2		2,4		1,6		3,1	1,0	0,4		0,7					12,0
RME		3,3	0,7	0,9	2,7		1,3		5,3						1,7			16,0
RMF		2,3	0,2		2,3		1,0	0,7	2,0	0,3		0,3						9,8
RMG		0,8	0,7	0,3	0,7		1,6		2,8	0,1					0,3			7,1
RMH		1,7	0,5		2,0		1,5		2,7					0,2	0,4			9,0
VT		0,6	2,0	0,1	1,0	1,4	0,8	0,2	1,8	0,2		0,1				0,2		8,2
LT		1,7	0,1	0,3	1,3		1,6		2,0	0,4			0,2					7,7
RI		2,0	0,5		1,9		2,5		3,0		0,5				0,5			10,9
FR		1,8	0,8		2,6	0,3	2,5		2,3		0,3			0,8		0,6		11,9
Media Regionale per singola sede	0,0	1,6	0,8	0,4	1,9	0,0	1,6	0,1	3,1	0,2	0,2	0,0	0,1	0,0	0,1	0,1	0,1	10,4



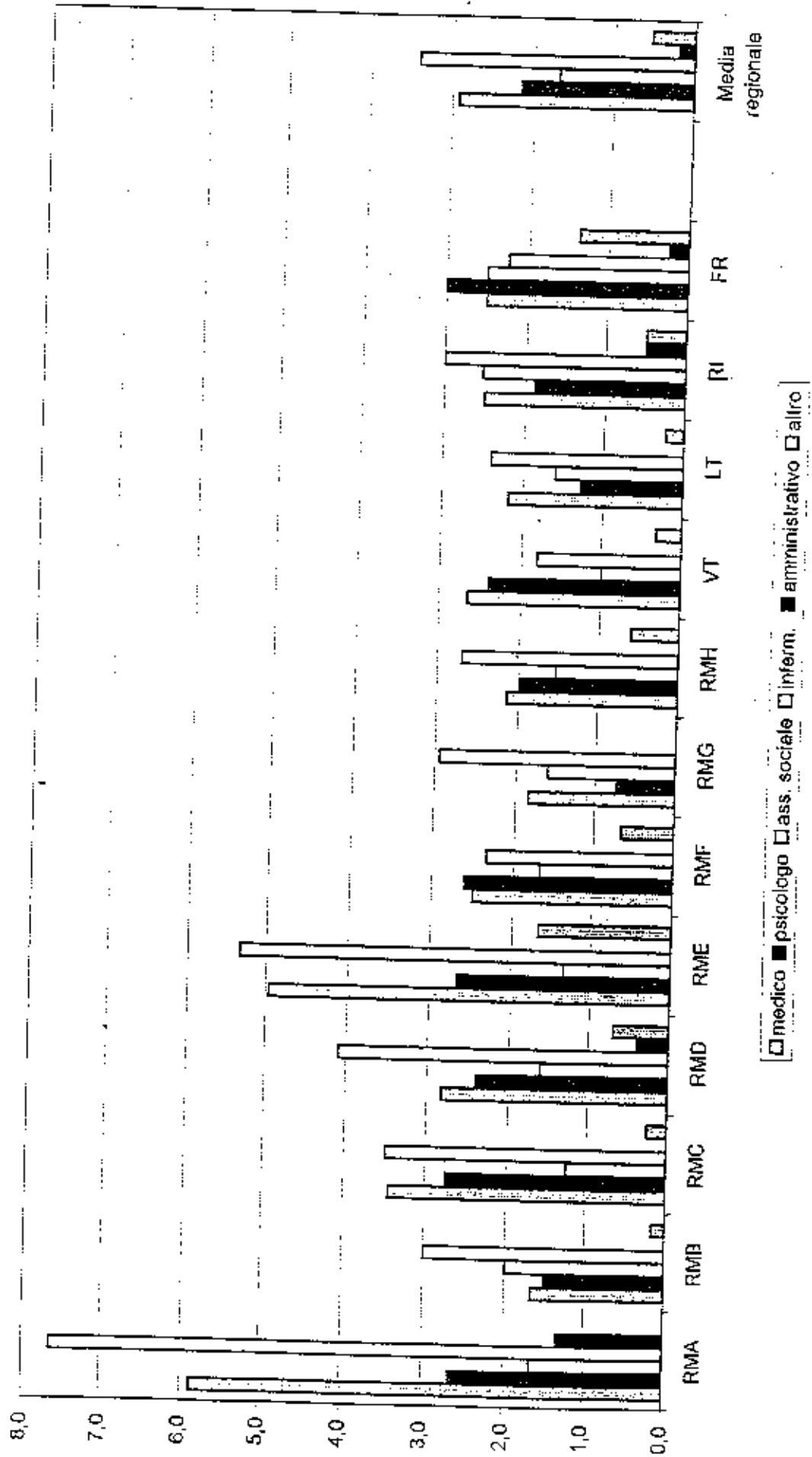
Tab. 9

Totale di unità di personale calcolato su orario settimanale standard (36/36 ore)

ASL	distribuzione media per singola sede aziendale e per qualifica						
	medico	psicologo	ass. sociale	Inferm.	amministrativo	altro	medico psicologo ass. sociale inferm. amministrativo altro
RMA	5,9	2,7	1,7	7,7	1,3	0,0	19,2
RMB	1,7	1,5	2,0	3,0		0,2	6,3
RMC	3,5	2,8	1,3	3,5		0,3	11,2
RMD	2,8	2,4	1,9	4,1	0,4	0,7	12,0
RME	5,0	2,7	1,3	5,3		1,7	16,0
RMF	2,5	2,6	1,7	2,3		0,7	9,8
RMG	1,9	0,7	1,6	2,9		0,0	7,1
RMH	2,1	2,0	1,5	2,7		0,6	9,0
VT	2,7	2,4	1,0	1,8		0,3	8,2
LT	2,2	1,3	1,6	2,4		0,2	7,7
RI	2,5	1,9	2,5	3,0	0,5	0,5	10,9
FR	2,5	3,0	2,5	2,3	0,3	1,4	11,9
Media regionale	2,9	2,2	1,7	3,4	0,2	0,5	10,9



Graf. 5 - Distribuzione media di unità di personale (su base oraria standard - 38/36 ore sett.) per singola sede e per qualifica



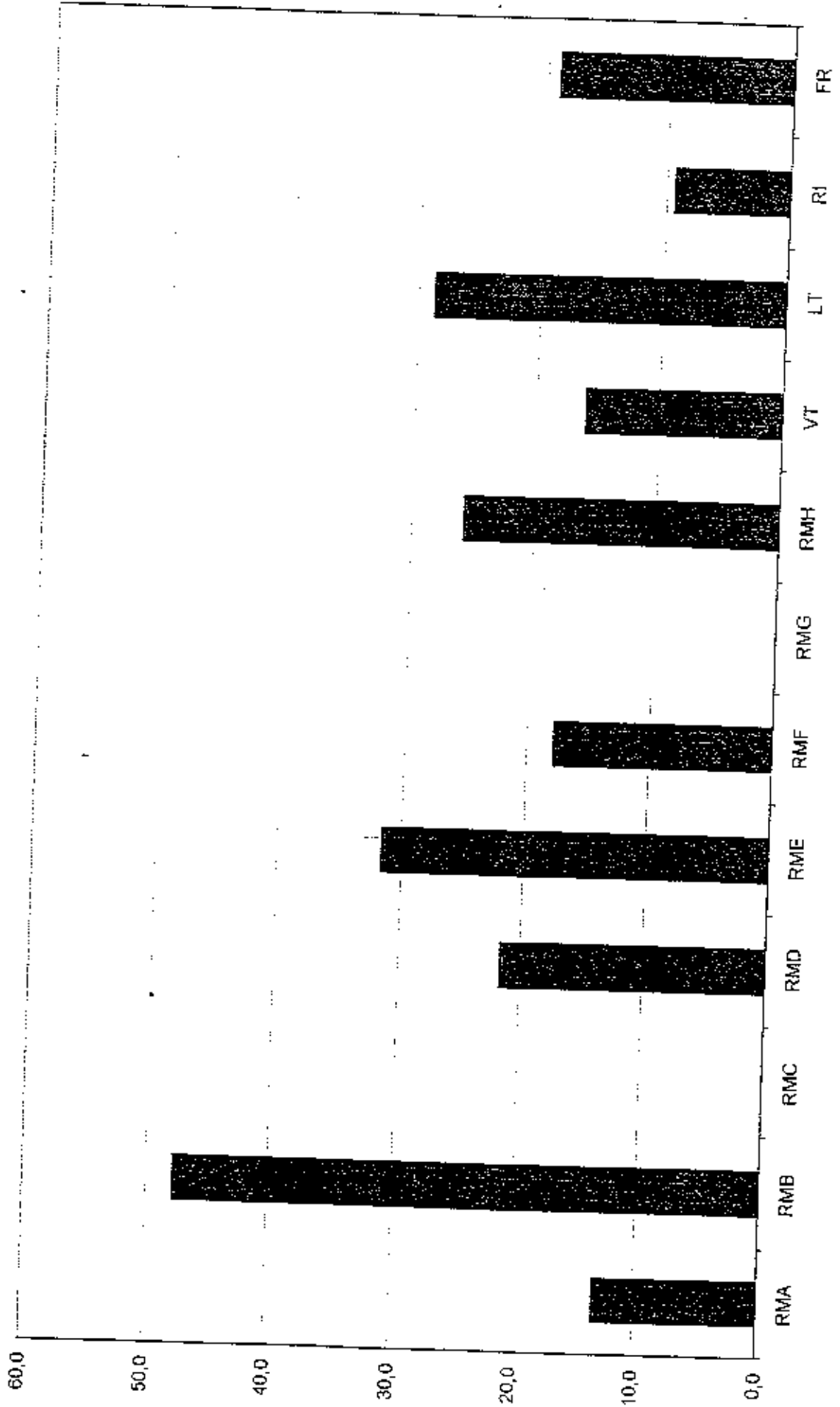
Rapporto tra utenti tossicodipendenti in trattamento diretto ed unità di personale (su base oraria standard)

	unità di personale (su base oraria standard)	numerosità utenti TD	rapporto utenti TD /personale
RMA	57,5	771	13,4
RMB	50,0	2387	47,7
RMC	44,8		m.l.
RMD	60,1	1302	21,7
RME	47,9	1510	31,5
RMF	29,3	521	17,8
RMG	35,6		m.l.
RMH	44,9	1152	25,7
VT	40,8	653	16,0
LT	38,5	1104	28,7
RI	21,8	203	9,3
FR	47,5	902	19,0
media	43,2	1050,5	24,3





