



## **LA PROGRAMMAZIONE REGIONALE ORIENTATA ALLA VALUTAZIONE DELL'OUTCOME DEI SERVIZI: BISOGNI, PRESTAZIONI, PROCESSI E RISULTATI**

Lorenzo Rampazzo

*Direzione per i Servizi Sociali - Servizio Prevenzione delle Devianze - Regione Veneto*

### **IL NUOVO RAPPORTO TRA CITTADINO E SISTEMA DEI SERVIZI**

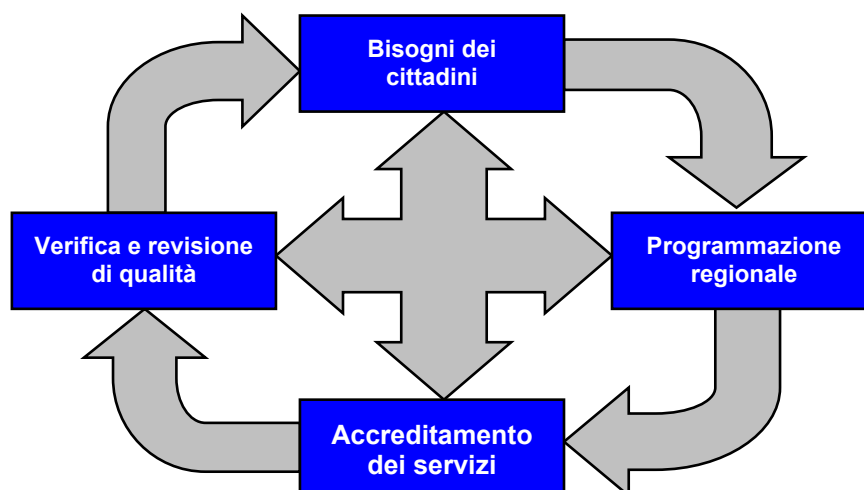
Il riordino del Servizio Sanitario Nazionale, avviato con il D.Lvo 30 dicembre 1992, n. 502, ha radicalmente reimpostato il rapporto tra il cittadino e gli erogatori dei servizi sociosanitari e tra questi ultimi e la pubblica amministrazione: il cittadino è libero di scegliere tra una pluralità di erogatori, i quali, per effetto del sistema dell'accreditamento e della verifica e revisione di qualità, devono essere in grado di assicurare servizi e prestazioni di buona qualità. Non è più sufficiente che il servizio erogato sia quantitativamente adeguato, ma è necessario che ne sia garantita la qualità simultaneamente su più dimensioni, vale a dire sia in termini di gradimento da parte del cittadino (qualità percepita), sia in termini di buona pratica professionale, efficacia ed appropriatezza (qualità tecnica), sia in termini di efficienza (qualità organizzativa e gestionale).

In questo contesto la Regione svolge due ruoli distinti: da un lato quello di capogruppo finanziario e strategico di un sistema di aziende pubbliche (aziende ULSS e aziende ospedaliere) e dall'altro quello di regolatore dei rapporti che si istituiscono tra la pluralità di erogatori, pubblici, di istituzioni e organismi a scopo non lucrativo e privati, che concorrono al conseguimento degli obiettivi della programmazione regionale. In particolare alla Regione spetta il compito di accertare il possesso e il mantenimento di un insieme definito di specifici requisiti da parte di tutti i soggetti che intendono erogare prestazioni nell'ambito dei livelli uniformi di assistenza garantiti ai cittadini dal servizio sociosanitario regionale e di valutare con continuità il livello qualitativo delle prestazioni da essi effettivamente erogate.

In termini operativi ciò significa effettuare l'accreditamento dei soggetti erogatori e provvedere alla verifica di qualità delle prestazioni. L'accreditamento mira ad operare il processo di selezione dei potenziali erogatori attraverso criteri di qualità dell'assistenza, in armonia con le esigenze di programmazione della rete dei servizi: diventa, dunque, un meccanismo di regolazione dell'offerta da cui dipende la realizzazione di un sistema di

assistenza sociosanitaria efficace, di qualità uniformemente garantita, efficiente ed ugualmente accessibile a tutti i cittadini.

**Fig. 1: Il nuovo rapporto tra cittadino e sistema dei servizi**



### **IL RUOLO CENTRALE DELLA PROGRAMMAZIONE SOCIO SANITARIA REGIONALE**

Anche nell'ambito del sistema di accreditamento emerge con evidenza il ruolo centrale svolto dalla programmazione sociosanitaria. Sotto questo profilo l'accREDITAMENTO viene a svolgere una duplice funzione: da un lato quella di assicurare e promuovere la qualità, in quanto la Regione, definendo i requisiti di accreditamento, può ragionevolmente garantire che l'assistenza erogata sia di buona qualità; dall'altro la funzione di programmazione e controllo, in quanto la Regione, attraverso il sistema dell'accREDITAMENTO, è in grado di configurare l'offerta in una determinata area territoriale in modo da renderla coerente con gli obiettivi della programmazione, per la soddisfazione del bisogno compatibilmente alle risorse finanziarie disponibili.

### **Le soluzioni proposte dalla programmazione strategica regionale relativamente alla organizzazione del sistema devono essere:**

- informate dalla valutazione delle evidenze disponibili sulla efficacia clinica e sulla efficienza operativa dei diversi assetti organizzativi dei servizi;
- basate sulla valutazione della situazione attuale, relativamente al fabbisogno stimato di intervento, tenuto conto dei volumi di attività attuali e dei problemi emergenti;
- adeguatamente verificate, in quanto corredate da misure di risultato (intermedio e, quando possibile, finale) che permettano di valutare la progressione verso gli obiettivi definiti nel tempo previsto, garantendo anche la responsabilizzazione nei confronti dei cittadini e degli Enti Locali

## **IL NUOVO SCENARIO ISTITUZIONALE EUROPEO E REGIONALE**

Un dato di rilievo è l'affermarsi in modo sempre più diffuso di una organizzazione federalista nel sistema istituzionale. I nuovi principi, che nei rapporti Stato–Regioni assumono connotati di una vera e propria questione di divisione di poteri originari, avevano già avuto ampio dibattito e sostegno politico nell'ambito dell'Unione Europea sotto il nome di principio di “sussidiarietà”, che ha costituito una delle modalità cardine dell'azione comunitaria a partire dai primi anni novanta ed ha il significato che le decisioni devono essere assunte dal soggetto istituzionale che meglio è in grado di rappresentare i fabbisogni della popolazione e che, attuati gli interventi, sia capace di verificarne e valutarne l'efficacia. In questo panorama è diventata poi sempre più importante la programmazione comunitaria e non solo in termini finanziari, ma anche in termini di nuova “cultura”, sui modi di concepire ed attuare il procedimento amministrativo e la programmazione: un salto nei metodi di notevole ampiezza che ha anche comportato l'introduzione di nuovi concetti e di nuove terminologie con le quali è impossibile non confrontarsi. Dalla regolamentazione comunitaria sono venuti i seguenti principi:

- 1) spese per programmi integrati e una rigida base temporale;
- 2) tassative scadenze di avanzamento dei programmi a pena di decadenza del finanziamento;
- 3) il ciclo della programmazione (progettazione, attuazione, monitoraggio, valutazione dei risultati) inteso come un tutto unico dove ogni elemento è parte essenziale ed irrinunciabile per il passaggio al successivo periodo programmatico;
- 4) il partenariato come metodo di partecipazione alla gestione.

## **VERSO UNA PROGRAMMAZIONE FLESSIBILE, DECENTRATA, PER PROGETTI**

Le attuali tendenze nel complesso delle politiche pubbliche sembrano lasciare poco spazio alla programmazione; in diversi settori la riduzione dei compiti dello Stato appare marcatamente segnata dall'obiettivo di introdurre competizione, valorizzando il contributo delle istituzioni private, apportando modifiche profonde al sistema dell'offerta e all'entità e all'articolazione della domanda, delineando un passaggio lineare al mercato di funzioni prima svolte dall'apparato pubblico. La crisi delle politiche pubbliche appare insomma risolvibile attraverso una deregolazione profonda delle attività dei soggetti, affidandosi al libero comporsi della domanda e dell'offerta piuttosto che a processi di programmazione ritenuti inevitabilmente rigidi. La convinzione è che il mercato possa essere un equo ed efficiente allocatore di risorse, che i criteri economici possano orientare, deterministicamente, i servizi verso una tutela soddisfacente del cittadino, che la competizione e la libera concorrenza abbiano la capacità di colmare squilibri e divari nella distribuzione e nell'utilizzo dei servizi. La programmazione appare uno strumento troppo rigido per governare e garantire la libertà di cui sembra aver bisogno per raggiungere gli obiettivi assunti.

Le valutazioni sulla utilità o meno della programmazione vengono comunque espresse in relazione ad un modello di programmazione fortemente centralizzato e rigido; in realtà, la programmazione così come si è strutturata negli anni settanta è entrata definitivamente in crisi lasciando emergere una pluralità di punti di vista, di approcci, di strategie. Alcuni sviluppi della programmazione tentano di superare tale antitesi, passando da una azione generalizzata - tendente cioè a stabilire un eguale e omogeneo livello di controllo sul territorio – ad una azione differenziata, indirizzata cioè con intensità diseguale nei diversi contesti. Sebbene non si sia raggiunta una formulazione convincente ed esauriente, non sono mancati i tentativi che hanno fornito spunti fondamentali per lo sviluppo di una programmazione flessibile, decentrata, per progetti:

- Community planning/programmazione partecipata: fondate sulla partecipazione attiva del cittadino e sul coinvolgimento della comunità nei processi di formazione del piano; la comunità è considerata nel complesso delle sue articolazioni - le sue istituzioni, l'associazionismo, i gruppi informali, le imprese economiche.

