

VALUT-AZIONE

Ricerca sulle performance dei Servizi residenziali e ambulatoriale per le dipendenze della Cooperativa Sociale Famiglia Nuova



Report tecnico-scientifico
Febbraio, 2025



Famiglia Nuova

VALUT-AZIONE

Ricerca sulle performance dei Servizi residenziali e ambulatoriale per le dipendenze della Cooperativa Sociale Famiglia Nuova

A cura di Claudia Luppi, Silvia Biagioni, Simone Sacco, Sabrina Molinaro

INDICE

PERCHÉ QUESTA RICERCA	1
SINTESI INTRODUTTIVA	2
PARTE I – IL CONTESTO	16
CAPITOLO 1: L’OFFERTA DI CURA DELLA COOPERATIVA FAMIGLIA NUOVA	16
1.1: <i>Il contesto nazionale dei Servizi per le Dipendenze</i>	16
1.2: <i>I contesti regionali di riferimento dei servizi di Famiglia Nuova</i>	18
1.2.1: Lombardia	18
1.2.2: Emilia-Romagna	19
1.2.3: Umbria	20
1.3: <i>La tipologia e l’articolazione dei percorsi</i>	22
1.3.1: SERVIZIO MULTIDISCIPLINARE INTEGRATO (SMI)	22
1.3.2: STRUTTURE RESIDENZIALI PEDAGOGICO RIABILITATIVE	23
1.3.3: STRUTTURE RESIDENZIALI TERAPEUTICO RIABILITATIVE	25
PARTE II - IL PROGETTO VALUT-AZIONE: LA METODOLOGIA	27
CAPITOLO 1: IL METODO DI LAVORO E LA BASE DI DATI	27
CAPITOLO 2: LA METODOLOGIA NELLA VALUTAZIONE DEGLI OUTCOME	32
PARTE III - IL SERVIZIO MULTIDISCIPLINARE INTEGRATO	36
CAPITOLO 1: LE PERSONE IN CURA PER DIPENDENZA DA SOSTANZE PSICOATTIVE ILLEGALI	38
1.1: <i>Le prese in carico per dipendenza da sostanze</i>	38
1.2: <i>Valutazione degli outcome delle prese in carico</i>	39
1.3: <i>Le persone in cura per dipendenza da sostanze psicoattive illegali</i>	39
1.3.1: Pazienti in trattamento	39
1.3.2: Pazienti che hanno concluso il percorso con esito positivo	41
1.3.3: Pazienti che hanno concluso il percorso con esito negativo	43
1.3.4: Pazienti trasferiti	45
1.4: <i>Complessità diagnostica dei pazienti ed esiti del trattamento</i>	47
1.5: <i>Valutazione degli esiti dei percorsi di cura individuali</i>	48
CAPITOLO 2: LE PERSONE IN CURA PER DIPENDENZA DA ALCOL	52
2.1: <i>Le prese in carico per dipendenza da alcol</i>	52
2.2: <i>Valutazione degli outcome delle prese in carico</i>	53
2.3: <i>Le persone in cura per dipendenza da alcol</i>	53
2.3.1: Pazienti in trattamento	53
2.3.2: Pazienti che hanno concluso il percorso con esito positivo	55
2.3.3: Pazienti che hanno concluso il percorso con esito negativo	57
2.4: <i>Complessità diagnostica dei pazienti ed esiti del trattamento</i>	59
2.5: <i>Valutazione degli esiti dei percorsi di cura individuali</i>	60
PARTE IV – LE COMUNITÀ RESIDENZIALI	64
CAPITOLO 1: L’UTENZA IN CURA PRESSO LE COMUNITÀ RESIDENZIALI	64
1.1: <i>Le prese in carico per dipendenza delle Comunità Residenziali</i>	67
1.2: <i>Valutazione degli outcome delle prese in carico</i>	68
1.3: <i>Le persone in cura presso le Comunità Residenziali</i>	68
1.3.1: Pazienti in trattamento	69
1.3.2: Pazienti che hanno concluso il percorso con esito positivo	70
1.3.3: Pazienti che hanno concluso il percorso con esito negativo	72
1.3.4: Pazienti che hanno concluso il percorso con un trasferimento	74
1.4: <i>Complessità diagnostica dei pazienti ed esiti del trattamento</i>	76
1.5: <i>Valutazione degli esiti dei percorsi di cura individuali</i>	77
L’UTENZA IN CURA PRESSO TERRA BLU	80
CONCLUSIONI OLTRE LE PAROLE	81

*A Gian Michele Maglio,
il cui sguardo sul mondo sapeva coniugare gli eventi della
storia passata alle manifestazioni sociali del presente e
indirizzare l'impatto della Cooperativa sui bisogni dei più
vulnerabili per un futuro per loro più sostenibile.*

Perché questa ricerca

A cura di Bruno Marchini

Durante una delle Summer School promosse annualmente dal CNCA e da Forum droghe, alla quale eravamo iscritti con Maurizio, fummo stimolati dall'invito lanciato in una sessione del programma a produrre una qualche misurazione delle azioni prestazionali e di cura, che anche noi di Famiglia Nuova, come altri Enti, eroghiamo ormai da tanti anni nei Servizi per le dipendenze. A livello nazionale non esistevano ricerche o dati di alcun tipo. Nella scarsità di risorse economiche dedicate, tema cruciale per la sopravvivenza, lo stimolo era importante e il dibattito si accendeva sulle percezioni della minore efficacia, e della minore efficienza, di storici modelli di cura delle dipendenze, le Comunità residenziali. Queste erano comparate a nuove attività di intervento, molto più leggere nell'intensità di cura e assistenza e più rivolte a limitare rischi e a ridurre danni che a trattare le persone con dipendenze. Secondo noi un errore comparare servizi che rispondono in modo differente a richieste di presa in carico diverse. In quegli anni l'introduzione del sistema GeDi per la raccolta e digitalizzazione su piattaforma dei dati relativi alle prestazioni erogate di tipo educativo, psicologico, sociale, o sanitario, medico, infermieristico e farmacologico prestati all'utenza in carico, veniva adottato anche dalla nostra Cooperativa: inizialmente dallo SMI, il nostro ambulatorio di Lecco, e poi dalle Comunità residenziali e in tempi più recenti anche dai servizi a bassa intensità assistenziale, per raccogliere il sapere e il saper fare quotidiano.

Si deve a Massimo Bisioli che ha lavorato molto sul supporto tecnico all'utilizzo dello strumento GeDi il merito di averne convintamente promosso l'adozione: senza Massimo, e Maurizio, non potremmo vantare questa pubblicazione.

Proponemmo così al Consiglio di Amministrazione di allora l'idea di una ricerca indipendente ed esterna che ottenne consenso e fu approvata. E anche i Consiglieri che si sono succeduti hanno mantenuto l'interesse per il suo sviluppo: in particolar modo Gian Michele Maglio, entusiasta di questa Valut-Azione, ancora Presidente al momento della produzione definitiva della relazione di ricerca: la Cooperativa gli dedica il Convegno di presentazione il 21 febbraio 2025 a Lodi, dopo la Conferenza Stampa di lancio a Lecco il giorno precedente.

La ricerca è stata affidata ad un gruppo di ricercatori che fanno parte del Laboratorio di Epidemiologia e Ricerca sui servizi sanitari dell'Istituto di Fisiologia Clinica del CNR, che hanno lavorato all'analisi dei set di dati in totale autonomia.

L'esigenza di conoscere i dati prodotti dai nostri Servizi per le dipendenze non era dettata da un interesse per definire l'identikit della persona che afferisce ai nostri Servizi, né per tracciare, selezionare e scegliere; nemmeno avevamo l'intenzione di raccogliere e incrociare dati storici di presenze ricorrenti, che, sappiamo,

caratterizzano alcune storie di dipendenza. Era invece chiara l'esigenza, alimentata da interesse e passione per il lavoro che facciamo da più di 40 anni, di ritrovare, anche nei dati raccolti, l'adesione e l'aderenza ai principi cardine del nostro progetto educativo: centralità della persona, anticipo di fiducia nella relazione riabilitativa, sostegno al recupero delle dinamiche familiari e sociali già esistenti o di nuova origine, supporto all'assunzione della responsabilità individuale e, soprattutto, per capire, a nostro rischio, i coefficienti di efficienza ed efficacia dei nostri programmi e progetti per le dipendenze.