Graf. 6 - Rapporto utenti TD / personale ASL



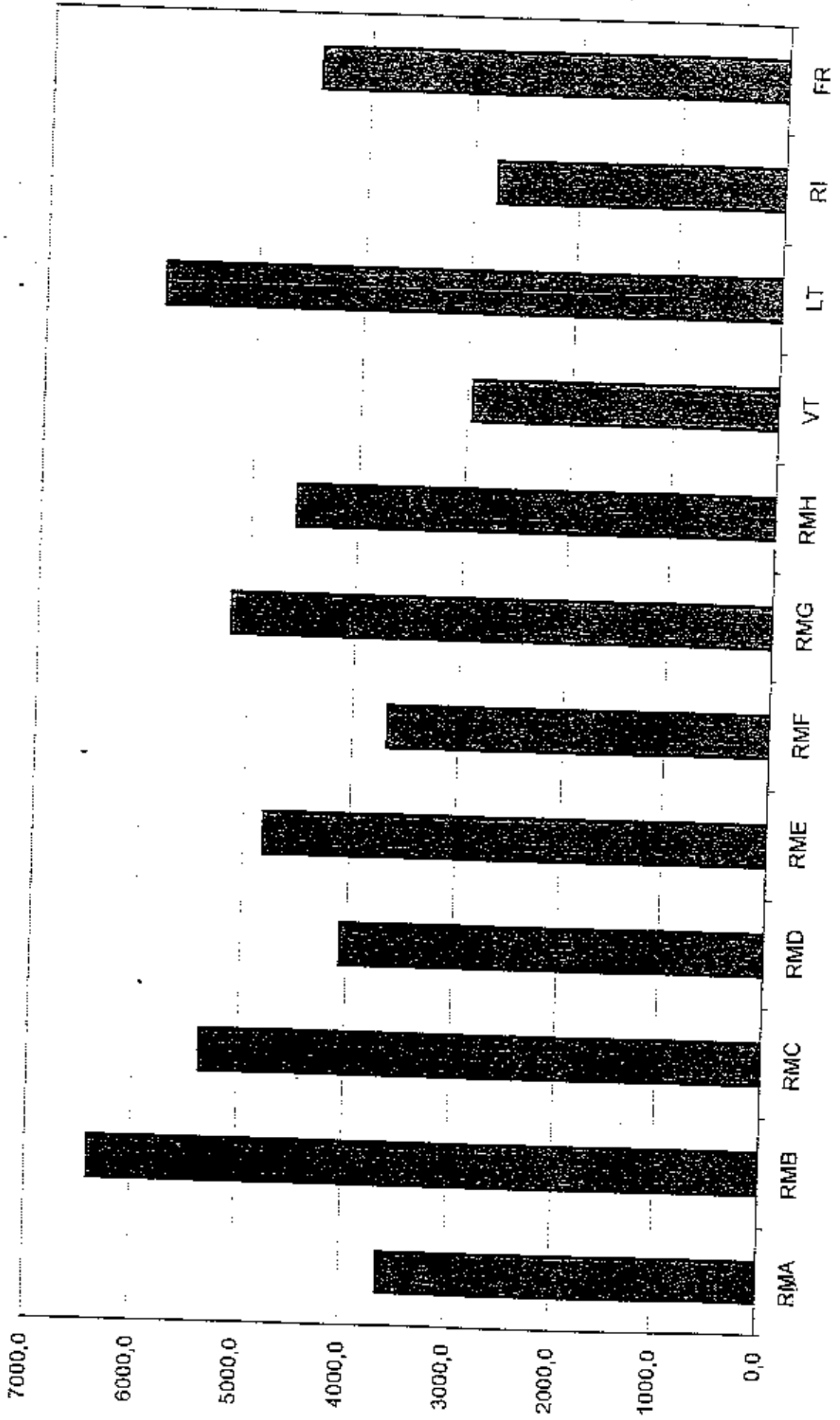
Rapporto tra popolazione a rischio (15-44 anni) e unità di personale (su base oraria standard)

	unità di personale (su base oraria standard)	popolazione fascia a rischio (15-44 anni)	rapporto popolazione fascia a rischio /personale
RMA	57,6	210725	3656,4
RMB	50,0	320751	6415,0
RMC	44,8	240656	5366,7
RMD	60,1	244594	4069,4
RME	47,9	230614	4815,0
RMF	29,3	107714	3680,9
RMG	35,6	184063	5171,7
RMH	44,9	205742	4581,9
VT	40,8	120648	2954,0
LT	38,5	226548	5883,0
RI	21,8	60787	2782,6
FR	47,5	212256	4468,5





Graf. 7 - Rapporto popolazione fascia a rischio / personale ASL



Tab. 12 Distribuzione Risorse Umane per E.A. (che hanno fornito i dati in oggetto), sede, qualifica, ore settimanali - Attività Residenziali

		responsabile	ref. Progr.	medico	psichiatra	psicologo	operatore	ass. sociale	amministrativo	educat. prof.	volontario	psicologo	animatore	ag. tecnico	artigiano	supervisore	Totale	con orario stand.
Colli	Viterbo	1					3										4	
	n. operatori	1					3										4	
	ore settim.	36					72										108	3,0
Cels	La Quercia	1				2	5										8	
	n. operatori	1				2	5										8	
	ore settim.	40				76	176										292	8,1
Fratello Sole	S. Severa				6	2											8	
	n. operatori				6	2											8	
	ore settim.				198	60											278	7,7
Ermanuoli	Rieti	1		1	1	1	1					1					5	
	n. operatori	1		1	1	1	1					1					5	
	ore settim.	40		2	6	40	40					4					92	2,6
Exodus	Cassino	1	1	1	1	4	4		2								11	
	n. operatori	1	1	1	1	4	4		2								11	
	ore settim.	38	30			152	152		78						1		334	9,3
Fispa	Orlolo Romano				1	1	1								36		2	
	n. operatori				1	1	1								36		2	
	ore settim.				36	36	36										72	2,0
Flipa	Paestrina				2	2	2										4	
	n. operatori				2	2	2										4	
	ore settim.				72	18	18										90	2,6
Le Patriarchi	Palombara Sabina	1	1							1							3	
	n. operatori	1	1							1							3	
	ore settim.	36	36							36							108	3,0
In Dialogo	Trevigliano	1				5	5										6	
	n. operatori	1				5	5										6	
	ore settim.	40				112	112										152	4,2
Sanat	Latina	1	1		1	2	2	1					1				9	
	n. operatori	1	1		1	2	2	1					1				9	
	ore settim.	36	16		25	33	72	36				3				2	221	6,1
Cusmano	Anguillara					4						14					18	
	n. operatori					4						14					18	
	ore settim.					144					180						324	9,0
Il Ponte	Civitavecchia accogl.	1				1	1										3	
	n. operatori	1				1	1										3	
	ore settim.	40				36	40										116	3,2
Il Ponte	Civitavecchia reins.	1					1										2	
	n. operatori	1					1										2	
	ore settim.	40					40										80	2,2
Il Ponte	Tuscania	1	1				1										4	
	n. operatori	1	1				1										4	
	ore settim.	40	40			40	40										160	4,4
AITAED	S. Maria di Galera					3		1					3	2			9	
	n. operatori					3		1					3	2			9	
	ore settim.					116		36					72	76			302	8,4
AIVA	Nettuno			1		4	1					4					10	
	n. operatori			1		4	1					4					10	
	ore settim.			24		160	30				42						256	7,1
COTRAD	Roma				2	1	1										3	
	n. operatori				2	1	1										3	
	ore settim.				72	18	18										90	2,5
COTRAD	Montefiascone				3	2	2									1	5	
	n. operatori				3	2	2									1	5	
	ore settim.				108	54	54								36		182	4,5