- Pianificazione pluralistica: caratterizzata dalla presenza simultanea di più punti di vista espressi nella forma tecnica di piani in opposizione l'uno all'altro, è fondata non più su un piano unico elaborato centralmente, ma su una molteplicità di piani valutati, attraverso metodologie adeguate, nella loro rispondenza alle esigenze della popolazione.
- Market planning: fa perno sul mercato e sulla sua efficienza nell'allocazione delle risorse; lo stato non si sostituisce al mercato ma ne orienta il funzionamento attraverso l'acquisto di beni, opera attraverso interventi incrementali che favoriscono le interazioni di mercato; la programmazione consiste nell'analizzare gli interventi che si possono fare nei complessi processi di mercato.
- Programmazione policentrica/decentrata/per progetti: la programmazione per progetti rappresenta uno dei maggiori sviluppi applicativi della programmazione decentrata; prevede che gli organi centrali definiscano le priorità, le strategie e gli obiettivi dei vari comparti, lasciando ai livelli periferici la formulazione di progetti, l'individuazione di strumenti specifici e di risorse.

### **L'IMPORTANZA DELLA PROCEDURA DELLA PROGRAMMAZIONE.**

Un piano - per essere tale - cioè per mirare all'azione, deve esser fattibile (ossia operativo), deve cioè includere obiettivi la cui compatibilità fra loro e con i mezzi a disposizione sia preventivamente (ex ante) verificata, e non solo lasciata all'esperienza ex post. E per fare questa preventiva verifica il piano dovrebbe studiare ed indicare gli strumenti, cioè i mezzi, attraverso cui è stato verificato possibile conseguire gli obiettivi indicati. Tuttavia, se i piani non si "attuano" non è perché essi non contengono le analisi di compatibilità e di fattibilità necessarie, ovvero la indicazione degli strumenti, ma perché non esiste una "procedura" della programmazione che renda possibile il funzionamento dell'intero processo, entro il quale il rispetto dei principi suddetti potrebbe trovare la sua appropriata manifestazione.

Lo schema operativo/normativo della procedura di programmazione, che va dichiarato esplicitamente, è il seguente:

1. definizione degli obiettivi generali, o finalità;
2. identificazione dei soggetti della programmazione;
3. individuazione dei tipi di piani e di documenti di piano che devono essere oggetto di coordinamento e integrazione attraverso la procedura;
4. definizione di orizzonti temporali precisi, cui riferire tutti gli strumenti di piano;
5. elaborazione del piano, che la procedura deve regolare e codificare, articolato in due aspetti:
  - a. quello delle scadenze;
  - b. quello della consultazione e del coinvolgimento dei soggetti istituzionali e sociali.
6. attuazione e gestione della programmazione, rappresentata da tre momenti, le cui modalità di esecuzione è opportuno che vengano sancite nella normazione della procedura:
  - a. la specificazione del piano,
  - b. il suo monitoraggio, cioè il controllo di esecuzione,
  - c. la sua revisione.

## **IL FATTORE TEMPO COME VARIABILE STRATEGICA FONDAMENTALE.**

La new-economy e l'immaginario che ad essa è connesso, hanno modificato cultura e comportamenti privati e collettivi; il sistema economico è più orientato verso l'investimento soft che hard; l'obsolescenza funzionale è di gran lunga prevalente rispetto a quella fisica; capacità di adeguamento e adattamento sono altrettanto importanti, se non di più, rispetto ad esempio alle esigenze della "qualità totale" degli anni ottanta: in sostanza, il divenire è più forte dell'essere.

Dunque il "tempo" è divenuto una variabile strategica fondamentale, dalla quale anche l'azione regionale non può prescindere: un'azienda pubblica com'è la Regione nel momento in cui produce beni, servizi ed infrastrutture, non può prescindere, se vuol garantire efficienza operativa e certezza di risultati, dai metodi di gestione usualmente applicati nell'azienda privata. L'assunzione del tempo come una delle variabili strategiche è quindi da considerarsi come uno degli obiettivi da raggiungere e misurare ed assume due significati:

- a) termine entro il quale si ottiene il risultato per poi immetterlo nel mercato;
- b) flessibilità di funzionamento e risposta; cioè la capacità di saper valutare e riconsiderare in itinere la correttezza e la convenienza delle decisioni assunte nell'allocazione delle risorse.

## **LA NORMATIVA QUADRO REGIONALE IN MATERIA DI PROGRAMMAZIONE.**

La Legge regionale 29 novembre 2001, n. 35, Nuove norme sulla programmazione, definisce le finalità gli strumenti e le modalità della programmazione regionale. La Regione del Veneto assume la programmazione come metodo di intervento, in concorso con lo Stato e gli Enti locali, definendo obiettivi, criteri e modalità della propria azione, nel rispetto del principio di sussidiarietà. La Regione determina gli obiettivi generali della programmazione; gli enti locali e le parti economiche e sociali partecipano al processo di programmazione attraverso la concertazione quale metodo per la individuazione delle strategie e la condivisione delle forme di intervento nel rispetto delle reciproche competenze. La responsabilità dell'attuazione è attribuita, in applicazione del principio di sussidiarietà, all'autorità territorialmente e funzionalmente più vicina agli interessi del cittadino, nel rispetto dei principi di adeguatezza e congruità.

Nel processo di programmazione il tempo costituisce uno degli elementi prioritari nella fissazione dei modi dell'azione regionale: la determinazione di puntuali scadenze e di termini di adempimento, costituisce garanzia della efficacia dell'azione regionale e della efficienza dell'impiego delle risorse finanziarie. Il ciclo della programmazione, dopo aver individuato strategie e obiettivi, determina le forme ed i modi dell'intervento regionale; prosegue con il monitoraggio continuo dell'attuazione e si conclude con la misurazione dei risultati e con la valutazione del loro impatto sulla società, sull'economia, sul territorio. Dall'attività di monitoraggio e di valutazione derivano informazioni rispettivamente per l'adeguamento degli strumenti della programmazione e per l'impostazione delle successive fasi. Il processo di programmazione si fonda sui seguenti strumenti:

a) il Programma regionale di sviluppo (PRS) che, sulla base della valutazione della precedente programmazione, tenuto conto delle risorse fisiche, finanziarie e sociali disponibili, indica:

- le linee fondamentali per l'attività legislativa regionale, in relazione alle finalità che la società regionale deve perseguire per il suo sviluppo;
- gli obiettivi sociali, economici e dello sviluppo locale di lungo periodo dell'attività della Regione;
- le strategie programmatiche e le metodologie operative per il conseguimento degli obiettivi di medio e breve periodo, assicurando il coinvolgimento degli altri soggetti pubblici e dei privati della società e dell'economia;

- gli indirizzi e gli obiettivi del Piano territoriale regionale di coordinamento (PTRC) e degli altri Piani di settore.

b) i Piani di settore, nei settori di attività regionale che presentano particolari complessità o che richiedono un articolato recepimento di norme nazionali e comunitarie. I Piani di settore individuano gli obiettivi specifici e gli strumenti mediante un equilibrato rapporto fra la emanazione di disposizioni e l'impiego di risorse per la realizzazione di servizi o opere da parte di soggetti pubblici oppure di soggetti privati anche in un rapporto di compartecipazione finanziaria e gestionale pubblico-privato. I Piani di settore sono attuati attraverso i PAS che ripartiscono le risorse tra priorità strategiche e relative misure di attuazione.

c) il Documento di Programmazione Economica e Finanziaria (DPEF), un atto di indirizzo per l'attività di governo della Regione, degli enti, delle aziende e delle agenzie regionali, dell'anno successivo, che contiene l'analisi sintetica della congiuntura in atto; la valutazione dell'avanzamento dei risultati dei Piani di settore e dei PAS, sulla base dell'attività di monitoraggio e valutazione; e le proposte di variazione del PAS in corso o le indicazioni per la formulazione di quello di nuova predisposizione.

d) i Piani di attuazione e spesa (PAS), che previa una ricognizione delle risorse disponibili, determinano le priorità del loro impiego, ripartendole per gruppi omogenei di intervento (Azioni), che riguardano l'intervento strutturale della Regione e si concretizzano tramite la realizzazione di infrastrutture, di opere nonché di interventi, azioni di sostegno e regimi di aiuto che manifestino la loro utilità oltre l'esercizio nel quale vengono attuati.

e) i bilanci pluriennali e annuali.

- Nella normativa quadro regionale in materia di programmazione, il monitoraggio è l'attività di rilevazione continua dell'evolversi di piani, programmi e progetti sotto il profilo procedurale, fisico e finanziario; unitamente alla valutazione, costituisce parte integrante del processo di programmazione. Inoltre, l'azione regionale è oggetto di una valutazione in itinere (attraverso l'esame dei primi risultati degli interventi, la loro pertinenza ed il grado di conseguimento degli obiettivi) e di una valutazione ex-post (che mira a rendere conto dell'impiego delle risorse, dell'efficacia degli interventi e del loro impatto e a consentire di ricavarne insegnamenti per i successivi atti di programmazione).

## **IL MONITORAGGIO E LA VALUTAZIONE NEL PRS E NEL DPEF DELLA REGIONE VENETO PER IL 2003**

La valutazione è un processo che accompagna la programmazione nel suo complesso. Al monitoraggio è attribuita la funzione di rilevare tutte le informazioni necessarie per la formulazione della valutazione, che ha come oggetto principale un programma, un piano oppure, in assenza di un piano, una singola azione. Un programma è un sistema complesso che, avvalendosi di una quantità di risorse definita, si prefigge di raggiungere una serie di obiettivi che corrispondono a precisi bisogni della popolazione, del territorio, delle parti sociali. Per effettuare un'attività di valutazione è necessario, di conseguenza, esaminare la struttura logica interna del programma stesso e, in definitiva, identificare:

1. i principali obiettivi del programma, da disaggregare in sub-obiettivi in un logica "a cascata";
2. i principali effetti associati agli obiettivi: le risorse impiegate si traducono in una serie di realizzazioni concrete che consentono di ottenere dei risultati che possono essere identificati negli effetti immediati;
3. gli indicatori capaci di misurare gli effetti del programma.