Tutto questo pur sapendo che nell'ambito dei Servizi di cura e di trattamento basati sul rapporto di fiducia reciproco che si instaura, riuscire a "farcela" non dipende soltanto da quanti colloqui saranno stati fatti e registrati sulla piattaforma, ma da come saranno stati svolti e per quali argomenti e temi; così come un programma concluso bene può dipendere dagli accompagnamenti a visite specialistiche per la salute complessiva, ma magari anche dal tipo di counselling che sarà stato promosso durante quegli accompagnamenti. La qualità della cura delle dipendenze dipenderà anche da un lungo elenco di azioni e prestazioni difficilmente classificabili che, con quelle codificate, concorrono agli esiti dei programmi riabilitativi. Alcuni interventi educativi e azioni di supporto "fuori setting" sono infatti molto efficaci.

I percorsi di autodistruzione "ancora attivi" sono spesso il risultato di sacche di dolore non guarite e i percorsi di cambiamento, anche parziale, non sono tutti diritti, non sono tutti facili, non sono tutti uguali. Ascolto empatico e una congrua flessibilità dei progetti, talvolta, consentono traguardi più solidi dei risultati raggiunti grazie al solo controllo dell'adesione alle regole.

Oggi abbiamo i dati quantitativi rilevati durante un periodo di 10 anni: ne faremo buon uso.

SINTESI INTRODUTTIVA

Il progetto Valut-Azione rappresenta un esempio virtuoso di analisi delle performance dei Servizi per le dipendenze di un'organizzazione del Privato Sociale accreditato ai fini di una migliore riorganizzazione e programmazione interna. La Cooperativa Famiglia Nuova, attraverso questo progetto, ha iniziato un coraggioso e profondo processo di autovalutazione partendo dall'importante capitale informativo raccolto nel corso degli anni all'interno delle proprie strutture.

Lo studio ha preso in esame le informazioni riguardanti la domanda di trattamento estratte dalla Banca Dati del sistema informativo gestionale "GeDI", utilizzato dai Servizi della Cooperativa dal 2013. Nello specifico, sono stati analizzati i dati del Servizio Multidisciplinare Integrato (SMI) attivo in Lombardia e delle Strutture Residenziali presenti in Lombardia, Emilia-Romagna e Umbria.

La fase più complessa del progetto è stata quella dello sviluppo del database finale su cui predisporre i modelli di analisi: l'implementazione in itinere del sistema di raccolta dati presso i Servizi e il conseguente importante numero di informazioni mancanti hanno portato a una selezione delle informazioni utilizzabili. È stato tuttavia possibile mettere a punto e testare una serie di modelli di analisi che, in futuro, potranno essere replicati su dati più completi e aggiornati.

L'obiettivo principale del progetto Valut-Azione è quello di individuare, partendo dai dati esistenti, indicazioni evidence based per l'ottimizzazione delle performance dei Servizi.

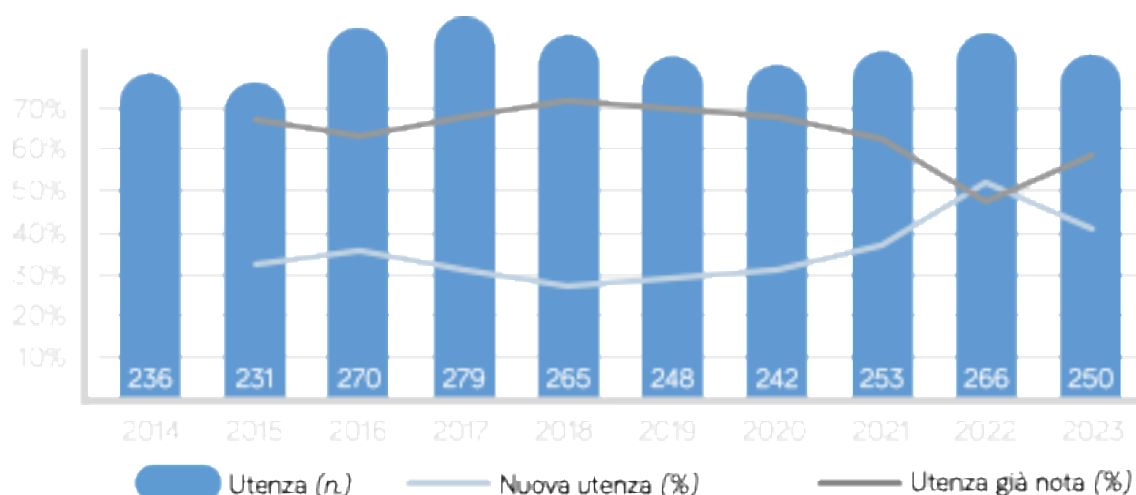
L'analisi delle performance è stata sviluppata in primis per le singole prese in carico, analizzando ogni percorso individualmente, senza considerare, ad esempio, se più prese in carico fossero riferite al medesimo soggetto o se, per un soggetto, a una presa in carico chiusa con esito positivo ne fossero succedute altre. Questo ha permesso di trarre indicazioni sulle modalità di chiusura con esito positivo di un singolo percorso.

L'analisi è stata poi ripetuta per singolo soggetto, che esso avesse una o più prese in carico, considerando tutto il percorso di cura in cui l'utente ha orbitato nei Servizi afferenti alla Cooperativa Famiglia Nuova.

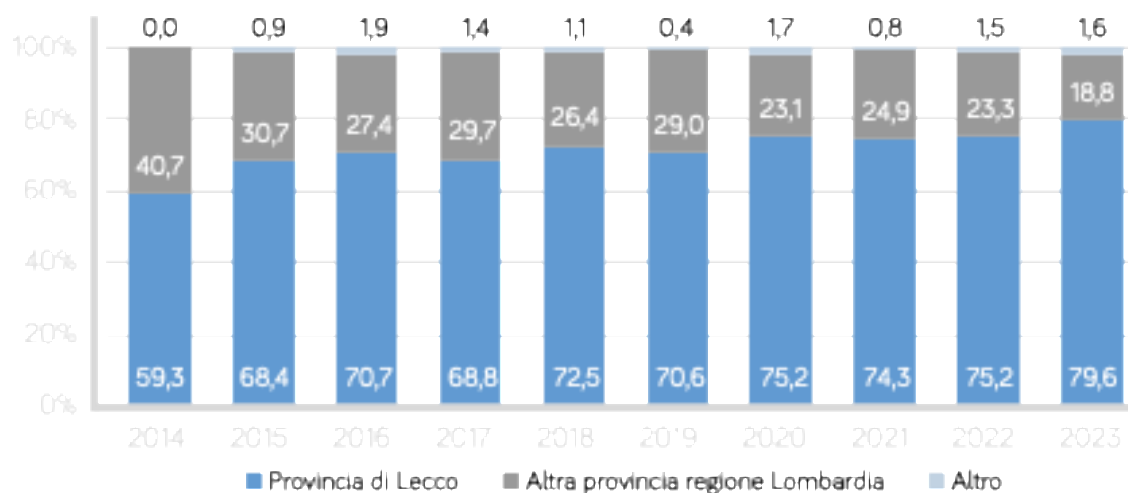
Il lavoro ha previsto inoltre lo sviluppo di numerose analisi descrittive per ciascun gruppo di soggetti analizzati; analisi che potranno essere di aiuto per meglio comprendere come si è modificata nel tempo la capacità di attrazione e ritenzione dei Servizi della Cooperativa Famiglia Nuova.

La panoramica che segue si concentra principalmente sulle indicazioni emerse in relazione ai percorsi trattamentali.

Il Servizio Multidisciplinare Integrato



Il Servizio nel corso dell'ultimo decennio ha avuto mediamente in cura 254 soggetti e, dal 2018 al 2022, si rileva un'importante crescita delle potenzialità di attrazione, con un incremento di 10 punti percentuali della nuova utenza a discapito di quella già in trattamento.