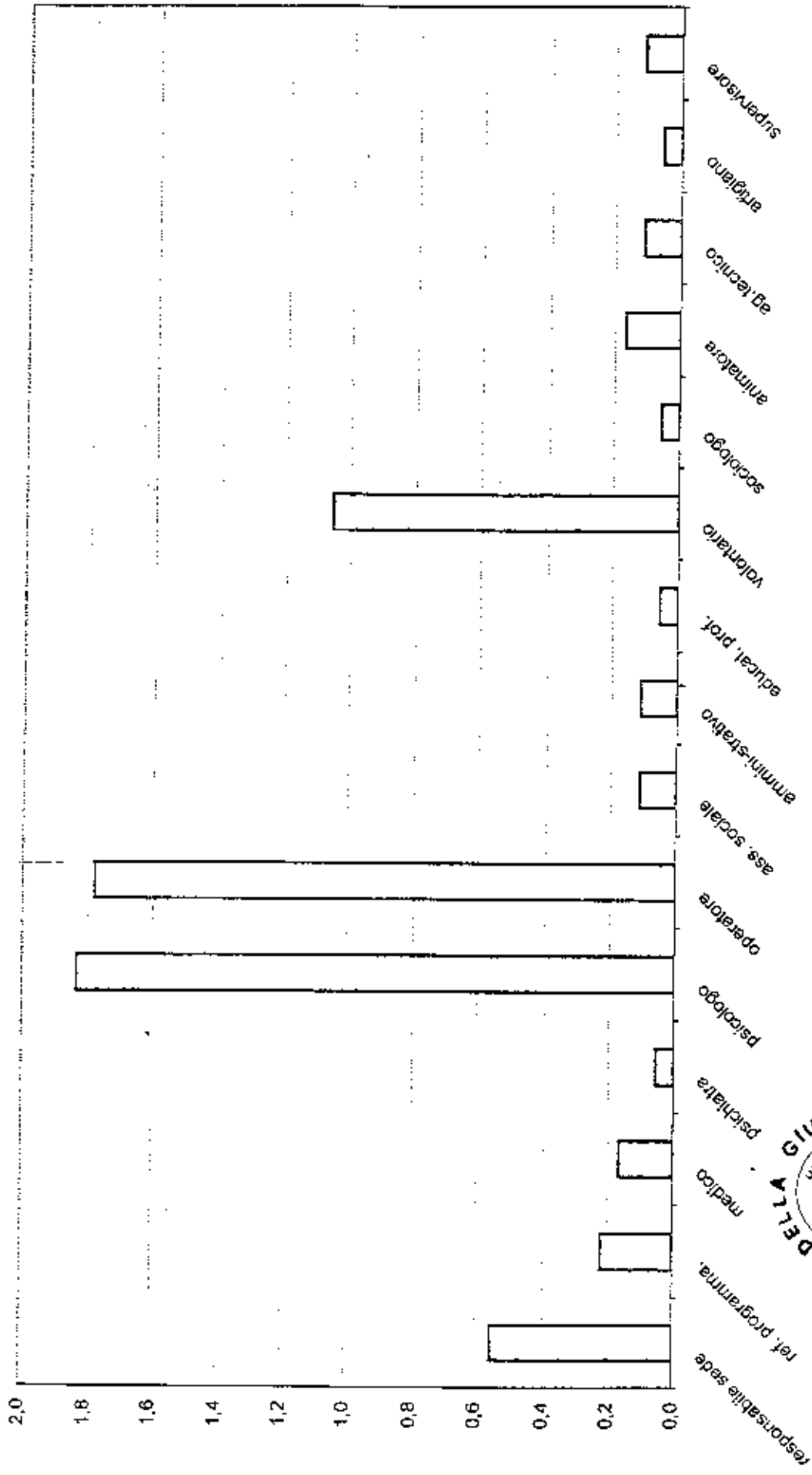


Tab. 12 Distribuzione Risorse Umane per E.A. (che hanno fornito i dati in oggetto), sede, qualifica, ore settimanali - Attività Residenziali

Riepilogo																
	responsabile sede	ref. programma	medico	psichi altri	psicologo	operatore	ass. sociale	amministrativo	educativo	volontario	sociologo	animatore	ag. tecnico	artigiano	supervisore	Totale
ii. operatori totali	10	4	3	1	33	32	2	2	1	19	1	3	2	1	2	89,9
ore settimanali Totali	306	172	26	25	1099	980	72	76	36	225	4	72	76	38	38	3237
media personale per sede	0,6	0,2	0,2	0,1	1,8	1,8	0,1	0,1	0,1	1,1	0,1	0,2	0,1	0,1	0,1	6,3
media orario settimanale per singolo adetto, se presente la qualifica in sede	30,6	30,5	8,7	25,0	33,3	30,6	36,0	38,0	36,0	11,8	4,0	24,0	38,0	38,0	19,0	28,4
media orario settimanale complessivo per qualifica, per sede	17,0	6,8	1,4	1,4	61,1	54,4	4,0	4,2	2,0	12,5	0,2	4,0	4,2	2,1	2,1	179,8
																0,0

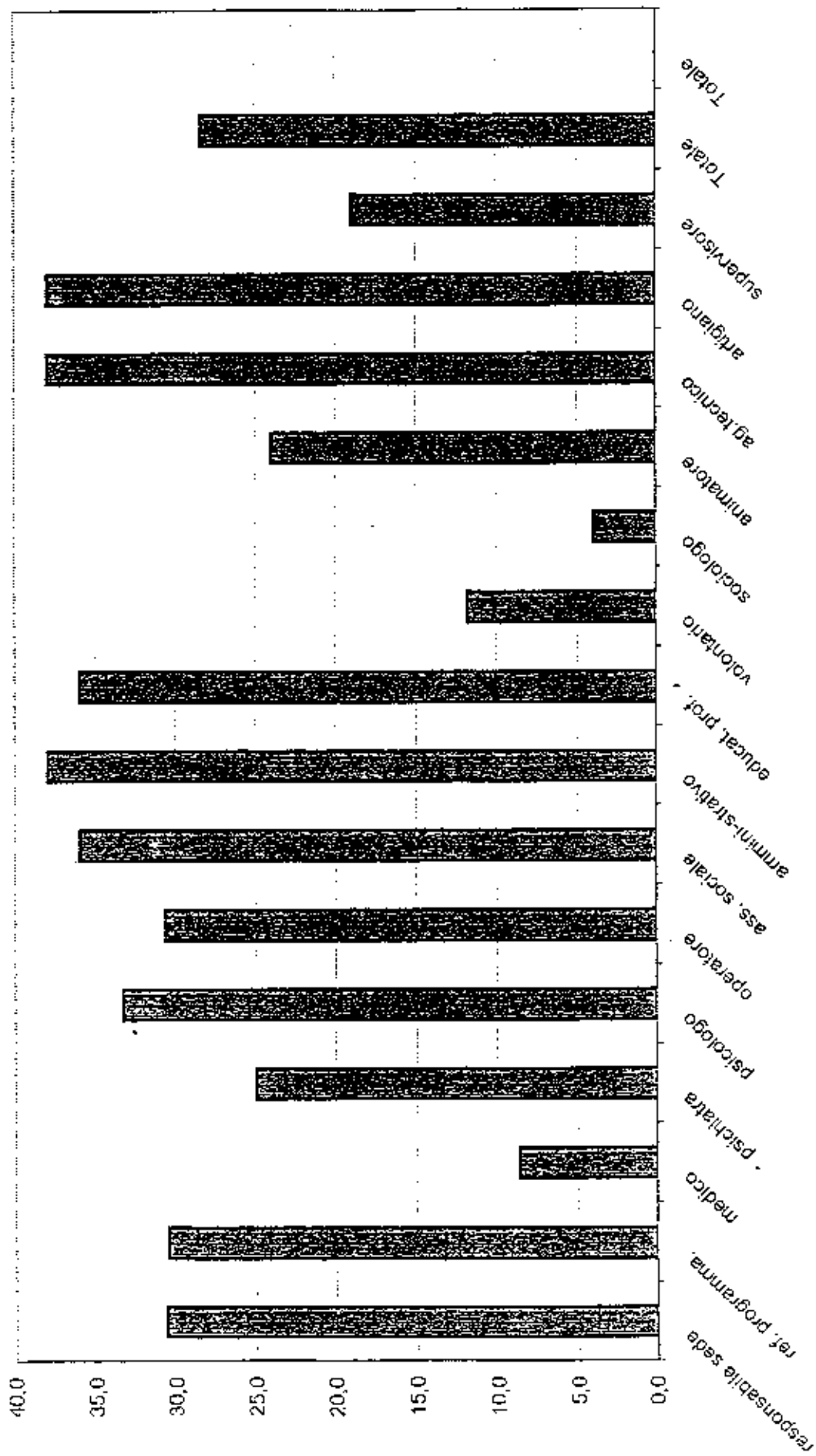


Graf. 8 - Media personale per sede - Attività Residenziali EE.AA.





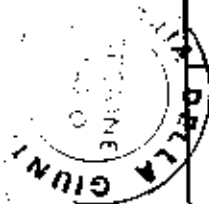
Graf. 9 - Media orario settimanale per singolo addetto, se presente la qualifica in sede - Attività Residenziali EE.AA.



Tab. 13 Rapporto tra posti letto di residenzialità e unità di personale (su base oraria standard)

		n. operatori (base oraria standard)	n. posti residenziali	utenti / personale
Ceis	Viterbo	3,0	25	8,3
Ceis	La Quercia	8,1	40	4,9
Fratello Sole	S. Severa	7,7	28	3,6
Emmanuel	Rieti	2,6	20	7,8
Exodus	Casino	9,3	20	2,2
Fispa	Ortolo Romano	2,0	10	5,0
Fispa	Palestrina	2,6	8	3,2
La Patriarcho	Palombara Sabina	3,0	23	7,7
In Dialogo	Trevigliano	4,2	50	11,8
Saman	Latina	5,1	23	3,7
Cusmano	Anguillara	9,0	48	5,3
Il Ponte	Civitavecchia accogl.	3,2	10	3,1
Il Ponte	Civitavecchia reh.s.	2,2	10	4,5
Il Ponte	Tuscania	4,4	20	4,5
AITAED	S. Maria di Galera	8,4	14	1,7
AIVA	Nettuno	7,1	8	1,1
COTRAD	Roma	2,5	12	4,8
COTRAD	Montefiascon e	4,5	12	2,7