Una buona valutazione poggia sull'esistenza di un sistema di monitoraggio efficace, capace di verificare se i progetti che compongono il programma sono attuati nei tempi previsti,

sono in grado di produrre gli effetti auspicati e per i quali sono stati selezionati. Il monitoraggio è la rilevazione sistematica dei dati relativi all'avanzamento finanziario, fisico e procedurale dell'attuazione dei programmi e costituisce un importante strumento della sorveglianza operativa esercitata sul programma nel complesso e sui differenti interventi.

Quindi, il monitoraggio deve rilevare gli aspetti attuativi relativi a:

- a) grado di avanzamento finanziario → indicatori di risorse impiegate (input);
- b) livello di realizzazione fisico delle opere o dei servizi prodotti → indicatori di realizzazione (output);
- c) risultati prodotti dalle opere e dai servizi realizzati, in altre parole gli effetti immediati (es. riduzione tempo di viaggio, diminuzione uso del suolo, ecc...) → indicatori di risultato;
- d) impatto di tali risultati sugli obiettivi stabiliti dal programma → indicatori di impatto;
- e) funzionamento delle procedure messe in atto per realizzare i programmi, le politiche, i progetti → indicatori procedurali.

Il set di indicatori scelto è strettamente correlato alle funzioni che tali valori sono chiamati a svolgere, tra le quali, vanno sicuramente ricordate quelle di:

- Monitoraggio delle condizioni ambientali, sociali ed economiche del contesto territoriale al quale fanno riferimento con valori confrontabili nel tempo;
- Supporto alle decisioni in quanto forniscono la base informativa per orientare il decisore pubblico;
- Definizione e individuazione dei problemi, in termini di significatività per la popolazione;
- Valutazione delle politiche adottate e controllo rispetto agli obiettivi;
- Comunicazione al cittadino delle rilevazioni e dei risultati ottenuti;
- Aiuto alle autorità pubbliche, al fine di indirizzare la scelta delle politiche;
- Confronto tra realtà diverse;
- Controllo della sostenibilità attraverso la verifica dei valori soglia stabiliti;
- Individuazione delle carenze informative nella raccolta dei dati e predisposizione di opportuni interventi.

## **LE FUNZIONI REGIONALI IN MATERIA DI PROGRAMMAZIONE SOCIOSANITARIA.**

La Legge regionale 14 settembre 1994 n. 56<sup>1</sup>, stabilisce che la Regione svolge funzioni di programmazione, indirizzo, controllo, nonché di coordinamento nei confronti delle ULSS e delle Aziende ospedaliere. L'ULSS e l'Azienda ospedaliera assicurano ai cittadini le prestazioni previste nei livelli uniformi di assistenza stabiliti dal piano socio-sanitario regionale nel rispetto del piano sanitario nazionale. L'ULSS e l'Azienda ospedaliera, in attuazione degli indirizzi stabiliti dal piano sociosanitario regionale e tenuto conto delle linee di indirizzo espresse dall'esecutivo della conferenza dei sindaci elabora il piano generale attuativo triennale, che recepisce il piano di zona dei servizi sociali.

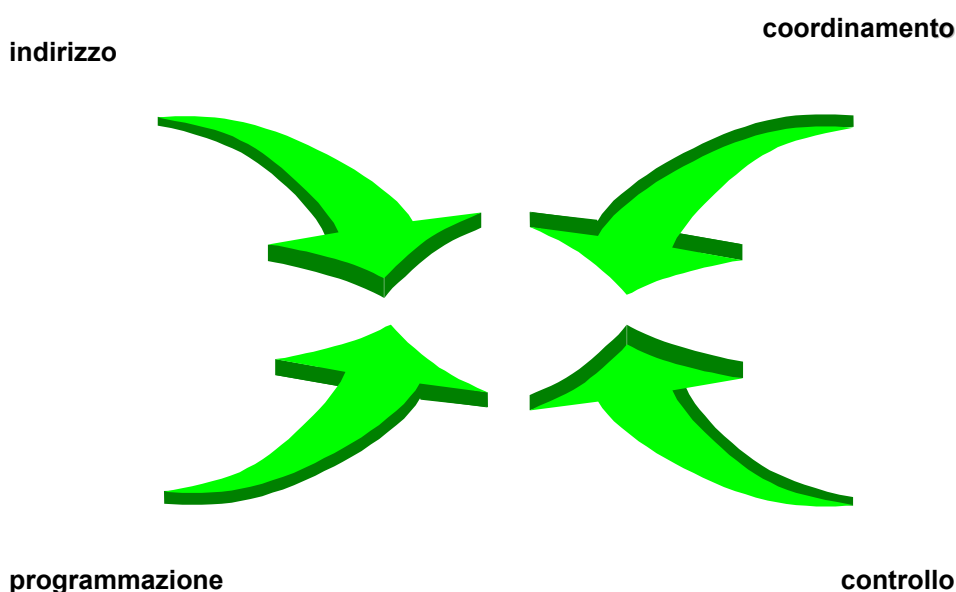
La programmazione sociosanitaria regionale si realizza con il piano sociosanitario regionale, che:

---

<sup>1</sup> Norme e principi per il riordino del servizio sanitario regionale in attuazione del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502 "riordino della disciplina in materia sanitaria", così come modificato dal decreto legislativo 7 dicembre 1993, n. 517

- a) definisce gli obiettivi del processo di programmazione regionale e gli standards dei servizi garantendo equità di accesso e di trattamento dei cittadini sul territorio regionale;
- b) si articola in programmi di intervento di area specifica a tutela della salute ed in piani settoriali che attuano gli obiettivi previsti dal piano sociosanitario regionale per periodi non superiori al triennio.

**Fig. 2: Funzioni Regionali**



Sono strumenti attuativi della programmazione sociosanitaria:

- a) i piani generali triennali delle ULSS e delle aziende ospedaliere, nonché i loro aggiornamenti annuali;
- b) i singoli programmi d'intervento e i piani settoriali.

Le azioni strumentali definiscono le condizioni essenziali per l'efficacia e l'efficienza del processo di programmazione sociosanitaria regionale ed includono:

- a) lo sviluppo del sistema informativo e la definizione di un sistema di indicatori finalizzato al controllo di qualità;
- b) lo sviluppo dell'osservazione epidemiologica;
- c) la conduzione di sperimentazioni gestionali;

La Regione persegue l'integrazione delle politiche sanitarie e sociali e promuove la delega della gestione dei servizi sociali da parte dei comuni alle ULSS, anche prevedendo specifici finanziamenti, con le modalità definite dal piano regionale sociosanitario. La Regione persegue altresì l'integrazione delle attività svolte da soggetti pubblici e privati sia all'interno del comune sia a livello intercomunale in ambiti territoriali corrispondenti a quelli definiti per le nuove ULSS. Il principale strumento di integrazione, per tale finalità, è rappresentato dai piani di zona dei servizi sociali.



## **LA MISSION DEL SISTEMA DEI SERVIZI PER LE DIPENDENZE DA SOSTANZE D'ABUSO: I LIVELLI ESSENZIALI DI ASSISTENZA SOCIOSANITARIA.**

Il DPR 9 ottobre 1990, n. 309<sup>2</sup> attribuisce alla Regione le funzioni di prevenzione e di intervento contro l'uso di sostanze stupefacenti o psicotrope e individua nei Servizi per le tossicodipendenze (Ser.T), istituiti presso le Aziende ULSS, gli strumenti operativi per esercitare tali funzioni regionali. Il DPR 309/90 include, inoltre, tra i compiti di assistenza degli enti locali, che possono essere affidato alle competenti unità sanitarie locali, la prevenzione della emarginazione e del disadattamento sociale mediante la progettazione e realizzazione, in forma diretta o indiretta, di interventi programmati. Sempre il DPR 309/90 stabilisce che gli Enti locali e i Ser.T possono avvalersi della collaborazione di gruppi di volontariato o degli enti ausiliari che svolgono senza fine di lucro la loro attività con finalità di prevenzione del disagio psico-sociale, assistenza, cura, riabilitazione e reinserimento dei tossicodipendente ovvero di associazioni, di enti di loro emanazione con finalità di educazione dei giovani, di sviluppo socio-culturale della personalità, di formazione professionale e di orientamento al lavoro.

La sfida attuale è rappresentata dalla necessità di riorganizzare la rete dei servizi, alla luce dell'evoluzione del fenomeno che vede sia l'introduzione di "nuove droghe", sia l'emergenza di nuove modalità d'abuso, nonché del diffondersi di nuovi tipi di programmi e/o modalità di intervento assistenziale e delle novità derivanti dalla riforma della Sanità avviate con il D.Lvo 502/92. Questa sfida è stata raccolta dalla Regione Veneto, che si è posta l'obiettivo qualificante di realizzare un Sistema Integrato Preventivo Assistenziale delle dipendenze da sostanze d'abuso formato da varie componenti (pubbliche e private) con pari dignità, con compiti, responsabilità e ambiti di intervento diversi, ma necessariamente coordinate e integrate per garantire una linea di continuità assistenziale che passi attraverso il primo contatto di strada, l'inserimento in programmi terapeutici ambulatoriali, l'inserimento in programmi residenziali e semi-residenziali, fino all'attivazione di specifici programmi di reinserimento e prevenzione delle ricadute. La modalità operativa più idonea per rispondere a questa esigenza di riorganizzazione della rete dei servizi di settore è stata individuata nel Dipartimento (funzionale) per le dipendenze.

Una determinazione dettagliata e puntuale della mission del sistema dei servizi per le dipendenze da sostanze d'abuso si ha con la specificazione da parte della Regione dei livelli essenziali di assistenza sociosanitaria che il Sistema sanitario regionale deve garantire attraverso le risorse finanziarie pubbliche a tutti i cittadini a titolo gratuito o con partecipazione alla spesa. Le prestazioni incluse nei livelli essenziali di assistenza hanno le seguenti caratteristiche:

- rispondono a necessità assistenziali tutelate in base ai principi ispiratori del S.S.N.
- soddisfano il principio dell'efficacia e dell'appropriatezza, ovvero la loro efficacia è dimostrabile in base alle evidenze scientifiche disponibili.
- soddisfano il principio di economicità nell'impiego delle risorse.