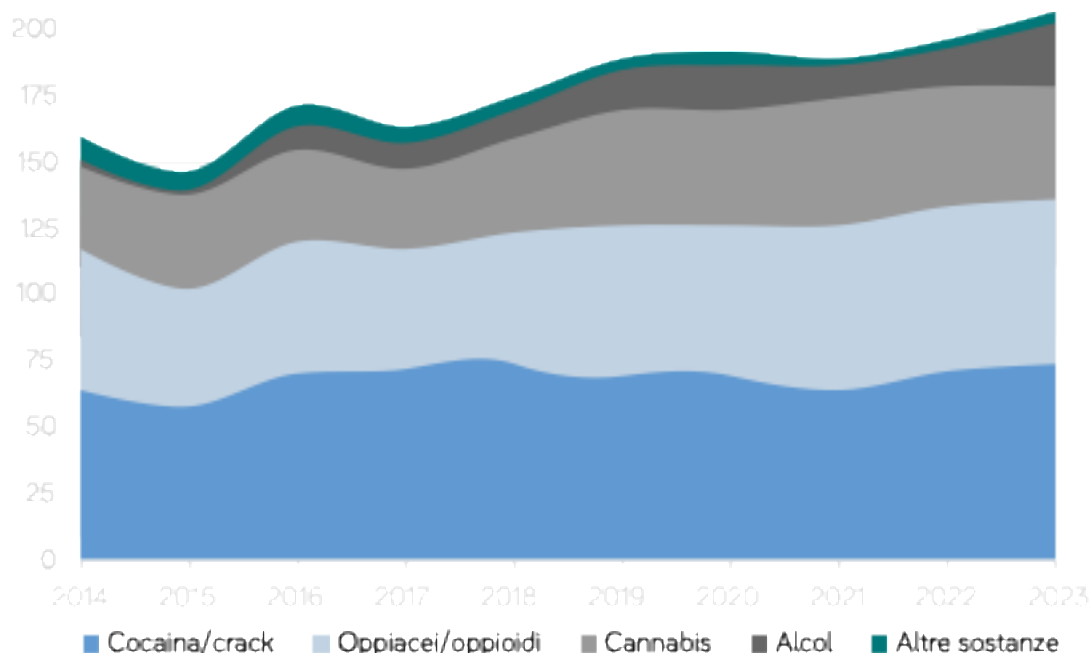


Seppur in media nell'ultimo decennio oltre il 70% dell'utenza proviene dalle aree limitrofe al servizio stesso, confermando il suo ruolo di riferimento per il territorio nel quale è inserito, circa un soggetto ogni 5 nel 2023 arriva da altre province o da fuori regione.

DIPENDENZA DA SOSTANZE PSICOATTIVE ILLEGALI

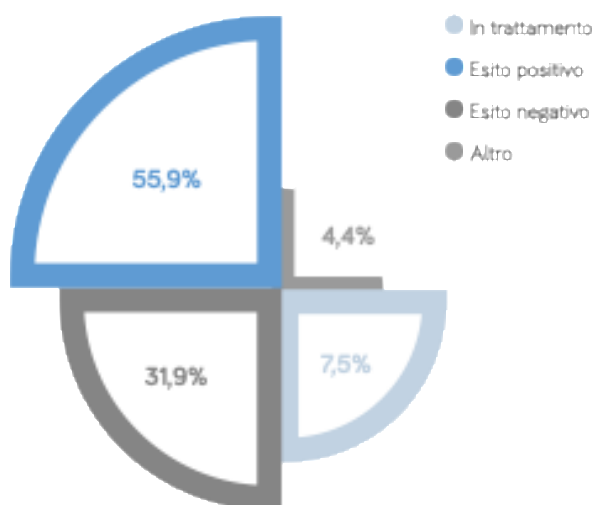
Utenza in cura

L'utenza in cura per problematiche legate all'utilizzo di sostanze psicoattive illegali rappresenta la maggior parte delle persone in carico al Servizio, in media 193 persone ogni anno.



La maggior parte delle persone in cura riferisce consumi di cocaina, quota che nel 2023 raggiunge il valore massimo del 74%. Aumenta negli anni anche la quota di persone che chiedono aiuto per il proprio utilizzo di alcol e oppiacei. Relativamente all'utenza in cura per problematiche legate al consumo di cannabis si osserva un decremento nell'ultimo biennio. Complessivamente negli anni è aumentato il poliutilizzo di sostanze legali e illegali.

Valutazione degli esiti delle singole prese in carico



Il Servizio Multidisciplinare Integrato dal 2014 al 2023 ha attivato **1.158 prese in carico** per **761 pazienti** con disturbo da uso di sostanze.

Oltre la metà delle prese in carico è terminata con un esito positivo mentre poco meno di un terzo ha esito negativo. Quasi l'8% risulta ancora in essere al termine del 2023.

I percorsi hanno una durata media di **283 giorni** con un range temporale che va da un minimo di un solo giorno sino a un massimo di 10 anni.

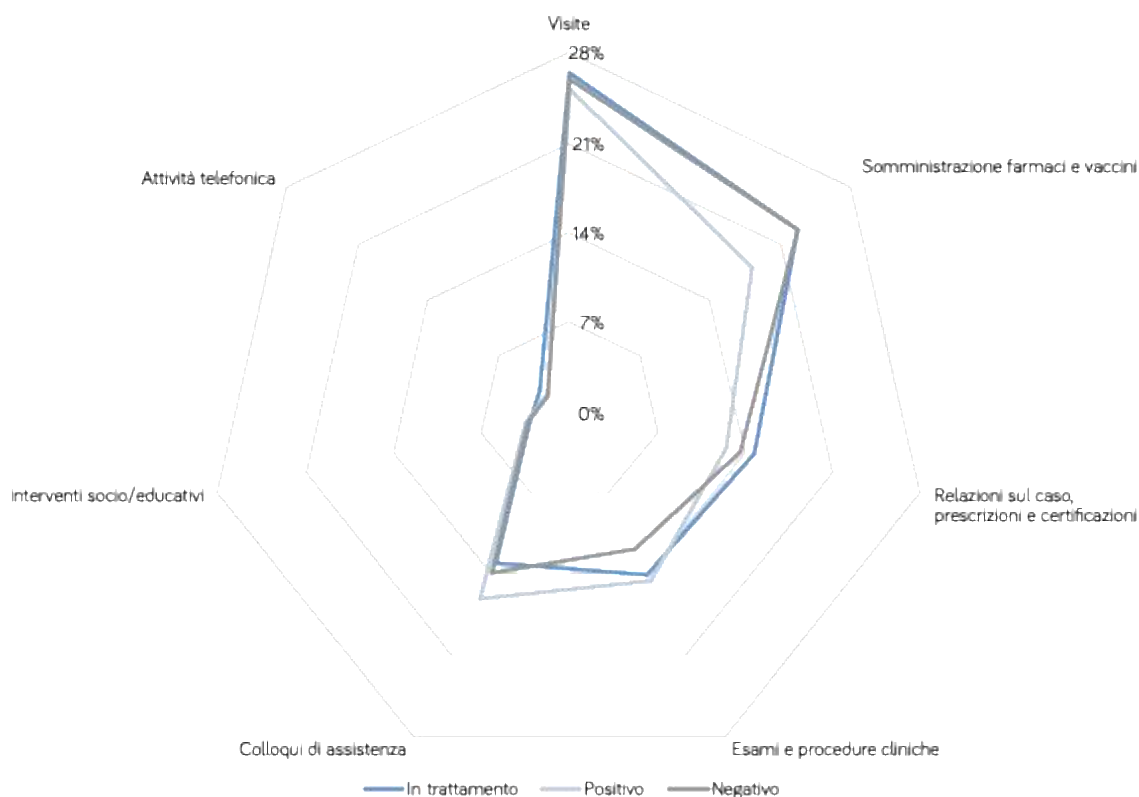
Le tipologie di prestazioni maggiormente erogate nei percorsi di cura sono le visite e la distribuzione di farmaci: in media le prestazioni appartenenti a questi gruppi omogenei sono erogate una volta al mese; vengono effettuati poco meno di una volta al mese i colloqui di assistenza così come certificazioni e relazioni sul caso ed esami o procedure cliniche; meno frequentemente vengono eseguiti interventi socio/educativi, test psicologici e attività telefoniche.

Le prestazioni terapeutiche che risultano avere un effetto di facilitazione rispetto al buon esito della presa in carico, al netto di tutte le caratteristiche individuali degli utenti, sono i **colloqui di assistenza** e l'**attività di assistenza telefonica**. Nessuna prestazione risulta associata a un esito negativo del percorso.

L'indicazione che sembra emergere è che un costante supporto al paziente, anche da remoto, possa influire sull'esito di alcuni percorsi. Considerando che queste tipologie di prestazioni hanno una frequenza di erogazione più bassa rispetto ad altre che non sono risultate significative, ne sarebbe auspicabile l'incremento.

Valutazione degli esiti dei percorsi di cura individuali

Al termine del 2023, l'11% delle persone che hanno fatto un percorso di cura a partire dal 2014 risulta ancora in carico allo SMI; il 51% ha terminato il proprio percorso con un esito positivo, il 33% con un esito negativo e il 4% dei casi ha avuto un trasferimento ad altri Servizi.