Tab. 14

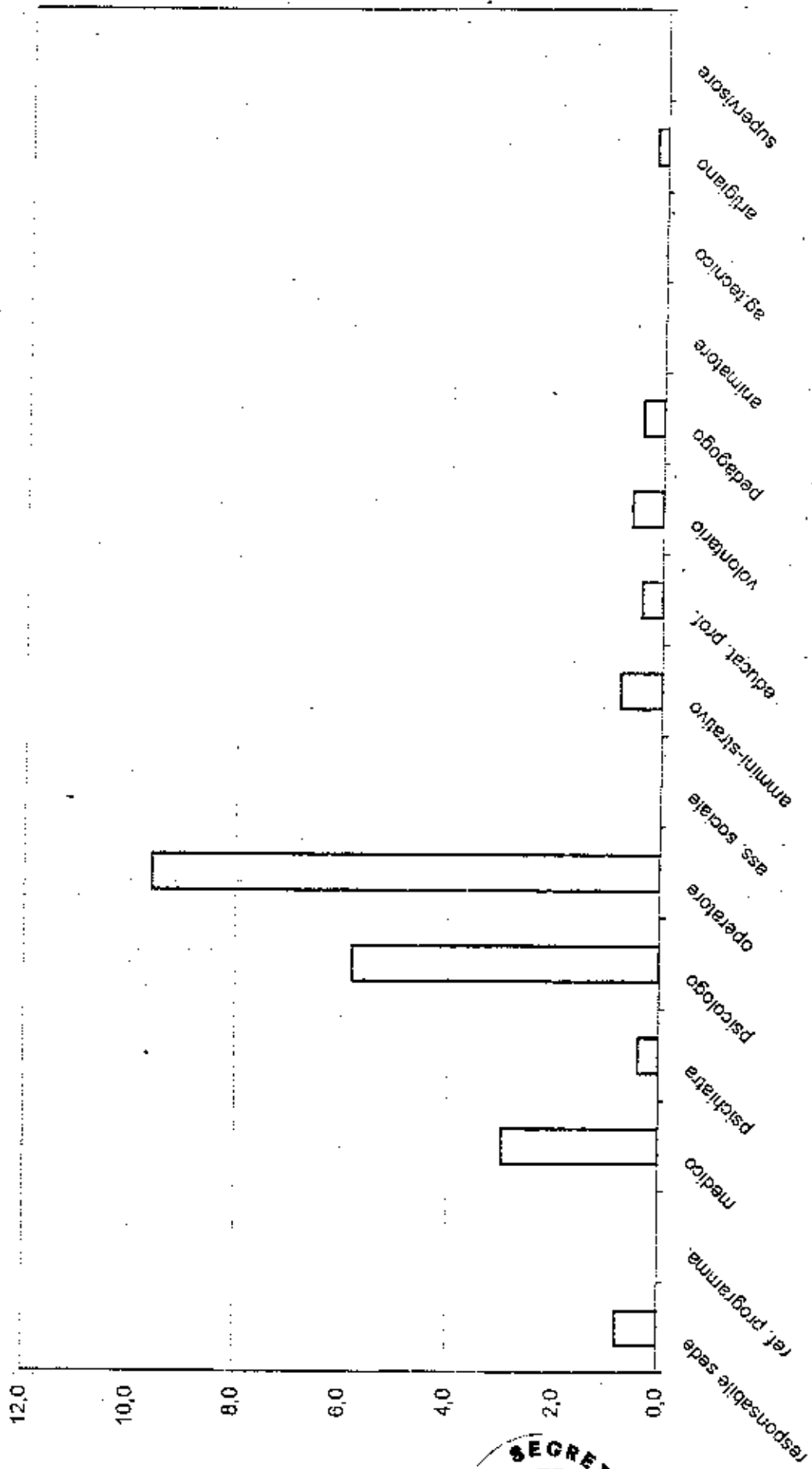
Distribuzione Risorse Umane per E.A. sede, qualifica, ore settimanali - Attività Semiresidenziali

	n. operatori ore settim.	responsabili ref. Progr.	medico	psichiatra	psicologo	operatore sociale	amministrativo	educat. prof.	volontario	pedagogo	emmalore	ag. tecnico	artigiano	supervisore
Celis	1 36	1				3								
Celis	1 40	1			2	5								
Villa Maraini	1 40	1	11	23	34	34	2	2		1				
La Promessa			215	495	773	773	52	52	3	14				
Exodus	1 38	1	3	2	2	2							1	38
			1	1	4	4	2			1			1	
			152	152	152	152	76			30			38	

Riepilogo

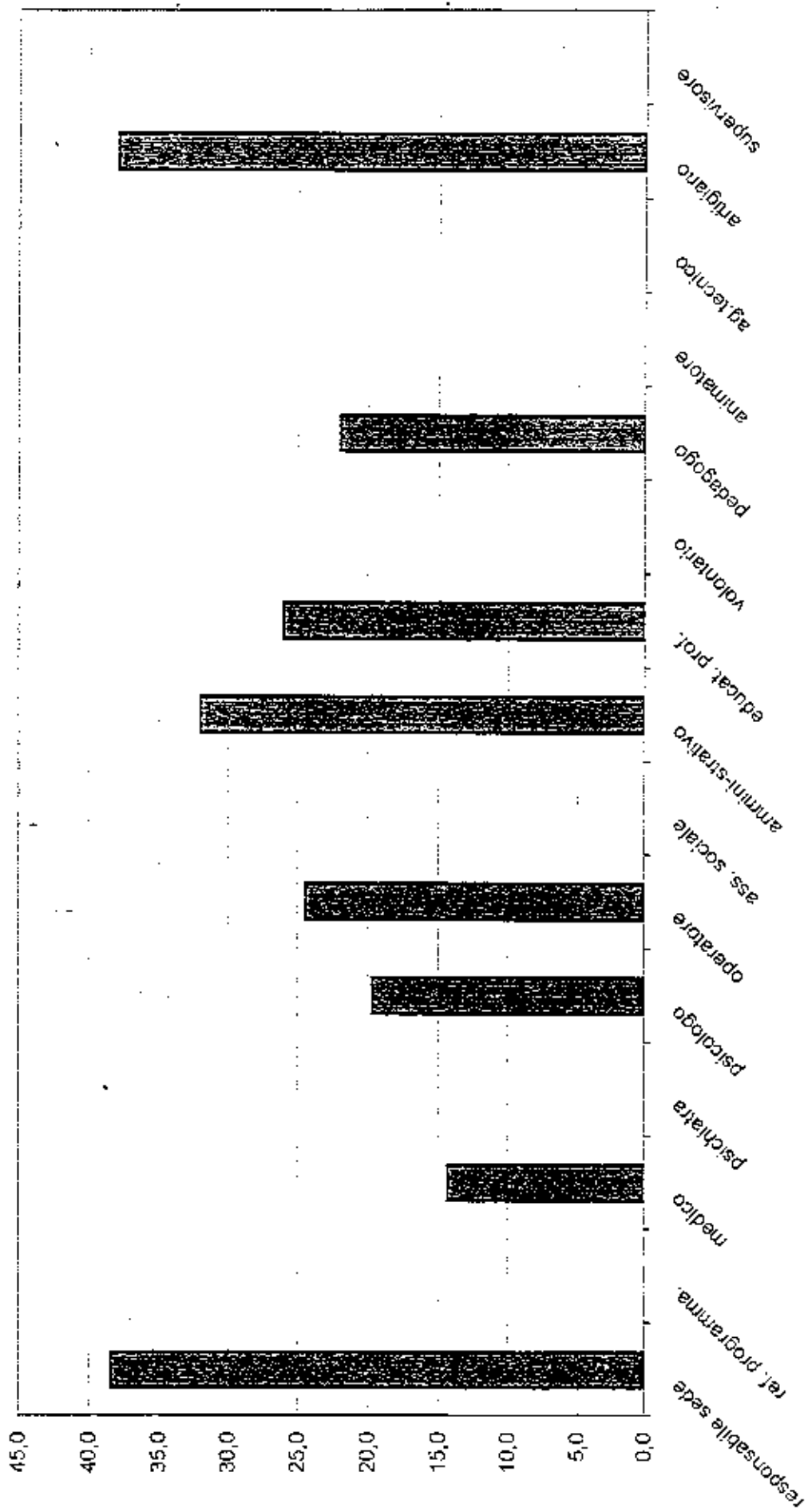
	responsabile sede	ref. programma	medico	psichiatra	psicologo	operatore sociale	amministrativo	educat. prof.	volontario	pedagogo	animatore	ag. tecnico	artigiano	supervisore
n. operatori totali	4	0	15	2	29	48	0	2	3	2	0	0	1	0
ore settimanali Totali	154	0	215	0	571	1173	0	52	0	44	0	0	38	0
media personale per sede	0,8	0,0	3,0	0,4	5,8	9,6	0,0	0,4	0,6	0,4	0,0	0,0	0,2	0,0
media orario settimanale per singolo addetto, se presente la qualifica in sede	38,5	0,0	14,3	0,0	19,7	24,4	0,0	26,0	0,0	22,0	0,0	0,0	38,0	0,0
media orario settimanale complessivo per qualifica, per sede	30,9	0,0	43,0	0,0	114,2	234,6	0,0	10,4	0,0	8,0	0,0	0,0	7,6	0,0

Graf. 10 - Media personale per sede - Attività Semiresidenziale EE.AA.





Graf. 11 - Media orario settimanale per singolo addetto, se presente la qualifica in sede - Attività Semiresidenziali EE.AA.



Tab. 15

Distribuzione Risorse Umane per E.A. sede, qualifica, ore settimanali - Attività non residenziali

		responsabili	coordin.	medico	psichiatra	psicologo	operatore	ass. sociale	ammini- strativo	educat. prof.	volontari	supervisor	sociali antrop. pedag.	consul. form. sacerdote	Totale
Il Faro	Sora			2		3	5	1	1	5			3	3	24
Albedo	PME			5	1	15			5	75			18	24	147
Il Cammino	Via Vanzelli				20	35					1				7
Ares	Rvia Borromeo		1				5				15				70
Cives	via Togliatti		6		6	64	3					1	1		9
Parsac	P. Marucchi						50		1				5		76
Albatros	via Monteparco					2	1						2		3
Aglast	via Lussimpiccola					51	16		36				51		60
La Torre	Ceprano					3	3		1				1		6
Il Ponte	Cisterna					86	52		20				8		174
						4	5								9
						54	39								214
											18				9
											40				93
							6								19
							12								40
															7
															14