I livelli essenziali di assistenza sociosanitaria in corso di definizione nella Regione Veneto nell'area delle dipendenze da sostanze d'abuso sono sintetizzati nella tabella che segue.

---

<sup>2</sup> Testo Unico delle leggi in materia di disciplina degli stupefacenti e sostanze psicotrope, prevenzione, cura e riabilitazione dei relativi stati di tossicodipendenza

**Tab. 1: I livelli essenziali di assistenza sociosanitaria in materia di dipendenze da sostanze d'abuso**

AREA	LIVELLI DI ASSISTENZA	PRESTAZIONI	FONTI	COSTI DI NATURA	
				sanitaria	sociale
DIPENDENZE DA SOSTANZE D'ABUSO	Attività sanitaria e sociosanitaria a favore dei tossicodipendenti e alcolodipendenti	a) trattamenti specialistici e prestazioni terapeutico-riabilitative ambulatoriali e domiciliari ivi comprese quelle erogate durante il periodo della disassuefazione	D.P.R. 309/90	100%	
		b) trattamenti specialistici e prestazioni terapeutico riabilitative in regime semiresidenziale e residenziale		100%	
		c) programmi di riabilitazione e di reinserimento sociale e lavorativo per tutta la fase di tossicodipendenza o alcolodipendenza	L. 45/99	100%	
		e) programmi di reinserimento sociale e lavorativo, allorchè sia superata la fase di tossicodipendenza o alcolodipendenza	Accordo Stato-Regione 21.1.1999		100%
		f) programmi di prevenzione primaria specificamente rivolti alle sostanze psicoattive	L. 125/01	100%	
		g) prevenzione dell'emarginazione e del disadattamento sociale, nonché rilevazione e analisi delle cause di disagio familiare e sociale			100%

## IL "SISTEMA PREVENTIVO-ASSISTENZIALE PER LE DIPENDENZE DA SOSTANZE D'ABUSO"

In attuazione del DPR 309/90, è emerso un quadro piuttosto ricco e articolato, anche se con una certa diversificazione nelle diverse realtà locali del territorio regionale, di servizi pubblici e privati, di natura ambulatoriale, diurna e residenziale, affiancato da gruppi di auto-aiuto e da associazioni del volontariato, per fronteggiare il fenomeno della tossicodipendenza e dell'alcolismo: il cosiddetto "Sistema preventivo-assistenziale per le dipendenze da sostanze d'abuso" della Regione Veneto, che si articola in:

- 21 Dipartimenti (funzionali) per le dipendenze, uno per ciascuna azienda ULSS, che coordina tutti servizi del pubblico e del privato sociale che operano nel territorio locale;
- 38 Ser.T (Servizi per le Tossicodipendenze);
- 34 Enti ausiliari iscritti all'Albo regionale delle Comunità terapeutiche, con oltre 60 sedi operative;
- 8 Comunità Terapeutiche pubbliche, delle quali una residenziale e una alcologica;
- oltre 600 gruppi di auto aiuto (nel settore dell'alcolismo: Club alcolisti in trattamento e Alcolisti Anonimi);
- 65 Associazioni di volontariato (30 in materia di alcolodipendenza, 21 in materia di tossicodipendenza, 8 in materia di AIDS, 6 in materia di carcere);

cui vanno aggiunti i 7 N.O.T. (nuclei operativi tossicodipendenze) degli Uffici Territoriali del Governo nel Veneto e il Servizio contenimento del danno del Comune di Venezia, che collaborano e si integrano con il sistema sociosanitario regionale.

Mediante questo sistema di servizi la Regione Veneto risponde ai bisogni di intervento a medio-lungo termine a carattere socio-riabilitativo, psicoterapico e farmacologico integrato di un'utenza tossicodipendente che continua a crescere costantemente e che ha oramai raggiunto le 13.000 unità all'anno, anche per effetto di un costante afflusso di nuovi utenti che supera costantemente il 20%. Di questi utenti, circa 2.000 usufruiscono di programmi terapeutico-riabilitativi residenziali e semiresidenziali in comunità terapeutica. Inoltre, all'utenza tossicodipendente del sistema socio-sanitario regionale, si aggiungono quasi 7.000 utenti alcolodipendenti all'anno (dati Ser.T, anno 2001).

## **PROGRAMMAZIONE E VALUTAZIONE NELLA GESTIONE DEL FONDO REGIONALE DI INTERVENTO PER LA LOTTA ALLA DROGA**

Il Fondo Regionale di intervento per la Lotta alla Droga (L. 45/99) rappresenta lo strumento più potente ed efficace attualmente a disposizione delle regioni per la traduzione delle politiche regionali in azioni concrete, in quanto consente di implementare concretamente gli indirizzi regionali legandoli alla contemporanea messa a disposizione delle risorse economiche necessarie per la loro attuazione. Il modello di gestione del Fondo più potente ed efficace per la traduzione delle politiche regionali in azioni concrete è quello che, basandosi sul principio della sussidiarietà, trasferisce la gestione di buona parte del Fondo stesso a livello locale, responsabilizzando direttamente le aziende ULSS, le amministrazioni comunali, il volontariato e il cosiddetto privato sociale.

A tal fine, una quota pari all'80% del Fondo complessivo è stato a sua volta ripartito tra Ambiti Territoriali, individuati nei territori delle aziende ULSS per la realizzazione del "Piano triennale di intervento – Area dipendenze", elaborato collegialmente ULSS e dall'Esecutivo della Conferenza dei Sindaci, con il supporto tecnico-organizzativo del Dipartimento per le Dipendenze, che si articola in progetti, di durata triennale, specificamente rivolti alla prevenzione, cura e riabilitazione delle persone dipendenti da sostanze stupefacenti e psicotrope, incluse quelle legali, in territori con dimensione minima corrispondente ai Distretti socio-sanitari<sup>3</sup>. Il "Piano triennale di intervento – Area dipendenze" trova giusta collocazione nel Piano di Zona – Area dipendenze quale ambito di programmazione territoriale e, come tale, può integrare i Piani di Zona stessi ed offrire più ampie opportunità lì dove già perfezionati; nelle realtà in cui i Piani di Zona non sono ancora stati definiti, l'elaborazione del "Piano triennale di intervento – Area dipendenze" può rappresentare l'occasione per un'organica progettualità nell'area delle dipendenze.

Il Piano triennale di intervento si ispira ai principi e alle indicazioni della Dichiarazione etica della Regione Veneto contro l'uso non terapeutico di sostanze psicoattive (D.G.R. 27.10.1998, n. 3877), del documento "Le politiche della Regione Veneto per una società libera dalle droghe" (D.G.R. 24.11.2000, n. 3701) e degli "Indirizzi di intervento nel settore delle dipendenze" (D.G.R. 9.11.2001, n. 2974). Inoltre, per la ricaduta operativa delle ricerche promosse nel settore dalla Regione, è stato previsto che l'analisi dei bisogni sulla quale si fonda l'elaborazione del Piano triennale di intervento terrà conto dei risultati dello studio sulle "rappresentazioni sociali delle droghe nei giovani e negli adulti veneti" (Orlandini D., Nardelli E., Potente R., a cura di, 2001) e dello studio sulla "stima di prevalenza e di incidenza dell'uso e abuso di alcol e di sostanze illecite nel Veneto" (Regione Veneto e C.N.R., 2002), nonché dello studio transnazionale in collaborazione con l'ufficio europeo dell'O.M.S. sullo "stato di salute dei giovani veneti in età scolare" (Università di Padova, Regione Veneto, Ministero della Pubblica Istruzione, 2001).

---

<sup>3</sup> D.G.R n. 2265 del 9.08.2002

Al fine di sfruttare al meglio le potenzialità del Fondo regionale di intervento per la lotta alla droga, orientando le progettualità locali sulla base delle politiche regionali, sono state individuate le aree prioritarie di intervento, specificando per ciascuna area le attività da svolgere e gli indicatori di verifica dell'output (prodotto) e dell'outcome (risultato). Un esempio in tal senso è fornito dalla tabella che segue.

**Tab. 2: Esempio di aree prioritarie di intervento per il fondo regionale lotta alla droga**

AREE PRIORITARIE DI INTERVENTO	DESCRIZIONE ATTIVITÀ	INDICATORI DI VERIFICA	
		Output	Outcome
Prevenzione dei comportamenti a rischio durante il tempo libero	Interventi finalizzati ad un cambiamento comportamentale circa l'uso, le opinioni e gli atteggiamenti riguardanti le sostanze ricreative, orientati alla prevenzione della iniziazione e della stabilizzazione dell'uso di tali sostanze, rivolgendosi sia ai giovani che sono a contatto con situazioni ed ambienti contigui con tali sostanze, sia ai giovani non più inseriti nel circuito scolastico, per i quali non è facile l'individuazione e la rilevazione dei bisogni. Gli interventi saranno rivolti prevalentemente agli adulti significativi che hanno un ruolo educativo (genitori, animatori, allenatori, ecc.), laddove le azioni progettuali siano destinate alla fascia di età 11-14 anni, mentre, per la fascia di età maggiore ai 14 anni, vanno rivolti direttamente ai giovani, negli spazi logistici e temporali più consoni alle loro abitudini.	n. giovani coinvolti/n. popolazione target  n. adulti significativi coinvolti/n. popolazione target	livelli di conoscenza e atteggiamento su sostanze e comportamenti a rischio
Prevenzione della droga nella scuola	Interventi caratterizzati da ampiezza del target (insegnanti, studenti, genitori, personale non docente) volti, con particolare riferimento agli studenti, ad una modifica del comportamento nella direzione di una maggiore responsabilizzazione di fronte all'uso delle sostanze, e con riferimento agli adulti, ad una informazione guidata finalizzata a sviluppare una visione complessiva e critica sull'uso delle sostanze. Non vanno escluse iniziative di prevenzione destinate anche alle scuole medie inferiori con fattivo coinvolgimento degli adulti significativi con ruolo educativo.	n. studenti coinvolti/n. popolazione studentesca  n. insegnanti coinvolti/n. totale insegnanti	livelli di conoscenza e atteggiamento su sostanze e comportamenti a rischio