Le prestazioni più erogate, indipendentemente dall'esito, sono visite e somministrazioni di farmaci.

Focalizzando sulle persone che hanno concluso il percorso con esito positivo, dopo la somministrazione di farmaci la tipologia di prestazione maggiormente erogata è quella che

appartiene alla classe dei colloqui di assistenza mentre, tra i pazienti ancora in trattamento e tra coloro che hanno esitato negativamente il percorso di cura, segue la stesura di relazioni.

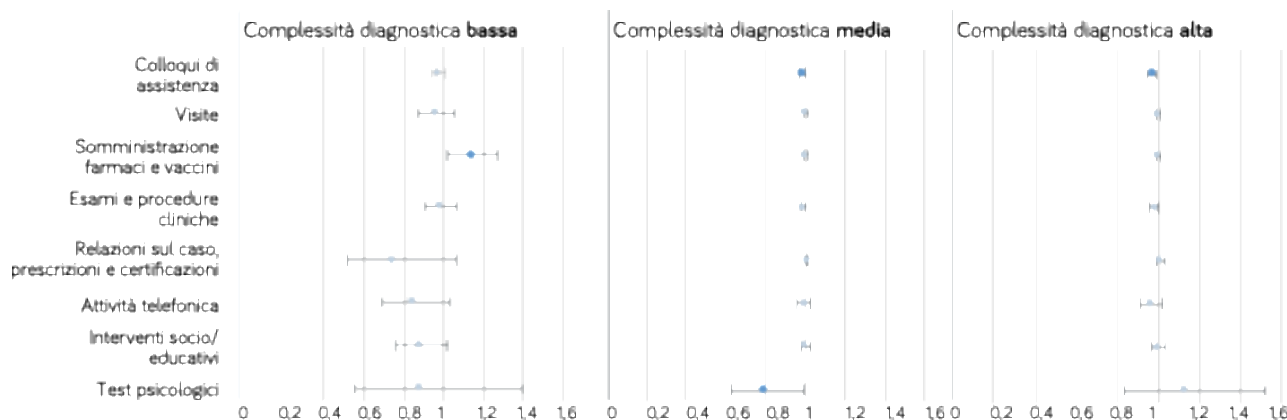
Il 72% degli utenti che hanno completato con successo il percorso di cura ha avuto una sola presa in carico e il 90% non ha avuto alcun esito negativo nel periodo considerato; circa un quinto, precedentemente all'ultima presa in carico, aveva già terminato almeno un percorso di cura positivamente.

Lo studio che si è basato sull'intero percorso di cura dei singoli individui, considerando come inizio del percorso la prima presa in carico e come esito quello relativo all'ultima presa in carico, ha evidenziato come all'aumentare della densità di prestazione dei **colloqui assistenziali** aumenti la ritenzione in trattamento, confermando un forte valore protettivo di questa tipologia di prestazione. Anche coloro che hanno ricevuto una maggiore quantità di **attività di supporto telefonico** e **interventi socio-educativi** risultano avere una ritenzione in trattamento maggiore rispetto a chi ne ha ricevute meno.

L'incremento dei colloqui assistenziali diminuisce il rischio di abbandono e di esito negativo del percorso.

Al netto dell'eterogeneità insita nei percorsi, un maggior numero di **colloqui assistenziali**, di **esami e procedure cliniche** così come l'**attività telefonica di supporto** si confermano facilitanti per un esito positivo del trattamento. Al contrario, un'alta densità di prestazioni appartenenti al gruppo stesura di *relazioni sul caso, prescrizioni e certificazioni* risulta fattore di rischio per avere una conclusione negativa dell'intero percorso di cura.

Sarebbe auspicabile un incremento di colloqui di assistenza e di esami e procedure cliniche.



Nella lettura dell'utenza in base alla complessità diagnostica, all'aumentare della complessità si conferma una maggiore ritenzione in trattamento e una maggiore probabilità di esito negativo del percorso, aumentano anche i trasferimenti.

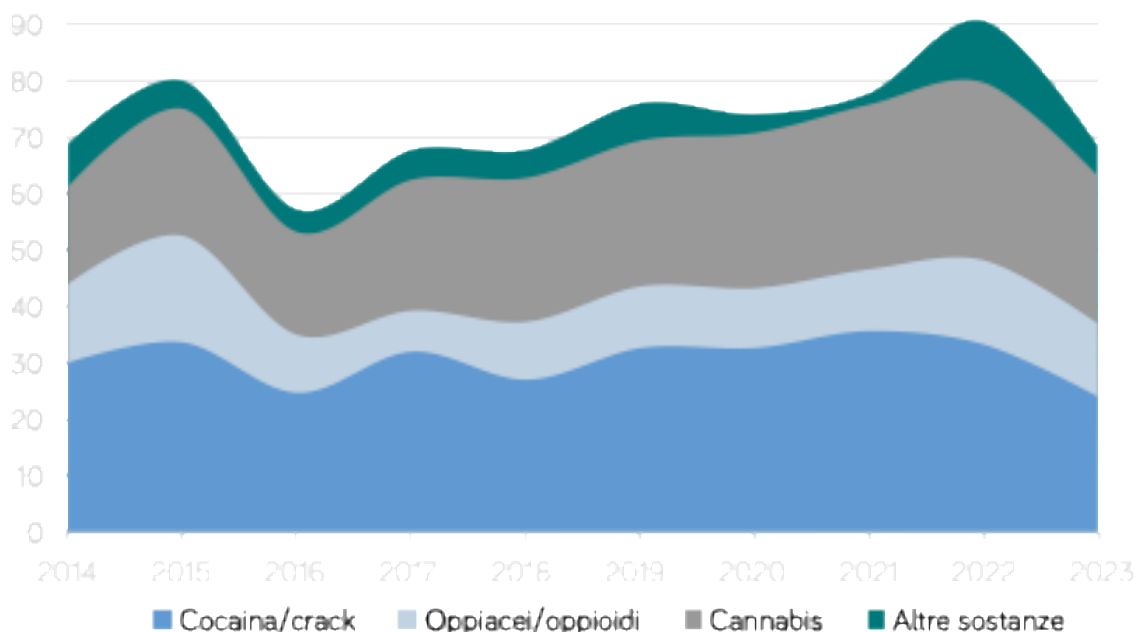
Emergono evidenze relativamente alla correlazione fra il quantitativo di *farmaci erogati* ai soggetti con una bassa compromissione diagnostica e l'esito negativo del trattamento. Nei pazienti che rivelano una complessità diagnostica di grado medio emergono invece come fattori fortemente protettivi sia i **colloqui di assistenza** sia le prestazioni di diagnostica attraverso **test psicologici**.

Nel gruppo che presenta una complessità diagnostica alta, è invece la densità dei **colloqui di assistenza** che risulta associata a un buon esito del programma.

DIPENDENZA DA ALCOL

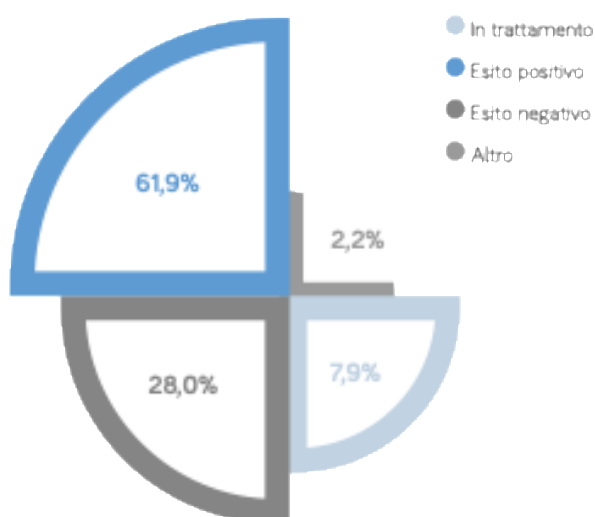
Utenza in cura per dipendenza da Alcol

Il Servizio Multidisciplinare Integrato ha avuto in media 61 persone ogni anno in cura per dipendenza da alcol.



Dal 2017 al 2022 si è osservato un aumento dei pazienti che hanno associato **altre sostanze illegali** all'uso di alcol, soprattutto cocaina e crack, riferita mediamente dal 30% dell'utenza. Nel 2023 si osserva una diminuzione dell'utilizzo di tutte le sostanze psicoattive illegali.