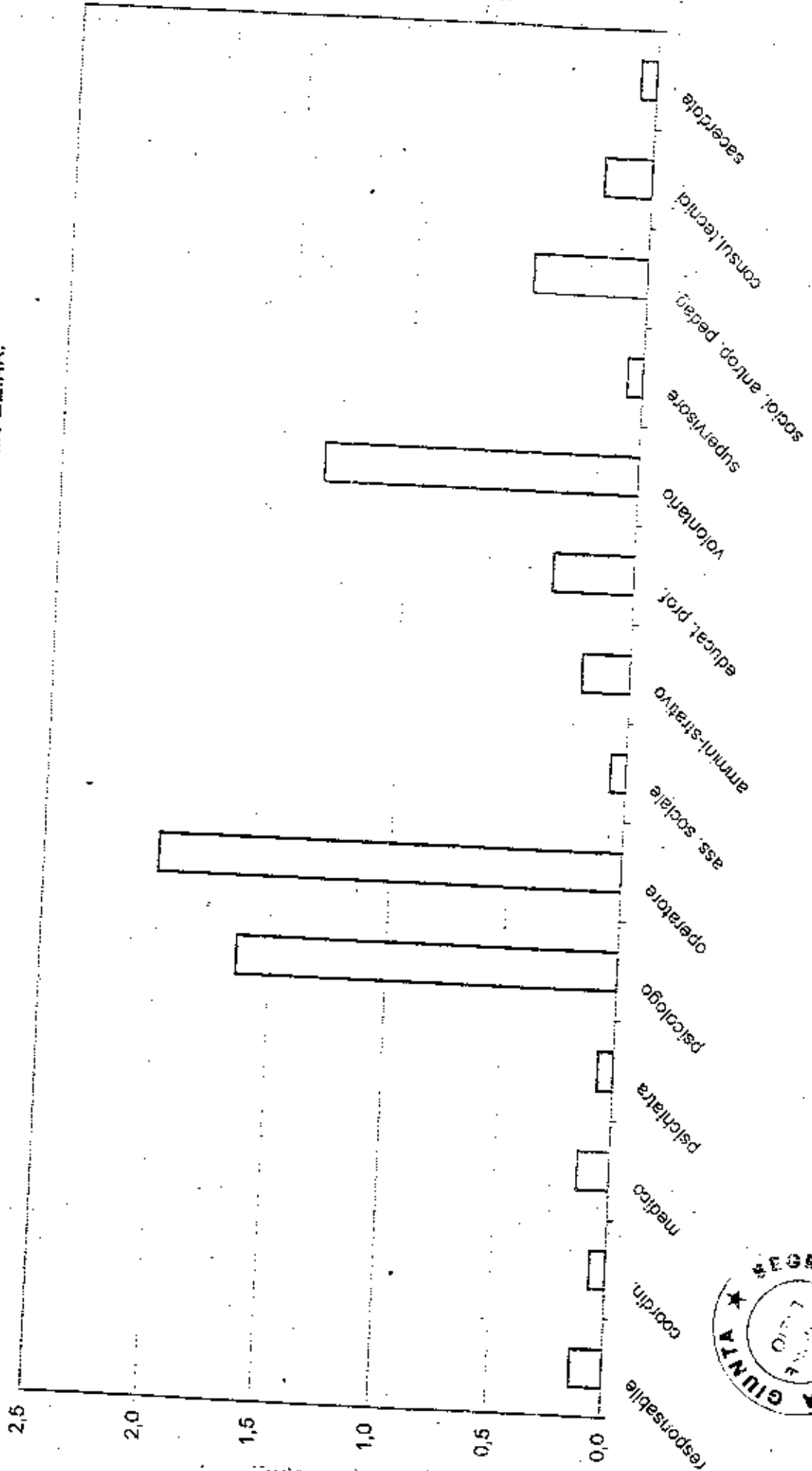
Distribuzione Risorse Umane per E.A. sede, qualifica, ore settimanali - Attività non residenziali

Tab. 15

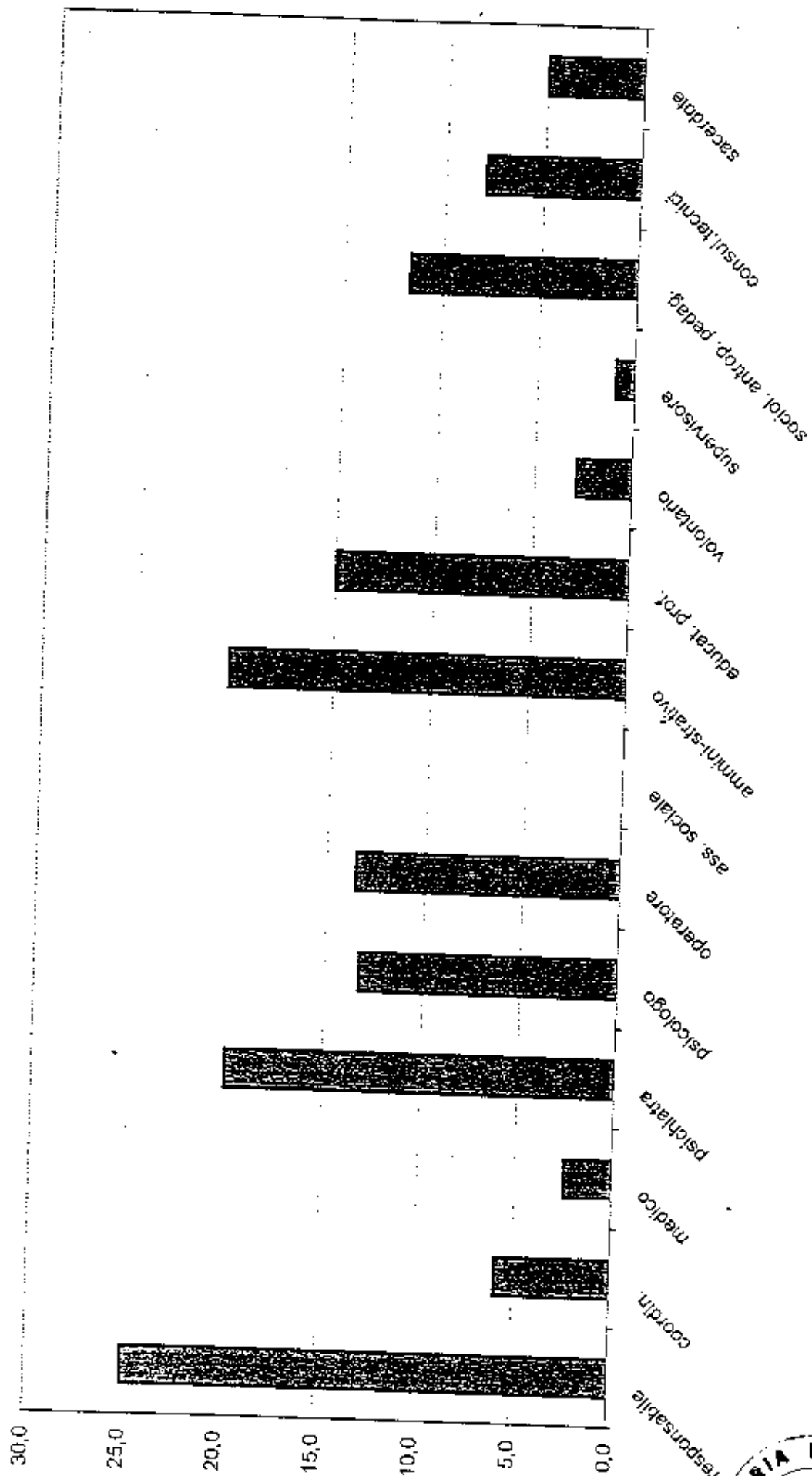
Riepilogo														Totale	
	responsabile	coordinatore	medico	psichiatra	psicologo	operatore	ass. sociale	amministrativo	educat. prof.	volontario	supervisore	sociol. antrop. pedagog.	consul. tecnici	sacerdote	
n. operatori totali	2	1	2	1	23	28	1	3	5	19	1	7	3	1	97
ore settiman. Totali	50	6	5	20	305	379	0	61	75	55	1	82	24	5	1068
media personale per sede	0,1	0,1	0,1	0,1	1,6	2,0	0,1	0,2	0,4	1,4	0,1	0,5	0,2	0,1	6,9
media orario settimanale per singolo addetto, se presente la qualifica in sede	25,0	6,0	2,5	20,0	13,3	13,5	0,0	20,3	15,0	2,9	1,0	11,7	8,0	5,0	11,0
media orario settimanale complessivo per qualifica, per sede	3,6	0,4	0,4	1,4	21,8	27,1	0,0	4,4	5,4	3,9	0,1	5,9	1,7	0,4	76,3



Graf. 12 - Media personale per sede - Attività Non Residenziale EE.AA.



Graf. 13 - Media orario settimanale per singolo addetto, se presente la qualifica in sede - Attività Non Residenziali EE.AA.