La ripartizione della quota del Fondo regionale destinato al finanziamento dei “Piani triennali di intervento” potrà basarsi sugli stessi parametri individuati dalla Legge n. 45/99, ossia sulla popolazione residente (peso 50%) e sulla diffusione delle tossicodipendenze (peso 50%), al fine di orientare una equilibrata distribuzione delle risorse sul territorio regionale e di assicurare a livello di ambito territoriale una programmazione complessiva, coordinata e coerente degli interventi. Avendo a disposizione i dati epidemiologici dello studio sulla “Stima di prevalenza e di incidenza dell'uso e abuso di alcol e di sostanze illecite nella Regione Veneto” (illustrato di seguito) e facendo riferimento agli indicatori epidemiologici standard dell'Osservatorio Europeo delle Droghe e delle Tossicodipendenze (OEDT), la quota del 50% relativa alla diffusione delle tossicodipendenze è stata ripartita attribuendo:

- “un peso” pari al 10% alla popolazione che si è ubriacata e che ha consumato cannabis 10 e più volte;
- “un peso” pari al 10% alla popolazione che ha consumato altre droghe illecite 3 o più volte;
- “un peso” pari al 20% alla popolazione stimata che ha consumato oppiacei (bisogno);
- “un peso” pari al 10% alla popolazione media che è stata in carico ai servizi pubblici (domanda) con eroina come sostanza d'abuso primaria.

## VERSO UNA PREVENZIONE PRIMARIA EVIDENCE-BASED

È oramai indiscutibile la necessità di implementare un approccio alla prevenzione primaria basato sull'evidenza scientifica, che permetta di implementare pratiche preventive che possano garantire risultati soddisfacenti ed efficaci. La prevenzione basata sull'evidenza ricorre infatti a programmi analizzati da esperti del settore, sulla base di criteri prestabiliti dalla ricerca empirica. Essi esplicitano inoltre una teoria di riferimento, utilizzano una chiara metodologia di ricerca e possono affermare che gli effetti ottenuti sono correlati al programma implementato e non ad altre variabili esterne. A tale scopo, la Regione Veneto ha promosso la realizzazione di una rassegna della letteratura scientifica sull'efficacia dei programmi di prevenzione primaria specificamente mirati alle sostanze d'abuso (droghe e alcol) per orientare la progettazione locale in occasione del nuovo piano triennale per le dipendenze 2003-2005 (Orlandini D., Nardelli E., Bottignolo E., 2002). Nella tabella che segue viene riportata una sintesi dei principi preventivi efficaci per la realizzazione di programmi di prevenzione primaria.

**Tab. 3: Sintesi dei principi preventivi efficaci per la realizzazione di programmi di prevenzione delle dipendenze**

INDIVIDUO
<ul style="list-style-type: none"> <li>- incrementare gli atteggiamenti contrari al consumo di sostanze è necessario, ma non sufficiente</li> <li>- incrementare le abilità sociali e personali</li> <li>- utilizzare approcci interattivi</li> <li>- divulgare informazioni è necessario, ma non sufficiente</li> <li>- focalizzare l'intervento in base al target (ad es. razza, età, sesso)</li> <li>- coinvolgere i pari</li> </ul>
FAMIGLIA
<ul style="list-style-type: none"> <li>- rivolgere l'intervento all'intera famiglia</li> <li>- coinvolgere in particolare le famiglie dove i genitori consumano sostanze</li> <li>- migliorare il legame familiare</li> <li>- focalizzare l'intervento sull'incremento delle abilità comunicative</li> <li>- utilizzare tecniche interattive</li> <li>- incrementare il coinvolgimento familiare</li> <li>- attuare interventi sensibili alla cultura di riferimento del target</li> </ul>
COMUNITÀ
<ul style="list-style-type: none"> <li>- coinvolgere l'intera rete delle agenzie presenti nel territorio</li> <li>- coinvolgere i giovani, sia direttamente che indirettamente</li> <li>- agire sulle norme favorevoli al consumo</li> <li>- limitare l'accesso alle sostanze attraverso la legislazione</li> <li>- rinforzare gli interventi/le azioni negli altri domini</li> </ul>
SCUOLA
<ul style="list-style-type: none"> <li>- agire sul fallimento scolastico</li> <li>- coinvolgere tutti i livelli (studenti, insegnanti, genitori, ecc.)</li> <li>- migliorare la formazione degli insegnanti</li> <li>- valutare il clima a scuola</li> <li>- promuovere l'impegno della scuola nei confronti della prevenzione</li> </ul>
PARI

<ul style="list-style-type: none"> <li>- coinvolgere i pari</li> <li>- agire sulle norme favorevoli al consumo</li> <li>- proporre alternative positive al consumo</li> <li>- costruire nei pari abilità di resistenza al consumo</li> <li>- incrementare il legame fra i pari</li> </ul>
<b>SOCIETÀ</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>- modificare le norme ambientali</li> <li>- incrementare le tasse sull'alcol e sul tabacco</li> <li>- incrementare l'età minima legale per l'acquisto di alcol e tabacco</li> <li>- applicare le leggi relative all'età minima legale per l'acquisto di alcol e tabacco</li> <li>- perfezionare le leggi definite "consumo e perdo"</li> <li>- limitare il consumo di tabacco e di alcol nei luoghi di lavoro pubblici e privati</li> <li>- attuare interventi di formazione indirizzati a chi gestisce i locali</li> </ul>

## **IL MIGLIORAMENTO CONTINUO DELLA QUALITÀ DEL SISTEMA PREVENTIVO-ASSISTENZIALE PER LE DIPENDENZE DA SOSTANZE D'ABUSO**

Per migliorare il Sistema per le dipendenze vanno introdotte tecniche in grado di aumentare la qualità sia dei Ser.T che delle comunità terapeutiche. Ai fini di promuovere un continuo miglioramento dei servizi pubblici e privati nel campo delle dipendenze, la Regione Veneto incentiva la costruzione di un sistema organico che introduca le tecniche di miglioramento continuo della qualità fortemente orientato alla valutazione costante dei risultati, implementando ulteriormente anche il livello tecnologico informatico dei servizi e supportandoli con opportune azioni di formazione specifica.

Questo sistema dovrebbe essere centrato sul concetto di qualità valutata mediante l'utilizzo di sistemi di verifica e controllo e di metodologie scientifiche, che permettano di valutare oltre alle prestazioni erogate (output) anche i risultati finali ottenuti (outcome) a fronte delle risorse impiegate (input). Tutto questo inserendo quindi nei programmi di formazione ed aggiornamento degli operatori, specifici percorsi per l'acquisizione di queste tecniche che permettano di sviluppare un vero know how interno e permanente orientato al "management clinico e gestionale", indispensabile per garantire efficienza ma soprattutto efficacia.

A tal fine la Regione Veneto ha sviluppato la Piattaforma Multifunzionale per la gestione delle unità operative del Dipartimento delle dipendenze (MFP), che raccoglie un insieme di applicazioni software studiate per il supporto alle decisioni cliniche ed il controllo gestionale delle unità operative per le tossicodipendenze. Contiene, quindi, una serie di programmi finalizzati a produrre informazioni semplici, chiare e sintetiche (in forma tabellare e grafica) sui principali indicatori utilizzabili nel decision making. La tabella che segue ne riporta una breve descrizione:

**Tab. 4: Piattaforma Multifunzionale per la gestione delle unità operative del Dipartimento delle dipendenze (MFP)**

FUNZIONI	DESCRIZIONE
Anagrafica e movimenti clienti	Gestisce la raccolta dei dati al momento del primo contatto con il paziente soddisfacendo anche l'eventuale richiesta di anonimato. Permette di consultare i dati relativi al paziente e di modificarne alcuni. Gestisce le dimissioni tramite la fissazione in automatico di una data di dimissione prevista (eventualmente modificabile dall'operatore) con controllo attivo dei pazienti dimessi. Produce un Report descrittivo dei movimenti dei pazienti (soggetti in carico, nuovi ammessi, riammessi, tempi di assistenza, etc.) all'interno dell'unità operativa.
Gestione clinica	Insieme di strumenti che permettono la valutazione quantitativa multidimensionale della gravità clinica nelle tossicodipendenze, la valutazione della situazione sociale, della situazione psicologica, della motivazione, dello stadio del cambiamento, della frattura interiore e della gravità dello stato di addiction. Ancora consente la valutazione delle abilità preventive per il controllo dell'overdose e delle MTS, la valutazione dei problemi legali e dei fattori prognostici ex ante  Gestisce le terapie farmacologiche metadone e antihiv (prescrizione, somministrazione e monitoraggio), permette la valutazione degli esami eseguiti con analisi e visualizzazione degli scostamenti dagli standard di normalità, la valutazione dell'esito dei trattamenti mediante l'osservazione di 4 indicatori principali: uso di sostanze, performance globale del paziente, incidenza di malattie diffusibili, qualità della vita.  Facilita una valutazione nel tempo del grado di salute ed una valutazione comparativa con la popolazione osservata con rappresentazioni sia tabellari che grafiche.
Gestione operativa	Sistema di gestione automatica delle prenotazioni dei prelievi, delle visite e dei colloqui. Consente inoltre di inserire le prestazioni erogate dai singoli operatori ai vari pazienti, attribuendo automaticamente le codifiche regionali e ULSS e fornisce report basati su periodi di tempo diversi.  Gestisce il carico/scarico dei farmaci, gli inserimenti in comunità e la parte contabile con logica budgetaria, le prestazioni erogate ai pazienti visitati in carcere.
Controllo di Gestione e Report	Determinare automaticamente a partire dai dati prestazionali acquisiti, la dotazione organica necessaria in relazione agli standard regionali. Consente di valutare gli scostamenti della propria unità operativa rispetto alla media regionale e visualizzare la situazione delle altre unità operative, analizza i costi e simula le condizioni di funzionamento ottimali dell'Unità Operativa.  Produce i rapporti standard al Ministero e quelli relativi alle prestazioni e somministrazioni su pazienti extraulss.  Permette una valutazione dell'operatore utilizzando il volume prestazionale reso, un indice di performance prestazionale ed una comparazione con la media dello staff interno e con gli standard regionali fornendo un sistema di supporto nella definizione degli incentivi.