Valutazione degli esiti delle singole prese in carico



Il 62% delle prese in carico è terminata con un esito positivo, il 28% ha avuto un esito negativo, il 7,9% era ancora attivo al termine del 2023 e il 2,2% ha esitato con un trasferimento.

La durata media è di 282 giorni con un range temporale che va da un minimo di un solo giorno sino a un massimo di quasi 6 anni.

Le prestazioni colloqui di assistenza e visite sono quelle più erogate, seguite da esami e procedure cliniche.

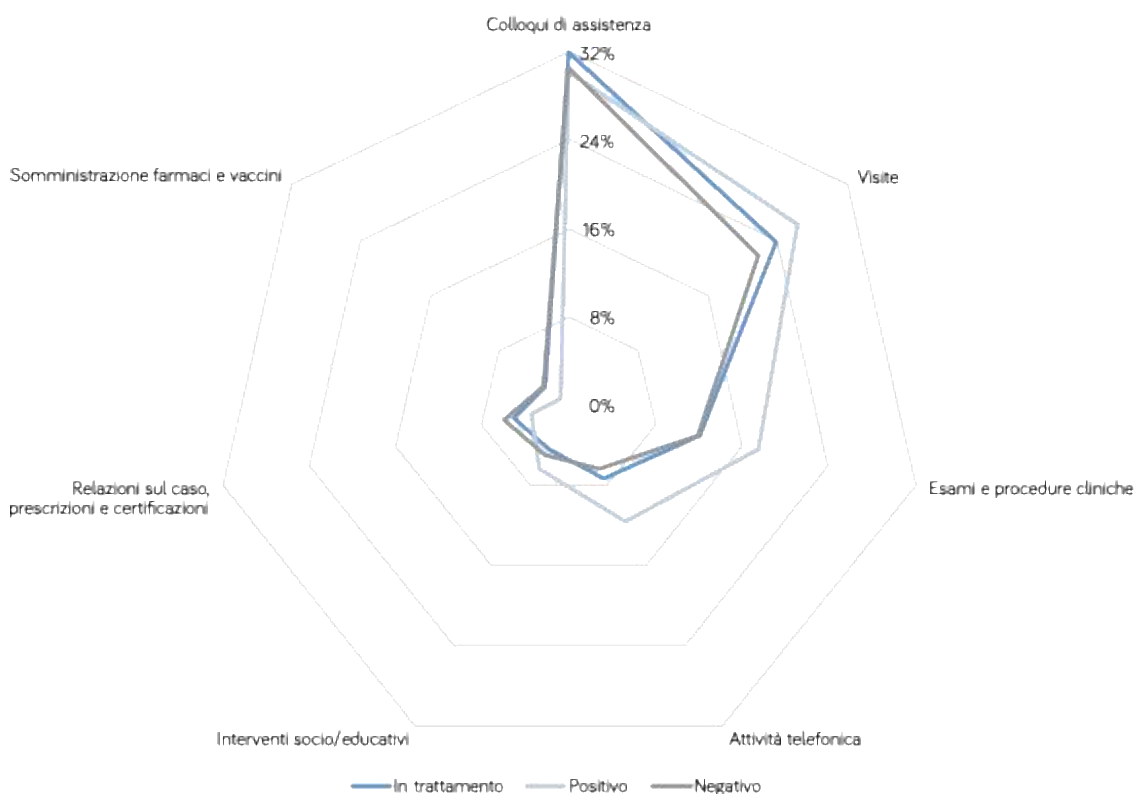
La densità media di erogazione delle prestazioni è sempre sotto la prestazione al mese ma la variabilità della densità indica la variabilità dei percorsi a seconda del singolo caso: si osservano, infatti, prese in carico nelle quali sono state effettuate sino a circa 7 colloqui e visite al mese.

Le prestazioni terapeutiche che garantiscono una maggiore probabilità di esito positivo nei percorsi di cura per dipendenza da alcol sono i colloqui di assistenza. Al contrario, la somministrazione di farmaci e vaccini risulta essere associata a un esito negativo.

I colloqui assistenziali sembrano influire sull'esito positivo di alcuni percorsi. Considerando che questa tipologia di prestazioni ha una frequenza di erogazione estremamente variabile, si potrebbe pensare di incrementarla laddove poco frequente.

Valutazione degli esiti dei percorsi di cura

Il 59% delle persone in cura presso il Servizio ha terminato il suo percorso di cura con un esito positivo, poco più di un quarto (27%) ha avuto un esito negativo (abbandono, allontanamento o decesso). Le prese in carico ancora attive al termine del 2023 rappresentano quasi il 12%.



Indipendentemente dall'esito del percorso di cura, le prestazioni maggiormente erogate sono i colloqui di assistenza, seguiti da visite, esami e procedure cliniche. Meno erogate l'attività telefonica, gli interventi socio/educativi e la stesura di relazioni. Risulta molto poco presente, soprattutto tra l'utenza che ha esitato positivamente, la somministrazione di farmaci e vaccini.

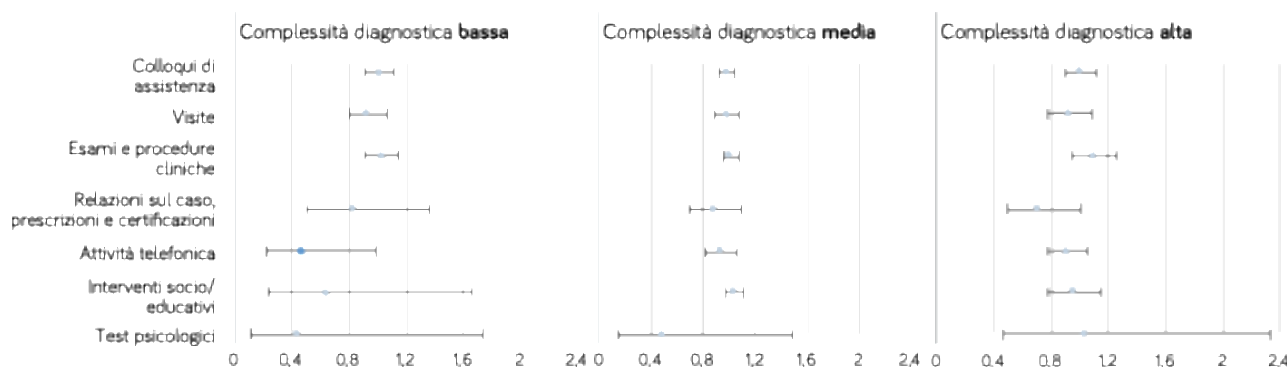
Il 76% dell'utenza che ha completato con successo il percorso di cura ha avuto una sola presa in carico nel periodo considerato e quasi la totalità senza alcun episodio di esito negativo per precedenti percorsi di cura (94%); circa un quinto aveva già terminato almeno un percorso di cura positivamente.

Dall'analisi dei percorsi di cura individuali, emerge che avere una densità di **colloqui assistenziali** sopra la media risulta associato a una maggiore probabilità di essere ancora in trattamento o di averlo terminato positivamente. Anche una maggiore densità di **interventi socio-educativi** e di **attività di sostegno svolte telefonicamente** è associata a esiti positivi.

I colloqui assistenziali diminuiscono la probabilità che i pazienti abbiano un esito negativo del trattamento.

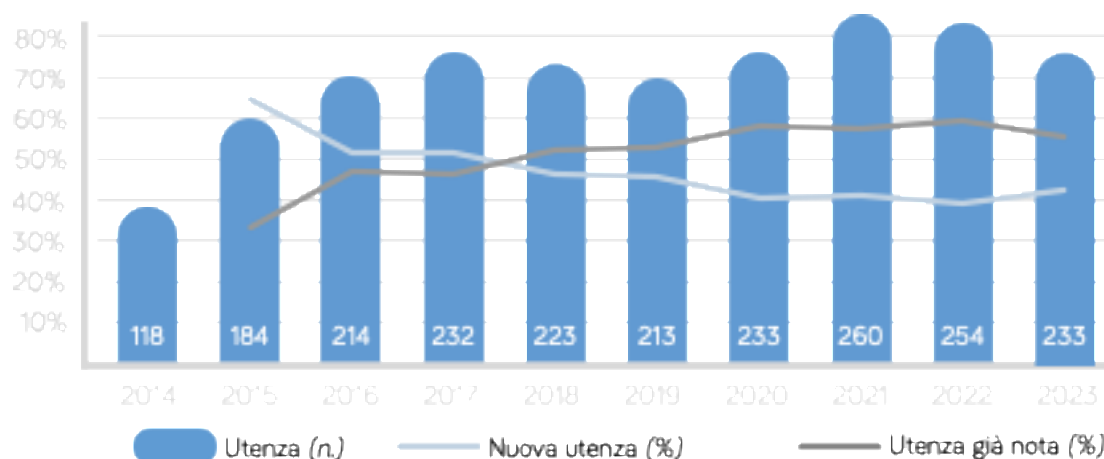
Anche al netto dell'eterogeneità dei percorsi trattamentali, una maggiore densità di **colloqui assistenziali** si conferma positivamente associata con un esito positivo del trattamento.