Risorse fisiche ASL, per attività ambulatoriali, disponibili nelle singole sedi



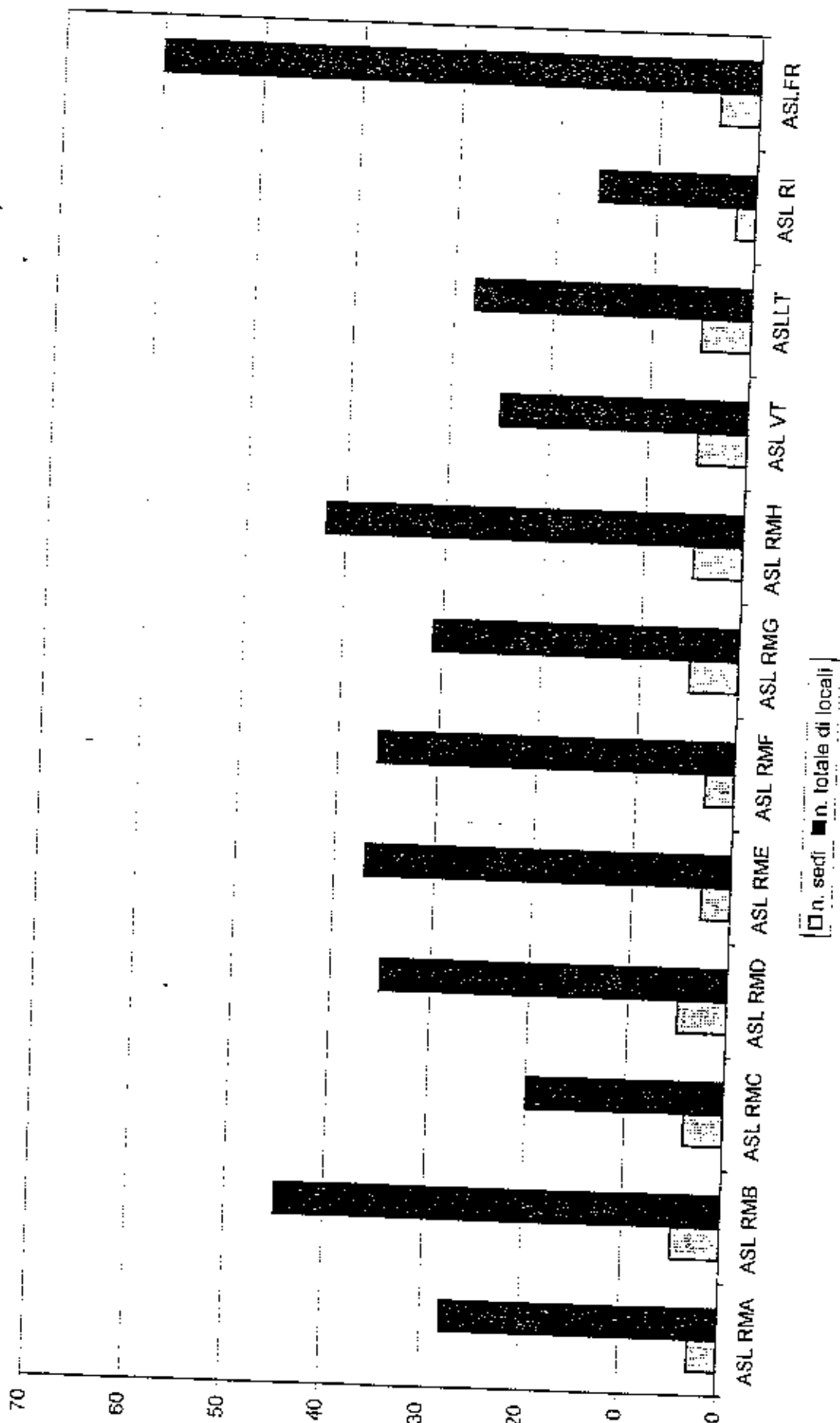
		strutture per attività ambulatoriali														altro	
ASL	Comuni	n. totale di locali	località per accoglienza utenza, esigenze informazioni	località per l'attesa	ambulatorio medico	ambulatorio per attività psicologica	ambulatorio per attività di assistenza sociale	area per attività di gruppo	altri locali per attività non terapeutica	servizi igienici utenti per raccolta urine	servizi igienici e spogiatori operatori	locali per conservazione farmaci, che garantiscono sicurezza	località per segreteria amministrativa	altro locale per funzioni di equipe (distrito dagli ambulatori)	spazio archivio con garanzie strutturali per la privacy	altro	
ASL RMA	Riari	9	1		1	1	1			1	1	1		1	1		
	Frentani	6			1	1	1			1	1	1		1	1		
	Monteasacro	13	1	1	1	2	1	1		1	1	1		1	1		
	Totale	28	2	1	3	4	3	1	0	3	3	3	1	2	2	0	
ASL RMB	Teodofico	9		1	2	2											
	Rebibbia	2				1											
	Casilina	10	1		2	2	2	1		1	1		1				
	Platani	9		1	1	3	1			1	1						
	Sas III	16	1	1	1	3	1	1		1	1						
	totale	45	2	3	6	11	4	2	0	5	6	3	1	1	1	0	
ASL RMC	VI	12		1	3	2	1	1		1	1	1		1	1	0	
	IX	5		1	1				1	1	1					1	
	XI	25															
	XII	1			1												
	totale	43	0	2	5	2	1	1	1	2	2	1	0	0	0	1	
ASL RMD	Tegaste	12	1		2	2	2			1	1	1					
	Valiano	10	1		2					1	1	1	1				
	Folchi	9		1		1				1	2	1	1				
	Imbrocciatello	3			1	1	1	1		1	2	1	1			2	
	Ambulatorio	1												1			
	totale	35	2	1	4	3	3	1	0	3	5	2	3	1	0	1	
ASL RME	S.M. Pietra	10	1		1	2	1			2	1	1					
	5 Giornata	20	1	2	3	3	2			2	1	1	1			7	
	Val Cannita	7	1	1	1	1	1			2	3	1	1				
	Totale	37	3	3	5	6	3	0	1	1	1	2	1	1		1	
ASL RMF	Riano	8		1	2	2	1			5	5	2	2	1	0		
	Bracciano	8		1	1	1	1			1	1						
	Civilevec.	20	1	1	3	1	2	1		1	1	1	1				
	Totale	36	1	3	6	4	4	1	0	3	8	1	1	0	1	1	

Risorse fisiche (riepilogo strutture ambulatoriali ASL)

	n. sedi	strutture per attività ambulatoriali											altro			
		n. totale di locali	locali per accoglienza utenza, segreteria informazioni	locali per l'attesa	ambulatorio medico	ambulatorio per attività psicologica	ambulatorio per attività di assistenza sociale	area per attività di gruppo	altri locali per attività non terapeutica	servizi igienici utenti per raccolta urine	servizi igienici e spogliatoi operatori locali per conservazione farmaci, che garantiscono sicurezza	locali per segreteria amministrativa		altri locali per riunioni di equipe (distinti dagli ambulatori)	spazio archivio con garanzie strutturali per la privacy	
ASL RMA	3	28	2	1	3	4	3	1	0	3	3	3	1	2	2	0
ASL RMB	5	45	2	3	6	11	4	2	0	5	6	3	1	1	1	0
ASL RMC	4	20	0	2	5	2	1	1	1	2	2	1	0	0	0	1
ASL RMD	5	35	2	1	4	3	3	1	0	3	5	2	3	1	0	7
ASL RME	3	37	3	3	5	6	3	0	1	5	5	2	2	1	0	1
ASL RMF	3	36	1	3	6	4	4	1	0	3	10	1	1	0	1	1
ASL RMG	5	31	0	4	5	4	4	2	1	5	5	1	0	0	0	0
ASL RMH	5	42	2	4	8	6	4	1	1	5	6	1	0	3	0	1
ASL VLT	5	25	2	2	3	3	3	2	1	3	3	2	0	1	0	0
ASL LT	5	28	4	1	5	4	3	1	1	6	1	1	1	0	0	0
ASL RI	2	16	1	0	2	4	2	0	0	2	1	1	1	1	0	1
ASL FR	4	60	4	4	4	6	8	4	3	5	7	4	3	3	4	1



Graf. 14 - Risorse fisiche per attività ambulatoriale (n.locali per Azienda e numero sedi attive)



ASL
AZIENDA

Tab. 18

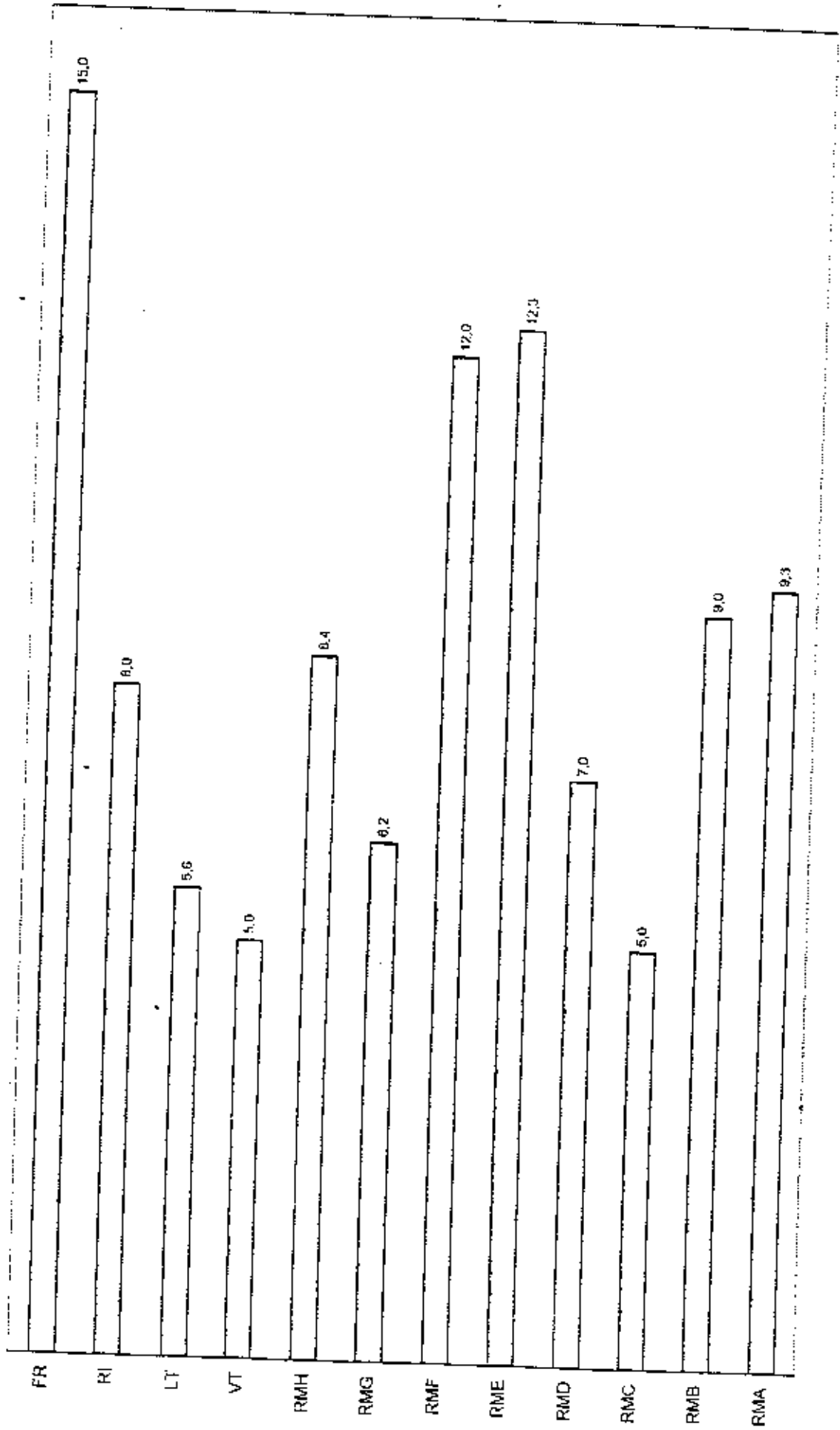
Risorse fisiche - media dei locali disponibili su singola sede, per attività ambulatoriale (ASL)