Sarà inoltre indispensabile valutare gli esiti dei trattamenti puntando soprattutto a determinare, con valutazioni qualitative e quantitative, i risultati su cinque principali aspetti:

- discrepanza tra numero di tossicodipendenti stimati presenti sul territorio e numero di tossicodipendenti realmente in carico ai servizi e alle comunità e quelli non assistiti (differenza tra bisogno e reale offerta assistenziale - efficienza allocativa);
- durata della sospensione dell'uso delle sostanze stupefacenti valutata in relazione ai trattamenti;
- capacità di ridurre l'incidenza delle principali patologie correlate (infezione da HIV, epatiti, malattie sessualmente trasmesse, TBC e overdose) e la presenza di attività sociali devianti (criminalità e prostituzione);
- capacità di produrre un reale reinserimento sociale e lavorativo;
- costi assistenziali diretti generati con stima degli indiretti.

## **STIME DI PREVALENZA E DI INCIDENZA DELL'USO E ABUSO DI ALCOL E DI SOSTANZE ILLECITE**

Per poter affrontare i problemi e fenomeni quali quelli della dipendenza da sostanze d'abuso non si può più prescindere da un loro preventivo e corretto dimensionamento che porti anche alla comprensione di quante risorse siano necessarie ed opportuno impegnare per attivare una serie di interventi in grado di produrre reali risultati. A tal fine è stato attivato lo studio denominato "Stima di prevalenza e di incidenza dell'uso e abuso di alcol e di sostanze illecite nella Regione Veneto", affidato nella sua progettazione ed esecuzione alla Sezione di Epidemiologia e Ricerca sui Servizi Sanitari dell'Istituto di Fisiologia Clinica del Consiglio Nazionale delle Ricerche, con l'intento di avere una precisa fotografia della situazione della nostra Regione relativamente all'uso delle sostanze psicoattive, ma anche con l'obiettivo di poter realizzare un sistema permanente di osservazione di questa dinamica e mutevole realtà. L'utilità dello studio riguarda la programmazione degli interventi sia delle strutture Regionali che dei dipartimenti per le dipendenze. Nel suo insieme lo studio prevedeva anche di raccogliere e rendere disponibili gli indicatori epidemiologici "standard" definiti a livello europeo dell'OEDT, in quanto strumenti tecnici per la valutazione del raggiungimento degli obiettivi dei "piani di azione" delle singole nazioni del Consiglio d'Europa. Seguendo le indicazioni dell'OEDT per stimare il fenomeno in oggetto sono state utilizzate in combinazione:

- un'indagine sulla popolazione generale, effettuata su un campione casuale, di età compresa tra i 15 ed i 44 anni, condotta tramite un questionario postale autosomministrato;
- un'indagine sulla popolazione studentesca, effettuata su un campione casuale di studenti di età compresa tra i 15 ed i 19 anni che frequentano scuole superiori nel territorio della Regione Veneto, condotta tramite questionario autosomministrato in classe;
- il Registro dei Codici Singoli, un database creato utilizzando le informazioni contenute negli archivi delle Istituzioni che a vario titolo intercettano soggetti con problematiche di uso di sostanze, ossia i Ser.T, le comunità terapeutiche e i N.O.T. operanti in Regione.

Nella tabella che segue si riportano i principali risultati emersi congiuntamente dalle indagini sulla popolazione generale e su quella studentesca, considerando che si intende per:

- "Ubriacature": il numero di soggetti che hanno dichiarato di "essersi ubriacati 10 e più volte nel corso dell'anno 2000",
- "Cannabinoidi": il numero di soggetti che hanno dichiarato di "averli consumati 10 o più volte nel corso dell'anno 2000",
- "Altre illegali": il numero di soggetti che hanno dichiarato di "averle consumate 3 o più volte nel corso dell'anno 2000".



**Tab. 5: Stima della prevalenza del consumo di alcol, cannabis e altre sostanze (2000)**

Aziende ULSS		Pop. 2000	%	Ubriciac-ture	% sul tot Ubriciac.	% Pop.	Canna binoidi	% sul tot Can-nab.	% Pop.	Altre illegali	% sul tot Altre illegali	% Pop.
1	Belluno	52.563	2,7	2.393	2,8	45,5	3.013	2,3	57,3	731	3,7	13,9
2	Feltre	32.665	1,7	1.490	1,8	45,6	2.437	1,9	74,6	595	3,0	18,2
3	Bassano del G.	72.579	3,7	3.409	4,0	47,0	4.559	3,5	62,8	733	3,7	10,1
4	Thiene	75.312	3,9	3.090	3,6	41,0	5.674	4,4	75,3	949	4,8	12,6
5	Arzignano	73.084	3,8	2.972	3,5	40,7	5.297	4,1	72,5	724	3,6	9,9
6	Vicenza	126.977	6,5	5.663	6,7	44,6	8.207	6,4	64,6	1.130	5,7	8,9
7	Pieve di Soligo	84.580	4,3	3.617	4,3	42,8	7.174	5,6	84,8	1.023	5,2	12,1
8	Asolo	99.933	5,1	3.992	4,7	39,9	6.269	4,9	62,7	1.289	6,5	12,9
9	Treviso	159.639	8,2	7.950	9,4	49,8	11.042	8,6	69,2	1.309	6,6	8,2
10	San Donà di P.	86.350	4,4	4.095	4,8	47,4	4.466	3,5	51,7	786	4,0	9,1
12	Veneziana	115.410	5,9	4.276	5,0	37,0	8.835	6,9	76,6	993	5,0	8,6
13	Mirano	108.175	5,6	4.566	5,4	42,2	9.707	7,5	89,7	1.233	6,2	11,4
14	Chioggia	58.129	3,0	2.473	2,9	42,5	2.721	2,1	46,8	785	4,0	13,5
15	Cittadella	100.111	5,1	4.015	4,7	40,1	4.749	3,7	47,4	951	4,8	9,5
16	Padova	164.773	8,5	7.832	9,2	47,5	13.203	10,2	80,1	1.252	6,3	7,6
17	Este	81.230	4,2	3.382	4,0	41,6	5.301	4,1	65,3	1.040	5,2	12,8
18	Rovigo	70.890	3,6	3.259	3,8	46,0	4.788	3,7	67,5	673	3,4	9,5
19	Adria	31.775	1,6	1.337	1,6	42,1	1.577	1,2	49,6	356	1,8	11,2
20	Verona	184.872	9,5	7.946	9,4	43,0	11.378	8,8	61,5	1.923	9,7	10,4
21	Legnago	61.341	3,1	2.949	3,5	48,1	3.305	2,6	53,9	626	3,2	10,2
22	Bussolengo	108.063	5,5	4.146	4,9	38,4	5.139	4,0	47,6	735	3,7	6,8
<b>TOTALE</b>		<b>1.948.451</b>	<b>100</b>	<b>84.852</b>	<b>100</b>		<b>128.841</b>	<b>100</b>		<b>19.834</b>	<b>100</b>	

Di seguito, si riportano anche i valori della popolazione con problematiche d'uso di oppiacei stimato, ossia il bisogno, e la media del numero di soggetti in carico alle strutture della Regione per il consumo di oppiacei nel corso degli anni 1999/2000/2001, ossia la domanda, rappresentato quindi dal numero di soggetti noti. Tali dati permettono di valutare quanta parte del bisogno rilevato sia già soddisfatto dalle attività svolte dalle strutture regionali: quando il bisogno rilevato è vicino alla domanda, espressa in numero di soggetti residenti già noti ai servizi, si può considerare la situazione di intervento, e quindi l'allocazione delle risorse, prossima a quella ottimale.

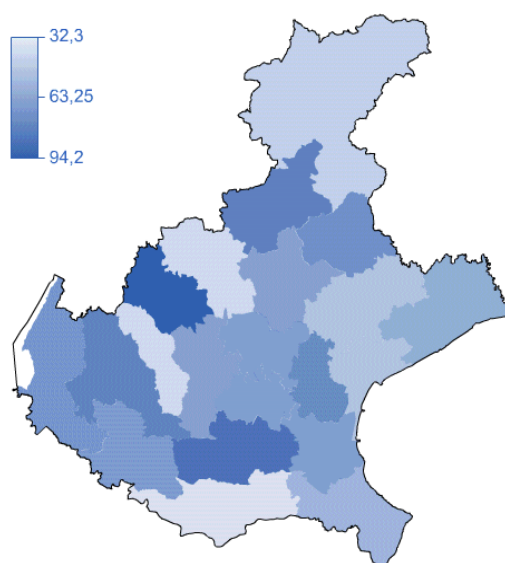
**Tab. 6: Confronto tra bisogno e domanda per i consumatori di oppiacei (2000)**

ULSS	BISOGNO		DOMANDA	
	POPOLAZIONE STIMATA	% SUL TOT CONSUMATORI STIMATI	Popolazione osservata	% sul tot popolazione osservata
1 Belluno	252	1,5	100	1,0
2 Feltre	121	0,7	95	0,9
3 Bassano del G.	566	3,4	207	2,1
4 Thiene	331	2,0	312	3,1
5 Arzignano	738	4,5	275	2,7
6 Vicenza	876	5,3	547	5,4
7 Pieve di Soligo	761	4,6	536	5,3
8 Asolo	749	4,5	470	4,7
9 Treviso	958	5,8	441	4,4
10 San Donà di P.	786	4,8	460	4,6
12 Veneziana	1.535	9,3	715	7,1
13 Mirano	963	5,8	711	7,1
14 Chioggia	389	2,4	256	2,5
15 Cittadella	691	4,2	441	4,4
16 Padova	2.060	12,5	1.341	13,3
17 Este	512	3,1	436	4,3
18 Rovigo	737	4,5	238	2,4
19 Adria	289	1,8	155	1,5
20 Verona	1.830	11,1	1.398	13,9
21 Legnago	577	3,5	386	3,8
22 Bussolengo	778	4,7	536	5,3
<b>TOTALE</b>	<b>16.500</b>	<b>100</b>	<b>10.057</b>	<b>100</b>

Lo studio “Stima di prevalenza e di incidenza dell'uso e abuso di alcol e di sostanze illecite nella Regione Veneto” ha avuto lo scopo primario di stimare la dimensione *reale* del fenomeno dell'uso e abuso di alcol e sostanze illecite ad un livello di dettaglio territoriale di azienda ULSS. Le informazioni che sono emerse dall'indagine evidenziano situazioni di rischio per le quali è necessario predisporre interventi mirati e specifici. In particolare gli elementi quantitativi relativi alla dimensione del bisogno e della domanda di intervento nel settore delle dipendenze sono stati elaborati in modo da fornire *indicatori* per la definizione delle azioni di contrasto e per la programmazione e la progettazione degli interventi terapeutici e riabilitativi e quindi per una ripartizione delle risorse regionali correlata con la distribuzione dei bisogni.