Sarebbe auspicabile un incremento dei colloqui assistenziali; potrebbe essere di aiuto diminuire la categoria prestazionale delle visite: più frequenti e, seppur non in misura significativa, associate negativamente al buon esito.

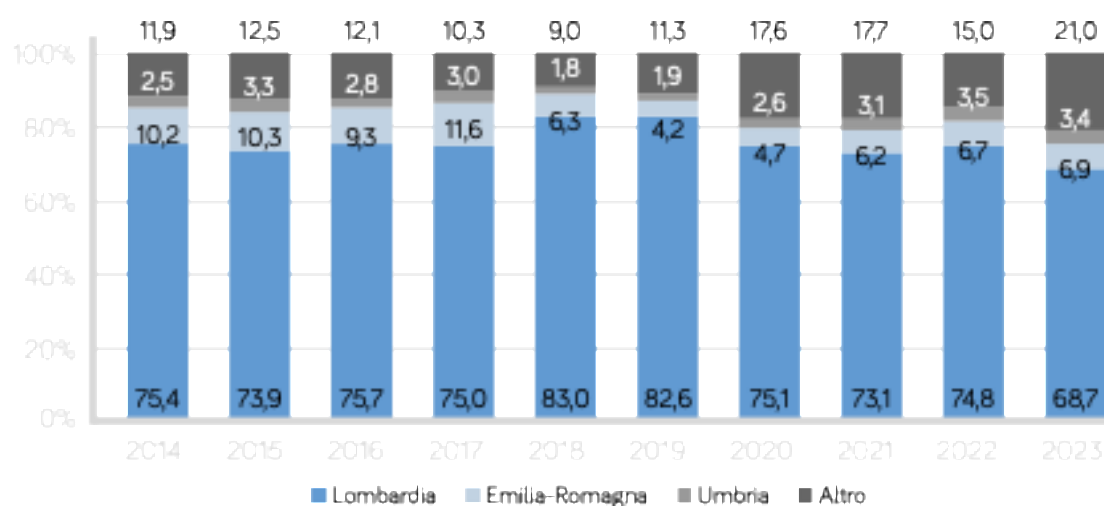


In questa tipologia di pazienti, per quanto riguarda le persone con un profilo diagnostico a bassa complessità, il **supporto telefonico** risulta essere un fattore protettivo per l'abbandono del programma, confermando il potere nell'“aggancio” dei soggetti di questa tipologia prestazionale; non si rilevano altre tipologie prestazionali particolarmente efficaci per i profili di complessità medio-grave.

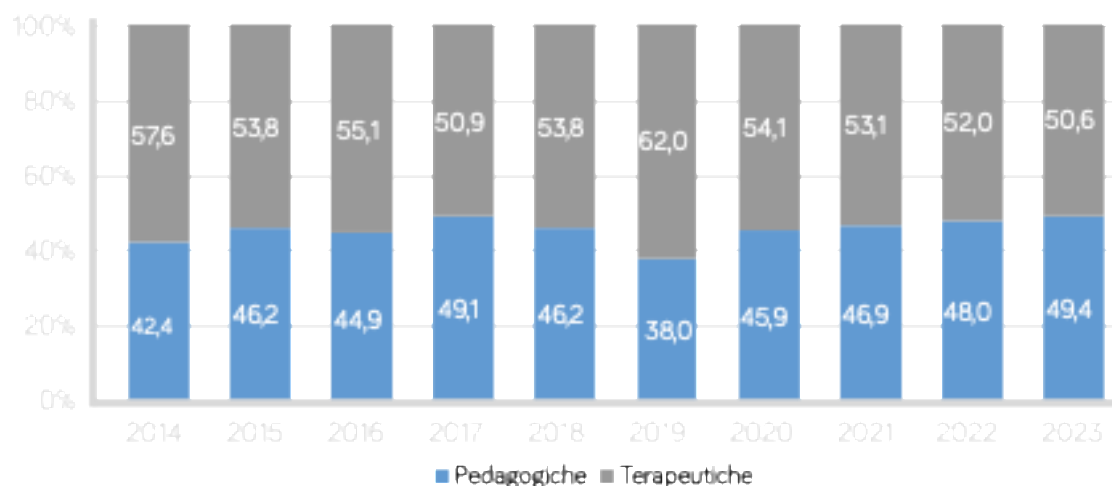
Le Comunità Residenziali



L'utenza in cura presso le Comunità ha raggiunto nel 2021 il picco massimo con 260 persone e una media di 216 utenti in cura ogni anno.

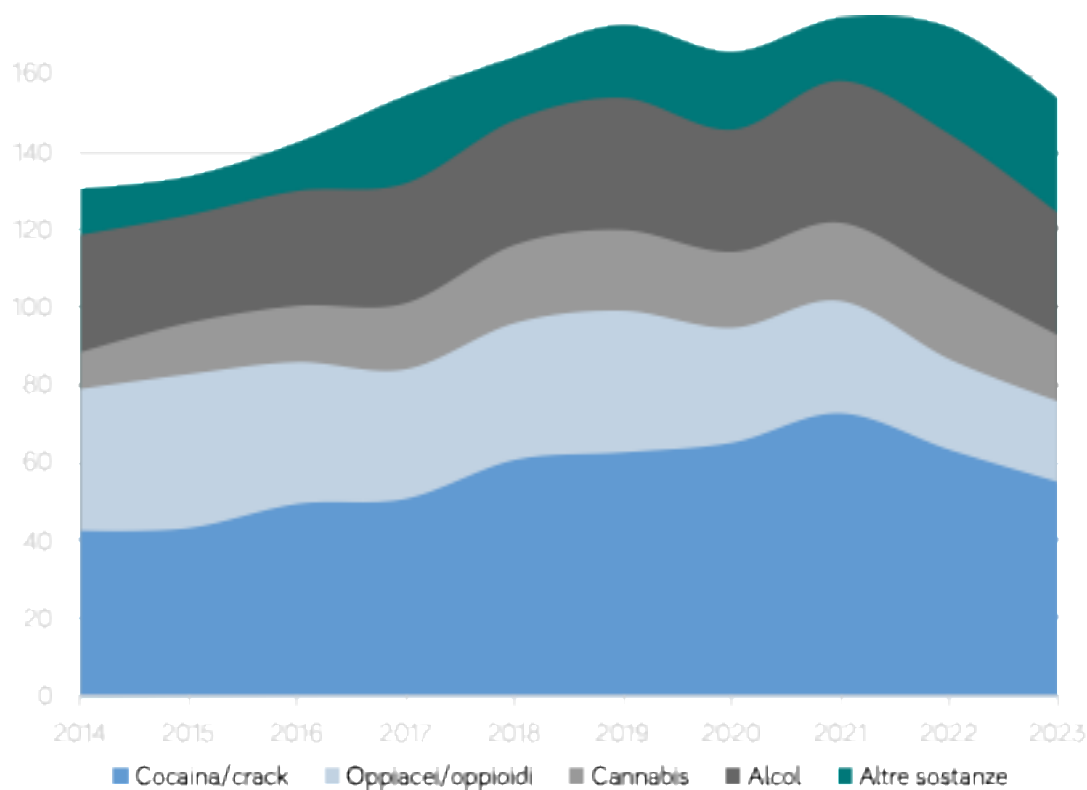


A partire dal 2018 si osserva una diminuzione dell'utenza lombarda a favore di persone residenti in altre regioni evidenziando una maggior attrattività dei Servizi, indipendente dalla loro ubicazione.