	strutture per attività ambulatoriali (medie aziendali per singola sede)													n. sedi			
	in medio di locali per singola sede	locali per accoglienza	informazioni	locale per l'attesa	ambulatorio medico	ambulatorio attività psicologica	ambulatorio per attività di ass. soc.	area per attività di gruppo	locali per attività non terapeutica	serv. igien. utenti raccolta urine	servizi igien. spogliatoi operatori	locali per conservazione farmaci	locale per segret. amministrativa		altro locale per riunioni di équipe	spazio archivio (con garanzie privacy)	altro
RMA	9,3	0,7	0,3	1,0	1,2	1,0	0,3	0,0	1,0	1,0	1,0	1,0	0,3	0,7	0,7	0,0	3
RMB	9,0	0,4	0,5	1,2	2,2	0,9	0,4	0,0	1,0	1,2	0,6	0,2	0,2	0,2	0,2	0,0	5
RMC	5,0	0,0	0,5	1,3	0,5	0,3	0,3	0,3	0,5	0,5	0,3	0,0	0,0	0,0	0,0	0,3	4
RMD	7,0	0,4	0,2	0,8	0,6	0,6	0,2	0,0	0,8	1,0	0,4	0,6	0,2	0,2	0,0	1,4	5
RME	12,3	1,0	1,0	1,7	2,0	1,0	0,0	0,3	1,7	1,7	0,7	0,7	0,3	0,3	0,0	0,3	3
RMF	12,0	0,3	1,0	2,0	1,3	1,3	0,3	0,0	1,0	3,3	0,3	0,3	0,0	0,0	0,3	0,3	3
RMG	8,2	0,0	0,8	1,0	0,8	0,8	0,4	0,2	1,0	1,0	0,2	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	5
RMH	8,4	0,4	0,8	1,6	1,2	0,8	0,2	0,2	1,0	1,2	0,2	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	5
VT	5,0	0,4	0,4	0,6	0,6	0,6	0,4	0,2	0,6	0,6	0,4	0,0	0,0	0,0	0,0	0,2	5
LT	5,5	0,8	0,2	1,0	0,8	0,6	0,2	0,2	1,3	0,2	0,2	0,2	0,2	0,0	0,0	0,0	5
RI	8,0	0,5	0,0	1,0	2,0	1,0	0,0	0,0	1,0	0,5	0,5	0,5	0,5	0,0	0,0	0,0	5
FR	15,0	1,0	1,0	1,0	1,5	2,0	1,0	0,8	1,3	1,8	1,0	0,8	0,8	0,5	1,0	0,5	2
Medie	8,6	0,5	0,6	1,2	1,2	0,9	0,3	0,2	1,0	1,2	0,6	0,3	0,3	0,3	0,2	0,3	4,1

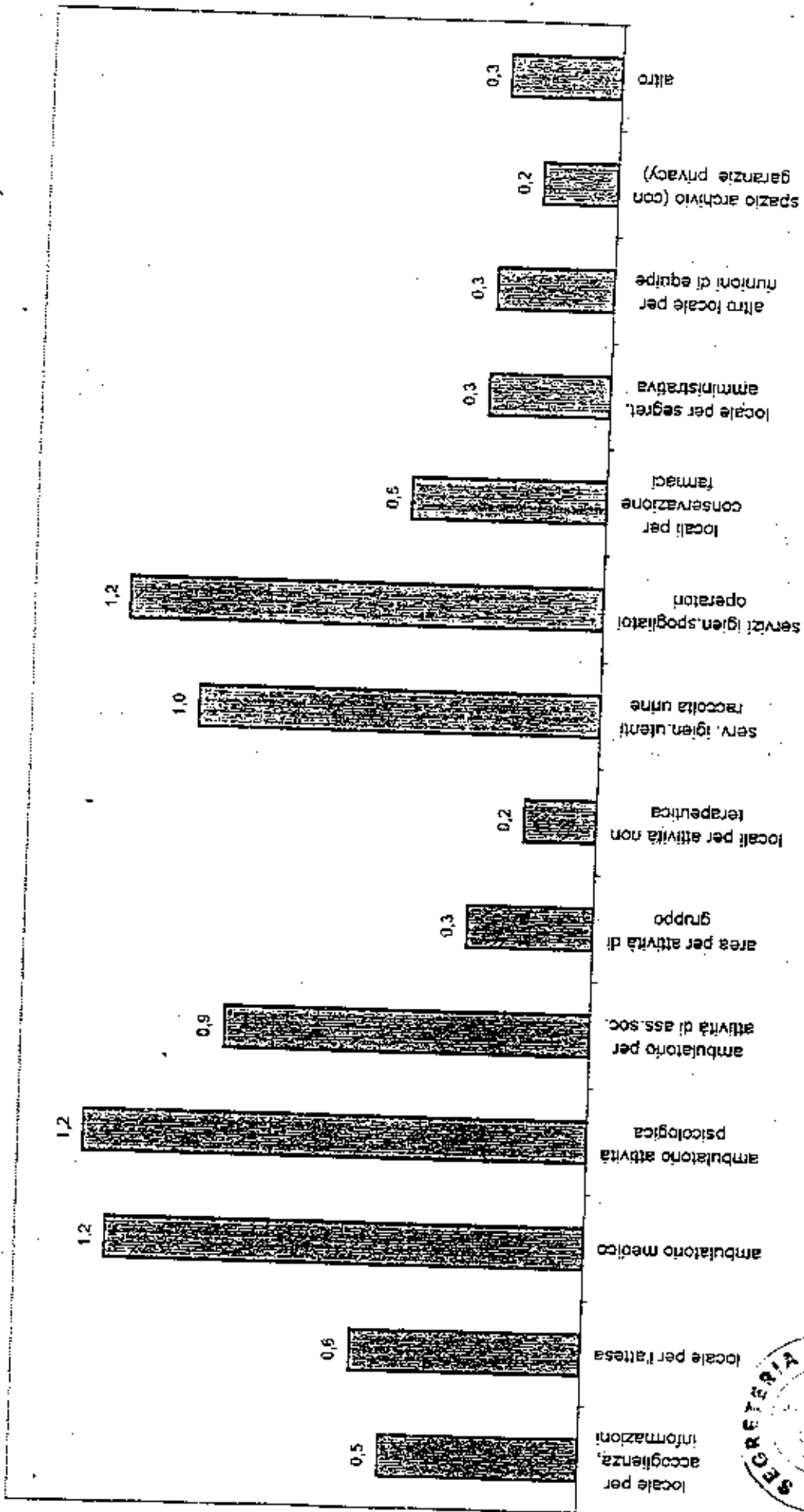




Graf. 15 - Media del numero di locali per singola sede (attività ambulatoriale)



Graf. 16 - Media del numero di locali in ambito regionale per destinazione d'uso (attività ambulatoriale)



Tab. 19

Risorse fisiche ASL, per attività semiresidenziali, disponibili nelle singole sedi

	struttura per attività residenziali e semiresidenziali con più di otto persone												
	n. totale di locali	camera da letto con max. 8 posti	servizi igienici	locali pranzo soggiorno	locali per cucina dispensa	avanzata guardaroba	locali per responsabile struttura	locali per operatori	servizi igienici operatori	locali per attività riabilitativa	altro	altro	altro
	X circ.	8	2	1	1	1		1	1	1			
RMB	La Tenda	11	2	1	1	1		1	1	1		1	
RM G	Palestrina	14	3	1	1		1	2	2	4			
RI		9	1	1	1		1		1	3		1	
FR	Ceccano	10	2	1	1		1	1	1	2		1	



		autoveature	computer	strumentaz. Analisi metaboliti	materiale vano audiovisivo
RM A	Riari		1		
	Frentani		3		
	Montesacro		3		
	TOTALE	0	7	0	0
RM B	Teodorico		1		
	Rebibbia		1		
	Casilina		1		1
	Pietani		1		
	Sestili		2		1
	TOTALE	0	6	0	2
RM C	1		2		3
	2		1		
	3		4		3
	4		2		
	TOTALE	0	9	0	6
RM D	Tagaste		1		
	Vaiano	1	1	1	
	TOTALE	1	2	1	0
RM E	S.M.Pieta	1	1		
	5 Giornata	1	9		
	Val Cannuta		3		
	TOTALE	2	13	0	0
RM F	Riano		1		
	Bracciano		2		
	Civitavecchia		2		
	TOTALE	0	5	0	0
RM G	Palestrina	1	1		1
	TOTALE	1	1	0	1
RM H	Giampino		1	1	2
	Velletri	1	2	1	
	Genzano		1		2
	Frascati		1	1	2
	Nettuno		2	1	2
	TOTALE	1	7	4	8
ASL VT	1	1	1		
	2	1	1		
	3	1	2		1
	4		1	1	
	5	1	2	1	1
	TOTALE	4	7	2	2
ASL LT	Aprilia	1	1	1	
	Priverno		1	1	
	Terracina		2		
	Latina		2		
	Fornia		2		1
	TOTALE	1	8	2	1
ASL RI	Rieti	2	3		
	P.Mirteto		1		1
	TOTALE	2	4	0	1
ASL FR	Frosinone	5	10	1	1
	Ceccano	1	7	1	3
	Sora		1		
	Cassino	1	2		1
	TOTALE	7	20	2	5