La programmazione regionale, infatti, sia per quanto riguarda le strategie operative e gli ambiti di intervento, sia per la localizzazione delle risorse, deve sempre più essere supportata da strumenti che si basano su evidenze e dati scientificamente validi e che considerano le singole realtà territoriali. Tutto questo anche con la finalità, non ultima, di mettere a punto un modello innovativo ed efficace che permetta di *pesare e valutare* il reale fenomeno del consumo e delle dipendenze da alcol e dalle sostanze psicoattive illecite, considerando sia la popolazione a rischio sia quella già afferente ai servizi che si occupano della cura e della riabilitazione delle dipendenze stesse.

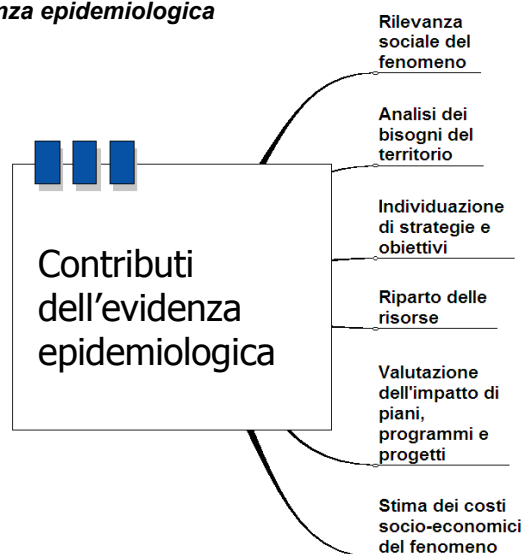
**Fig. 3: Indice di captazione del Sistema regionale**



*Nota: Percentuale del numero di consumatori di oppiacei in carico ai servizi sulla stima dei consumatori totali distinti per ULSS nel 2000.*

Dotandosi di questa tipologia di strumenti informativi, che si basano anche su altri progetti regionali attivati in modo propedeutico e sinergico come MFP (la piattaforma software per la gestione degli archivi delle strutture di intervento sia pubbliche che del privato sociale), la Regione Veneto sta assumendo sempre più un ruolo di Regione capofila a livello nazionale ma anche europeo, nel mettere in pratica le indicazioni fornite dal Consiglio d'Europa in merito alla necessità di sviluppare indicatori epidemiologici per la programmazione. Tali indicatori, definiti dall'Osservatorio europeo, permetteranno infatti di disporre di informazioni scientificamente valide sia per monitorare l'effetto delle politiche regionali di intervento in materia di dipendenze, sia per programmare gli interventi sulla base di un'analisi precisa e puntuale dei bisogni e delle risorse disponibili.

**Fig. 4: Contributi dell'evidenza epidemiologica**



## **L'ANALISI DEI COSTI DEI SERVIZI E DEI BENEFICI PER I CLIENTI E PER LA SOCIETÀ CIVILE**

La competizione con altri settori altrettanto rilevanti in termini di salute individuale e collettiva per risorse (finanziarie ma non solo) che per definizione sono scarse, combinata con una sempre maggiore attenzione per i costi dei servizi e per i benefici per i clienti e per la società civile hanno reso necessario comprendere come i costi e i risultati si correlano nei programmi terapeutico-riabilitativi. Ai programmi viene sempre più spesso richiesto di dimostrare che gli interventi realizzati rappresentano un buon investimento del denaro pubblico: i costi dei programmi devono essere giustificati dagli esiti degli interventi, e viceversa.

Vi sono diversi vantaggi nell'analizzare i costi dei programmi e i benefici per i clienti:

- viene motivato l'utilizzo del denaro pubblico a fronte dei bisogni espressi da altre categorie di persone svantaggiate;
- se rende possibile l'ottimizzazione delle risorse attraverso l'individuazione dei programmi più efficaci in combinazione alle diverse categorie di management dell'utenza;
- si rendono trasparenti e comunicabili al pubblico le attività svolte, motivando in maniera informata la cittadinanza ad usufruire dei servizi offerti;
- si favorisce il benchmarking nel sistema di offerta dei servizi, ponendo le condizioni per un processo di miglioramento continuo della qualità.

D'altra parte, non è nemmeno giustificabile un atteggiamento di timore che i costi dei servizi erogati si dimostrino maggiori dei benefici tratti dai clienti: analisi di questo genere vengono realizzate da ricercatori e programmatori da oltre 30 anni negli USA e i risultati hanno sempre attestato in maniera indiscutibile che i costi dei servizi sono ampiamente inferiori ai benefici che se ne traggono. La rassegna della letteratura di Jones e Vischi (1979) per esempio concluse che gli studi e le ricerche sono pressochè unanimi nel dimostrare che il trattamento dei disturbi da alcolismo, tossicodipendenza e malattia mentale determina una riduzione nell'utilizzo dei servizi sanitari. Hubbard e French (1991) conclusero che vi è un ritorno di 4: 1 in termini di rispetto della legalità nell'investimento del denaro pubblico nei programmi ambulatoriali con metadone e nei programmi di comunità residenziale e che questo genere di risparmio rappresenta solo una parte dei benefici potenziali attribuibili ai programmi terapeutici. Uno studio realizzato nello Stato dell'Oregon dimostrò un guadagno di \$ 5.60 in tasse aggiuntive per la cittadinanza per ogni dollaro investito in programmi terapeutici per tossicodipendenti (Finigan, 1996).

Esistono almeno tre tipi di analisi in questo settore:

- l'analisi dei costi, che consiste nella descrizione dei tipi e delle quantità di tutte le risorse utilizzate per produrre le prestazioni erogate dai servizi pubblici e privati nel settore nelle dipendenze da sostanze d'abuso;
- l'analisi costi-efficacia, che consiste nella relazione tra i costi e l'efficacia del programma, ossia l'esito del trattamento per il cliente.
- l'analisi costi-benefici, che consiste nella misurazione sia dei costi dei programmi che dei benefici per i clienti in termini monetari.

Gli esiti favorevoli per il cliente possono manifestarsi in quattro ambiti distinti con diverse combinazioni:

- la diminuzione o la sospensione dell'abuso e del consumo di sostanze;
- il miglioramento della performance personale e sociale;
- la riduzione o l'abbandono dei comportamenti a rischio per la salute;
- la diminuzione o l'abbandono delle attività illegali.

Per quanto riguarda l'analisi dei costi del Sistema preventivo-assistenziale per le dipendenze da sostanze d'abuso della Regione Veneto, questi vanno ancora considerati in maniera del tutto indicativa, in quanto va migliorata la qualità della raccolta dei dati. L'investimento complessivo per l'assistenza socio-sanitaria a favore di tossicodipendenti e alcolodipendenti (comprensivo dei trasferimenti ordinari alle aziende ULSS, delle rette per le comunità terapeutiche e dei finanziamenti per gli oltre 200 progetti in corso del fondo regionale di intervento per la lotta alla droga) ammonta a circa € 45.000.000,00, ossia circa € 10,00 all'anno per residente, così ripartiti:

- circa € 6,00 per le prestazioni di natura prevalentemente terapeutico-riabilitativa, ma anche marginalmente preventive dei Ser.T finanziati con il fondo sanitario regionale;
- circa € 3,00 per le prestazioni terapeutico-riabilitative in regime residenziale e semiresidenziale delle comunità terapeutiche finanziati con il fondo sanitario regionale;
- circa € 1,00 per la realizzazione di progetti di natura soprattutto preventiva (50%) finanziati prevalentemente con il fondo regionale di intervento per la lotta alla droga.

Il costo annuale medio per utente ammonta invece a circa € 4.000,00, che aumentano a circa € 5.500,00 nel caso di inserimento in comunità terapeutica residenziale. In tutte le situazioni illustrate sopra si registrano rilevanti differenze quantitative nei costi fra le diverse realtà locali.

Per quanto riguarda l'analisi costi-efficacia del Sistema veneto, abbiamo a disposizione i dati relativi all'utenza in carico derivanti dal citato studio sulla "Stima di prevalenza e di incidenza dell'uso e abuso di alcol e di sostanze illecite nella Regione Veneto", dai quali emerge che dei 16.500 consumatori di oppiacei stimati nel 2000, oltre 10.000 (ossia oltre il 60%) sono in carico ai servizi pubblici e/o privati. La letteratura scientifica attesta una riduzione del 50% circa del consumo di sostanze, del disagio psicologico e delle attività criminali sia durante che dopo il trattamento.