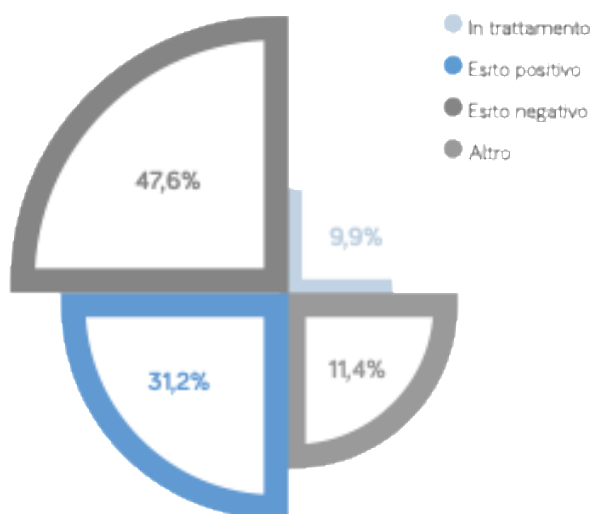


L'utenza si distribuisce con una media del 54% nelle strutture terapeutiche (con la punta massima del 62% nel 2019) e del 46% in quelle pedagogiche (che sfiorano il 50% dell'utenza totale trattata nell'ultimo anno considerato nell'analisi).

UTENZA IN CURA PRESSO LE COMUNITÀ RESIDENZIALI



La maggior parte delle persone in cura riferisce consumi di cocaina (in media il 57%), seguiti da oppiacei e alcol (32% entrambe). Sino al 2021 è aumentato il poliutilizzo di sostanze legali e illegali, l'utilizzo concomitante di più sostanze è diminuito nell'ultimo biennio.

Valutazione degli esiti delle singole prese in carico

Nelle Comunità residenziali, tra il 2014 e il 2023, sono state attivate 1.306 prese in carico relative a 1.084 pazienti.

Poco meno di un terzo è terminato con un esito positivo (31%) mentre il 48% ha avuto un esito negativo. Quasi il 10% delle prese in carico risulta ancora attivo al termine del 2023 e il 5,7% ha esitato in un trasferimento.

Le prese in carico hanno una durata media di 251 giorni: la permanenza nelle strutture varia da un solo giorno sino a 6 anni.

Le prestazioni hanno densità medie mensili basse, quelle più erogate sono quelle relative ai colloqui e

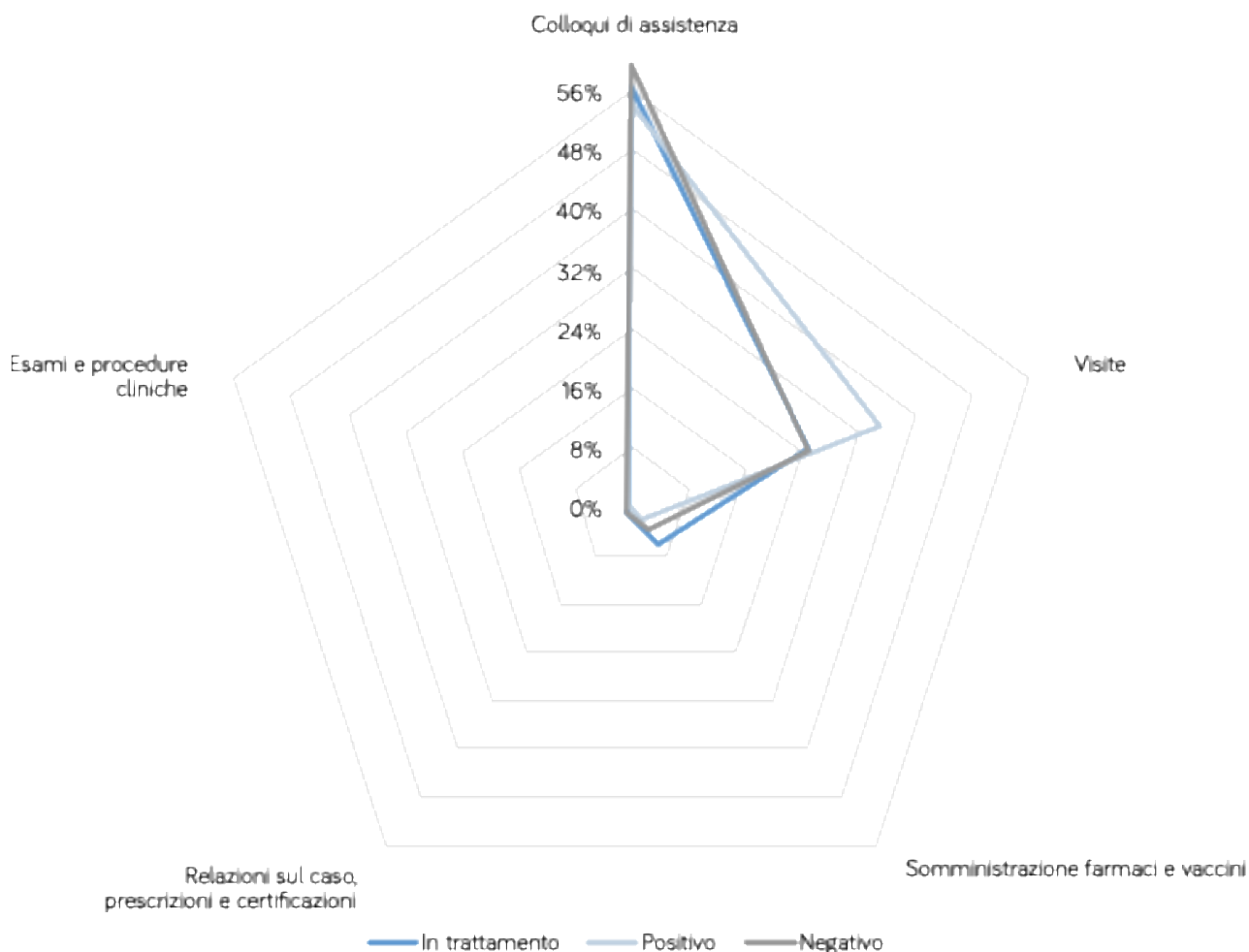
alle visite con una variabilità elevata che le porta al verificarsi sino a 4 volte al mese.

Le prestazioni che risultano facilitanti rispetto al buon esito sono le visite e i colloqui di assistenza.

Le visite e i colloqui di assistenza sembrano influire positivamente sull'esito dei percorsi. Data la loro elevata variabilità, sarebbe auspicabile regolarizzare la loro frequenza di erogazione.

Valutazione degli esiti dei percorsi di cura

Il 13% dell'utenza, al termine del 2023, era ancora inserita in Comunità; il 50%, come ultimo esito trattamentale nel periodo d'osservazione, ha avuto un esito negativo, il 33% positivo e il 3,8% è stato trasferito. La presenza nelle Strutture è durata in media circa 10 mesi con una variabilità da 1 giorno a quasi 8 anni.



Le prestazioni più erogate all'utenza nelle strutture residenziali sono i colloqui di assistenza seguiti dalle visite e somministrazione di farmaci.

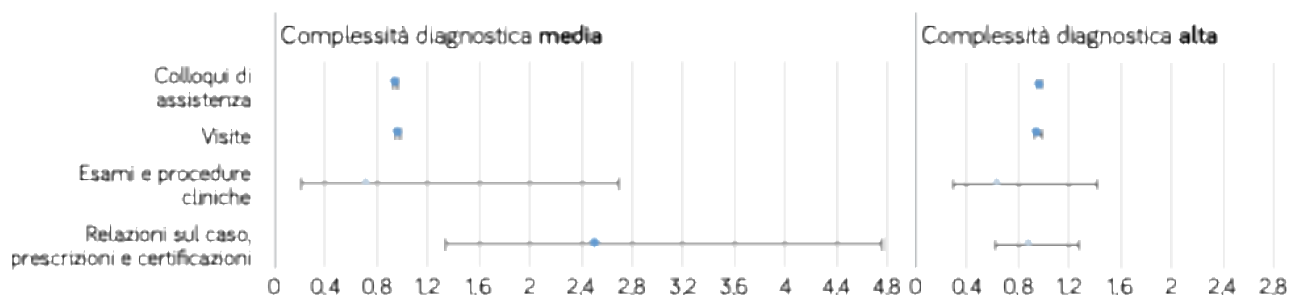
L'83% dell'utenza che ha terminato positivamente il percorso di cura ha avuto una sola presa in carico nel periodo considerato. Le precedenti prese in carico avevano esitato positivamente per il 9% dei pazienti e negativamente per il 6%.

Dall'analisi dei percorsi di cura individuali, emerge che sono coloro che hanno ricevuto più **esami e procedure cliniche** a risiedere più a lungo nelle strutture residenziali o ad avere un esito trattamentale positivo. Anche il numero di **visite** e di **colloqui di assistenza** risultano associati a un esito positivo.