Voci dei costi di produzione	specifiche
Acquisti beni sanitari	medicinali e galenici
	prodotti di laboratorio per analisi
	materiale sanitario di consumo
	presidi sanitari e chirurgici
	altri prodotti
Acquisti beni non sanitari	materiale tecnico strumentale
	generi alimentari
	cancelleria, stampati e supporti,
	combustibili, carburanti
	altri materiali non sanitari
Acquisti servizi, appalti, manutenzioni e riparazioni	consulenze e servizi vari
	utenze
	appalti
	manutenzioni e riparazioni
Costi per prestazioni di servizi sanitari	convenzioni assistenza
	iniziative programmatiche
Costo personale dipendente	

Risorse economiche ASL - costi di produzione (Fondo della quota capitaria attribuito al Settore / Dipartimento in bilancio di previsione)

	Voci dei costi di produzione (in milioni di lire)				Costo personale dipendente	Totale
	Acquisiti beni sanitari	Acquisiti beni non sanitari	Acquisiti servizi, appalti, manutenzioni e riparazioni	Costi per prestazioni di servizi sanitari		
RM A						
RM B						
RM C						
RM D	160	13				
RM E	311	6,6	m.l.	1.600	4.600	6.373
RM F	80,5	22,5	665,4	440	2.820	4.243
RM G			79,2	346,3	1.725	2.254
RM H						
ASL VT						
ASL LT						
ASL RI					5.500	5.500
ASL FR	350	15				
			260	1.200	3.680	5.525



Risorse economiche ASL - modalità di assegnazione risorse economiche

ASL	RMD			RME			RMF			RMG			VF			LT			RI			FR			
	assente	virtuale	reale	assente	virtuale	reale	assente	virtuale	reale	assente	virtuale	reale	assente	virtuale	reale	assente	virtuale	reale	assente	virtuale	reale	assente	virtuale	reale	
Fonte del Finanziamento Regione Lazio		X			X			X			X														
fondo della quota capitaria attribuito al Servizio/Settore/dipartimento dall'Azienda		X			X			X			X														
Fondo Lotta alla droga		X																							
CIPE																									
altri finanziamenti Regionali		X																							
Altra Istituzione pubblica																									
Nazionali																									
Comunitarie																									
Extracomunitarie																									
Privato																									
specificare.....																									



Risorse economiche ASL - entità e provenienza fondi per le dipendenze

	Regione Lazio				Altre istituzioni pubbliche			TOTALE
	fondo della quota capitolina attribuita al Servizio/Settore/dipartimento dall'Azienda	Fondo Lotta alla pirola	CIPE	altri finanziamenti Regionali	Nazionali	Contingente	Extracontingente	
RM A	entità del fondo (in milioni di lire) specificazioni delibere di riferimento	1.261,50						1261,5
RM B	entità del fondo (in milioni di lire) specificazioni delibere di riferimento	1.804,90						1804,9
RM C	entità del fondo (in milioni di lire) specificazioni delibere di riferimento	1.400,00						1400
RM D	entità del fondo (in milioni di lire) specificazioni delibere di riferimento	286,50	509,615	progetto di riordino				796,115
RM E	entità del fondo (in milioni di lire) specificazioni delibere di riferimento	6373	870,81	4118/97				7243,81
RM F	entità del fondo (in milioni di lire) specificazioni delibere di riferimento	1379-1380/98	523,40	prev. rifiaz. danno				1802,40
RM G	entità del fondo (in milioni di lire) specificazioni delibere di riferimento	4243	915,42	DGR Lazio				5158,42
RM H	entità del fondo (in milioni di lire) specificazioni delibere di riferimento	2254	1.025,20	potenziamento Ser. T.				3279,20
VT	entità del fondo (in milioni di lire) specificazioni delibere di riferimento	2224-7/98	849,36	GRL 4118/87				3073,36
			28,28	potenziamento Ser. T.				3101,64
			3036/97	prog. carcere				3334,64



Tab. 24

Risorse economiche ASL - entità e provenienza fondi per le dipendenze

LT	entità del fondo (in milioni di lire)		1.169,00	679,487					1848,487
	specificazioni			potenziamento Ser. T.					
RI	delibere di riferimento			4118/97					
	entità del fondo (in milioni di lire)		101,50	339					440,5
FR	specificazioni		prev. riduz. danno	potenziamento Ser. T.					
	delibere di riferimento		DGR Lazio						
	entità del fondo (in milioni di lire)	5525	1.050,00	1200				750	8525
	specificazioni	budget preventivo	prev. rid danno; reins.	potenziamento Ser. T.				progetto integra	
	delibere di riferimento						662/98		



Allegato C

Metodi e strumenti di lavoro per l'elaborazione del Progetto – obiettivo

La Regione Lazio – Assessorato Salvaguardia e Cura della Salute – ha istituito in data 28.12.98 (DGR.n.7036) un Gruppo di Lavoro al fine di definire con i diretti attori i contenuti del presente progetto. Tale Gruppo ha lavorato, in un primo periodo, suddiviso in tre sottogruppi di discussione di:

- a. la programmazione
- b. la formazione
- c. i rapporti tra pubblico e privato.

In un secondo periodo il Gruppo, riunito nel suo insieme, ha lavorato per l'elaborazione definitiva del progetto. In questa fase di lavoro, sono stati adottati metodi e strumenti specifici di programmazione. A tal fine il Gruppo è stato guidato da conduttori, che hanno curato l'elaborazione degli strumenti e dei metodi, la raccolta e l'analisi dei dati, la presentazione di report successivi sull'avanzamento del lavoro e sull'elaborazione del progetto.

Il lavoro è stato suddiviso in fasi successive, specifiche a:

1. analisi del contesto e del fenomeno delle dipendenze in ambito locale
2. definizione degli obiettivi e dei risultati
 - 2.1. individuazione missioni
 - 2.2. individuazione e selezione ponderata obiettivi generali
 - 2.3. determinazione priorità degli obiettivi generali
 - 2.4. individuazione dei risultati (outcome e output)
 - 2.5. selezione ponderata dei risultati
 - 2.6. individuazione indicatori (con eventuali standard)
 - 2.7. selezione indicatori
 - 2.8. attribuzione dei singoli obiettivi (linee progettuali) ad Aree Funzionali
3. definizione e programmazione delle azioni e delle prestazioni



- 3.1. definizione delle azioni/prestazioni
- 3.2. attribuzioni delle singole linee di azione ad Unità Operative
4. definizione del modello organizzativo appropriato
5. analisi e programmazione delle risorse strutturali
 - 5.1. analisi risorse umane
 - 5.2. analisi risorse fisiche
 - 5.3. analisi risorse economiche
 - 5.4. analisi risorse tecniche
 - 5.5. programmazione triennale delle risorse
6. definizione dei rapporti per la costruzione della rete integrata dei servizi.

Il Gruppo è stato composto da :

conduttori: *dr.ssa Adele Di Stefano, dr. Fernando Ferrauti* - ASL Frosinone

in rappresentanza dei **Ser.T.:**

RMA: *dr. Ferdinando Cesarini*

RMB: *dr.ssa Susanna Collodi*

RMC: *dr. Silviero Albani*

RMD: *dr. Ferdinando Fonti*

RME: *dr. Pietro Casella*

dr. Carlo Valenzi

RMF: *dr. Giuseppe Barletta*

RMG: *dr. Giovanni Di Giovanni*

RMH: *dr.ssa Emanuela Falconi*

VT: *dr.ssa Anna Rita Giaccone*

LT: *dr. Angelo Bellini*

RI: *dr. Stefano Margaritelli*

FR: *dr. Fernando Ferrauti*

dr. Lucio Maciocia

in rappresentanza degli **EE.AA.:**

A.I.V.A.: *dr.ssa Anna Rita Boano*

C.E.I.S.: *sig. Roberto Mormina*

Com. Massimo: *fr. Leonardo Chidichimo*

Coop. Magliano80: *dr.ssa Germana Cesarano*

Fond. Exodus: *sig. Giancarlo Pignone*

Fond. Villa Maraini: *dr. Vincenzo Palmieri*

Mondo Nuovo: *sig. Alessandro Vanzetti*

Punto Linea Verde: *sig. Giovanni Cerullo*

in rappresentanza **Regione Lazio:**

Settore 60: *dr. Tommaso Losavio*

dr. Simonetta Fratini,

sig.ra Alba Alessandri

sig.ra Berenice Pucci

sig.ra Annalisa Marsico

O.E.R. : *dr.ssa Marina Davoli*

sig.ra Fulvia Fasqualini

In rappresentanza del **Comune di Roma:**

Agenzia Comunale per le

Tossicodipendenze: *dr. Guglielmo Masci*

GLOSSARIO

A.F.O.	Area Funzionale Omogenea
A.G.	Autorità Giudiziaria
A.S.L.	Azienda Sanitaria Locale
A.S.P.	Agenzia Sanità Pubblica
C.I.C.	Centro Informazione e Consulenza
C.R.A.R.L.	Centro di Riferimento Alcolologico della Regione Lazio
C.R.U.A.D.	Commissione Regionale Unica Abuso e Dipendenza
C.S.S.A.	Centro Servizio Sociale Adulti
D.M.I.	Dipartimento Materno Infantile
D.S.M.	Dipartimento Salute Mentale
D.G.R.	Delibera di Giunta Regionale
E.A.	Ente Ausiliario
M.G.	Medicina Generale
O.E.R.	Osservatorio Epidemiologico Regionale
O.M.S.	Organizzazione Mondiale della Sanità
P.S.N.	Piano Sanitario Nazionale
RENCAM	Registro Nazionale Cause di Morte
Ser.T.	Servizio Tossicodipendenze
S.S.N.	Servizio Sanitario Nazionale
T.D.	Tossicodipendente
U.D.S.	Unità di Strada
U.O.	Unità Organizzativa



A handwritten signature in black ink, consisting of stylized initials.