Per quanto riguarda infine l'analisi costi-benefici ci si deve basare esclusivamente sulla letteratura scientifica, dalla quale emerge che i costi dei programmi terapeutico-riabilitativi sono ampiamente controbilanciati dai risparmi che ne derivano per la società civile nel suo complesso. Per esempio, nello studio NTORS realizzato in Gran Bretagna è stato rilevato un risparmio per la diminuzione delle attività illegali e per il conseguente minore carico sul sistema giudiziario stimato in 5.2 milioni di sterline l'anno, ovvero un ritorno di oltre 3 sterline per ogni sterlina investita nei programmi terapeutico-riabilitativi. Flynn et al. (1999), hanno condotto il primo studio DATOS sui costi e sui benefici dell'impatto economico di programmi trattamentali residenziali a lungo termine e programmi ambulatoriali drug-free per i cocainomani, confermando ancora una volta che gli investimenti pubblici nel trattamento realizzano risultati significativi. Nel complesso, le riduzioni degli atti criminali durante e dopo il trattamento superano ampiamente il costo dei trattamenti in entrambe i tipi di programma. La media dei benefici economici netti per un trattamento residenziale a lungo termine è risultata essere di US\$ 10.344, mentre i benefici netti di un trattamento ambulatoriale drug-free era di US\$ 795.

**Tab. 7: I principali risultati della ricerca valutativa nordamericana e britannica sugli esiti dei trattamenti**

<p>Il risultato principale: Il trattamento produce dei cambiamenti -</p> <p>nei comportamenti di abuso e di consumo di sostanze psicoattive; nel funzionamento personale e sociale della persona; nelle condotte criminali - sia durante che dopo il trattamento.</p>	
-	Qualsiasi trattamento è efficace nel ridurre l'uso giornaliero delle sostanze, in particolare oppiacei, durante e dopo il trattamento.
-	Nel complesso, gli indicatori di risultato relativi all'uso di droghe, attività illegali, disagio psicologico si riducono in media del 50%.
-	I pazienti che rimangono per più di tre mesi in trattamento (nei programmi residenziali a lungo termine) e più di dodici mesi (nei programmi ambulatoriali con metadone) hanno riportato significativi risultati negli studi follow-up. In tutte le ricerche il periodo più critico è quello dei primi novanta giorni, se le persone superano questa "minima soglia ritentiva" con maggiore probabilità il trattamento è in grado di sollecitare esiti positivi nel ridurre o eliminare i comportamenti di abuso.
-	Pertanto il tempo investito nel trattamento riabilitativo rappresenta il fattore predittivo più importante. I programmi terapeutici che accolgono persone che rimangono in trattamento almeno 90 giorni sono significativamente associati con risultati positivi
-	La durata del trattamento, piuttosto che il tipo di trattamento è il fattore determinante nel produrre gli esiti più favorevoli. Gli studi di follow-up realizzati dopo un anno dalla conclusione del trattamento evidenziano in generale, una riduzione dei comportamenti di abuso, dei comportamenti criminali e dei disagi mentali solo per i pazienti che sono rimasti in trattamento almeno tre mesi.
-	I trattamenti riabilitativi con metadone a mantenimento danno esito favorevole ai pazienti che rimangono in trattamento almeno un anno.
-	Però, oltre metà dei pazienti non riescono a superare i tre mesi di percorso riabilitativo.
-	Più dei due terzi di essi perpetua i comportamenti di abuso entro l'anno.
-	I soggetti che rimangono in programmi di comunità per due anni conseguono gli esiti migliori soprattutto in relazione alla gravità e alla cronicità dei diversi problemi presentati (uso di sostanze per via iniettiva, scambio di siringhe e aghi, riduzione nell'uso di sostanze) e si verificano cambiamenti importanti nell'ambito psicologico, della salute e dei comportamenti criminali

## CONCLUSIONI

La mission della Regione nell'ambito delle dipendenze da sostanze d'abuso è quello di garantire i livelli essenziali di assistenza sociosanitaria a tutte le persone tossicodipendenti e alcoldipendenti che risiedono nel proprio territorio. Tale mission viene perseguita attraverso il Sistema integrato preventivo assistenziale per le dipendenze da sostanze d'abuso che, grazie ad una rete capillare di servizi pubblici e privati accreditati, fornisce prestazioni di natura preventiva, terapeutico-riabilitativa e di reinserimento sociale e lavorativo. L'investimento economico della comunità regionale per garantire questi livelli essenziali di assistenza è di circa € 45.000,00 l'anno, ossia circa € 10,00 per residente, dei quali circa 4/5 sono destinati al finanziamento di programmi terapeutico-riabilitativi ambulatoriali e di comunità residenziale e semiresidenziale. La letteratura scientifica sostiene la validità di questo investimento: si stima infatti una riduzione del 50% circa del consumo di sostanze, del disagio psicologico e delle attività criminali sia durante che dopo il trattamento e che i costi dei programmi terapeutico-riabilitativi sono ampiamente controbilanciati dai risparmi che ne derivano per la società civile nel suo complesso. Gli indicatori di efficacia del sistema ne attestano il buon funzionamento, dato che dei 16.500 consumatori di oppiacei stimati nel 2000, oltre 10.000 (ossia oltre il 60%) erano in carico ai servizi pubblici e/o privati accreditati.

Molto è stato realizzato sinora nella direzione della programmazione, del monitoraggio e della valutazione del sistema integrato preventivo assistenziale per le dipendenze da sostanze d'abuso della Regione Veneto, con un'attenzione particolare alla valutazione dell'outcome dei servizi; i risultati raggiunti vanno ora consolidati attraverso l'implementazione integrata e coordinata:

- della Piattaforma Multifunzionale per la gestione delle unità operative del Dipartimento delle dipendenze (MFP) quale sistema di verifica e revisione della qualità, prerequisito per l'accreditamento;
- del Sistema epidemiologico regionale per l'osservazione del fenomeno delle dipendenze da sostanze d'abuso;
- del Sistema di analisi dei costi e di monitoraggio di tutte le prestazioni sociosanitarie erogate dalla rete locale dei servizi pubblici e privati accreditati per garantire i livelli uniformi di assistenza;
- del Sistema di valutazione dell'outcome dei programmi terapeutico-riabilitativi e degli interventi di prevenzione primaria realizzati dalla rete locale dei servizi pubblici e privati accreditati.

## BIBLIOGRAFIA

Archibugi F., Condizioni e requisiti di una programmazione regionale efficace, IV° - La Programmazione in Sardegna, n: 28/29.

De Angeli M. (2002), Una revisione della letteratura scientifica sull'outcome delle dipendenze, in Serpelloni G., Simeoni E., Rampazzo L. (a cura di) (2002a).

Finigan, M. Societal Outcomes and Cost Savings of Drug and Alcohol Treatment in the State of Oregon. Report to the Office of Alcohol and Drug Abuse Programs, Oregon Department of Human Resources and the Governor's Council on Alcohol and Drug Abuse Programs, 1996.

Flynn, P. M., Kristiansen, P. L., Porto, J. V., & Hubbard, R. L. (1999). Costs and benefits of treatment for cocaine addiction in DATOS, Drug and Alcohol Dependence, 57, 167-174.

Hubbard, R.L., and French, M.T. New perspectives on the benefit-cost and cost-effectiveness of drug abuse treatment. In: Cartwright, W.S., and Kaple, J.M., eds. Economic Costs, Cost-Effectiveness, Financing, and Community-Based Drug Treatment. Research Monograph 113, DHHS Pub. No. (ADM)91-1823. Rockville, MD: National Institute on Drug Abuse, 1991. pp. 94-113.

Jones, K., and Vischi, T. Impact of alcohol, drug abuse, and mental health treatment on medical care utilization. Medical Care [Special Suppl], Dec. 1979.

Orlandini D., Nardelli E., Potente R. (a cura di) (2001), Le rappresentazioni sociali delle droghe nei giovani e negli adulti veneti, Regione Veneto, Venezia.

Orlandini D., Nardelli E., Bottignolo E. (2002), Programmi e modelli di prevenzione primaria delle dipendenze: i diversi aspetti della prevenzione, Regione Veneto, Venezia.

Rajkumar, A.S., & French, M.T. (1997). Drug use, crime costs, and the economic benefits of treatment. Journal of Quantitative Criminology, 13, 291-323.

Rampazzo L. (2002), Un modello di sistema avanzato per la gestione del fondo regionale lotta alla droga, in Serpelloni G., Simeoni E., Rampazzo L. (a cura di) (2002b).

Regione Veneto, C.N.R. (2002), Stima di prevalenza e di incidenza dell'uso e abuso di alcol e di sostanze illecite nella Regione Veneto, C.N.R., Pisa.

Serpelloni G., Simeoni E., Rampazzo L. (a cura di) (2002a), Total quality management: Indicazioni per le aziende sociosanitarie e i dipartimenti per le dipendenze, La Grafica, Verona.

Serpelloni G., Simeoni E., Rampazzo L. (a cura di) (2002b), Project management: la gestione per progetti. Indicazioni per le aziende sociosanitarie e i dipartimenti per le dipendenze, Edigraph, Verona.

Serpelloni G., Margiotta M., Maroccola M., Rampazzo L. (a cura di) (2002), Progetto AnCosBen Costi e Benefici: principi e modelli di analisi per i dipartimenti delle dipendenze e le aziende sanitarie, Edigraph, Verona.

Simpson, D. & Brown, B. (Eds). (1999). Special issue on treatment process and outcome studies from DATOS. Drug and Alcohol Dependence.

Simpson, D., Joe, G., Fletcher, B., Hubbard, R., & Anglin, D. (1999). A national evaluation of treatment outcomes for cocaine dependence. Archives of General Psychiatry, 56, 507-514.

Siza R., Strategie di programmazione: le attuali tendenze, V° - La Programmazione in Sardegna n: 28/29.

Università di Padova, Regione Veneto, Ministero della Pubblica Istruzione (2001), Rapporto sullo stato di salute e gli stili di vita dei giovani veneti in età scolare, Scaligera, Buttapietra (VR).