Esami, visite e colloqui assistenziali diminuiscono la probabilità che i pazienti abbiano un esito negativo del trattamento.

Al netto dell'eterogeneità dei singoli percorsi di cura un maggior numero di **visite** così come di **colloqui assistenziali** si confermano positivamente associati con un esito positivo del trattamento.

L'analisi mostra che sono coloro che hanno ricevuto più visite e colloqui di assistenza a restare più a lungo agganciati al percorso di cura.



Valutando l'outcome in base al profilo di complessità diagnostica si conferma l'importanza dei **colloqui di assistenza** e di **visite** per migliorare l'esito terapeutico del percorso, indipendentemente dal punteggio di gravità.

Sono tuttavia i soggetti con un profilo di complessità diagnostica media ad evidenziare un alto rischio di esito negativo direttamente correlato con la densità di prestazioni appartenenti al gruppo *relazioni*.

PARTE I – Il contesto

Capitolo 1: L'offerta di cura della Cooperativa Famiglia Nuova

La Cooperativa Famiglia Nuova è stata fondata nel 1981 con l'obiettivo di rispondere al fenomeno della dipendenza da sostanze e ancora oggi, pur avendo ampliato la propria offerta di servizi all'infanzia e alla marginalità, l'Area di attività delle Dipendenze Patologiche rappresenta il cuore

dell'organizzazione con 54 dipendenti occupati in 6 Comunità Residenziali, 1 Servizio Multidisciplinare Integrato (SMI) e un servizio socio sanitario residenziale accreditato a bassa intensità assistenziale, dislocate in 3 regioni italiane (Lombardia, Emilia Romagna e Umbria).

Distribuzione dei Servizi per le Dipendenze di Famiglia Nuova sul territorio nazionale

- ◆ SMI Broletto
- La Collina
- Montebuono
- ◆ Fontane
- ✱ Papa Giovanni XXIII
- ▲ Gandina
- Kairos



1.1: Il contesto nazionale dei Servizi per le Dipendenze

A seguito della riforma costituzionale del 2001, che ha attribuito alle Regioni la responsabilità economica, organizzativa e gestionale dell'organizzazione dei Servizi Sanitari Territoriali, secondo i modelli di ogni singolo Sistema Sanitario Regionale, anche nelle materie legate alle Dipendenze patologiche è emersa una composizione estremamente eterogenea di assetti amministrativi e gestionali.

Nella maggior parte delle Regioni l'area delle Dipendenze Patologiche è stata affidata agli

Assessorati con competenza in materia di Salute/Sanità o integrati con le Politiche sociali e le Amministrazioni Regionali si sono dotate di strutture di supporto di vario genere che vanno dagli Osservatori regionali sulle dipendenze ai Tavoli e Comitati tecnici.

Anche gli assetti organizzativi delle Aziende Sanitarie Locali, nell'ambito delle Dipendenze Patologiche, presentano significative diversità, dovute sia alla titolarità regionale della funzione di assistenza sanitaria, sia all'autonomia organizzativa di cui è statutariamente dotata ciascuna Azienda Sanitaria.

Negli ultimi anni la rete dei Servizi Pubblici e Privati per le Dipendenze è stata interessata da una complessa riorganizzazione nella direzione dell'adattamento dei sistemi regionali di accreditamento dei Servizi e delle Strutture per le Dipendenze patologiche alle mutevoli forme di dipendenza e ai bisogni emergenti di assistenza che hanno aumentato le tipologie di offerta e hanno richiesto l'inserimento di nuove professionalità, competenze e modalità di intervento.

I Servizi ambulatoriali per le Dipendenze, sia quelli pubblici (SerD) che quelli privati multidisciplinari e integrati (SMI), attualmente istituiti in Lombardia e nella provincia autonoma di Bolzano, offrono consulenza e assistenza specialistica medico-sanitaria e psicologica mediante l'attuazione di programmi terapeutico-riabilitativi e farmacologici rivolti ai consumatori e attività di sostegno dirette ai familiari e risultano distribuiti capillarmente sul territorio nazionale.

L'assistenza ai detenuti tossicodipendenti è garantita in tutte le Regioni/PA sia attraverso servizi strutturati all'interno degli Istituti Penitenziari, sia da *équipe* multiprofessionali dedicate. Questi servizi garantiscono agli utenti l'erogazione delle attività di *case management* e di *counselling*/trattamenti psicosociali oltre ad occuparsi, dove necessario, dell'inserimento presso Comunità Residenziali.

Le Strutture terapeutico riabilitative e pedagogico riabilitative, residenziali e semiresidenziali, diffuse su tutto il territorio nazionale, sono state gradualmente affiancate, sebbene non in modo uniforme, da strutture di prima accoglienza e da servizi di prossimità, fino ai moduli specialistici, quasi ovunque attivati ma declinati in modalità differenti e disomogenee nei diversi contesti.

Negli ultimi anni sono state infatti strutturate unità di offerta specialistiche destinate a particolari *target* di utenti: persone con dipendenza patologica che, per la presenza

concomitante di disturbi psichiatrici e/o di gravi patologie fisiche, necessitano di trattamenti terapeutici specifici, supportati anche da idonee terapie farmacologiche; minori e giovani adulti con problematiche droga-correlate; alcoldipendenti e giocatori d'azzardo; persone dipendenti da sostanze d'abuso con figli minori; cocainomani; polidipendenti e persone affette da HIV/AIDS.

Sono state inoltre implementate nel sistema nuove tipologie di servizi, come i Servizi ambulatoriali e le Unità Mobili di Riduzione del Danno e di Limitazione dei Rischi, rivolte a specifici *target* di utenza o di bisogni di cura, i laboratori diurni per minori o gli interventi di *recovery*, come la creazione di unità di offerta intermedie tra i servizi ambulatoriali e quelli residenziali e servizi di lunga assistenza e sperimentazione domiciliare che prevedono il coinvolgimento diretto degli Enti Locali.

1.2: I contesti regionali di riferimento dei servizi di Famiglia Nuova

Alla luce di quanto sopra descritto e al fine di poter meglio comprendere le caratteristiche delle strutture di Famiglia Nuova prese in esame dallo studio Valut-Azione, riassumiamo, nei paragrafi

1.2.1: Lombardia

La Lombardia ha disciplinato l'ambito delle dipendenze attraverso la LR n. 23/2020, che reca disposizioni in materia di interventi sanitari e sociosanitari di prevenzione, diagnosi, cura e riabilitazione relativi alle patologie connesse all'utilizzo non terapeutico di sostanze psicotrope e ai comportamenti a rischio di dipendenza patologica.

La normativa regionale, che disciplina la tipologia dei Servizi Privati per le Dipendenze, i criteri per il loro accreditamento e le relative tariffe, ha suddiviso l'offerta in Servizi di Accoglienza, Servizi

che seguono, la cornice normativa e il contesto organizzativo, specifici dell'ambito dipendenze, nei tre sistemi regionali all'interno dei quali la cooperativa svolge le proprie attività.¹

Terapeutico Riabilitativi, Servizi Pedagogico Riabilitativi e Servizi di Trattamento Specialistico (coppie con figli/nuclei familiari, comorbidità psichiatrica, alcol/polidipendenti). Questa tipologia di servizi può avere carattere residenziale o semiresidenziale.

Nel caso lombardo è inoltre possibile, per il Privato Sociale, accreditare i Servizi territoriali per le dipendenze Multidisciplinari Integrati (SMI), strutture ambulatoriali di prevenzione, trattamento e riabilitazione equiparati ai SerD.

Sistema di accreditamento regionale dei Servizi Privati nella Regione Lombardia

Tipologie accreditate di offerta		
Servizi di accoglienza		Strutture o moduli specifici all'interno di altre strutture, residenziali o semiresidenziali, che forniscono accoglienza a soggetti con problematiche di dipendenza a ciclo continuativo e/o notturno, anche sottoposti a trattamenti farmacologici, senza selezione, per una durata non superiore a 90 giorni.
Servizi terapeutico riabilitativi		Servizi sia a carattere residenziale sia semiresidenziale che si collocano nella rete dei servizi sociosanitari per l'attuazione del programma terapeutico personalizzato di persone con problematiche di dipendenza da sostanze illecite e lecite, per un periodo non superiore a 18 mesi. È prevista l'accoglienza di pazienti sottoposti a trattamenti farmacologici, anche sostitutivi e deve essere garantita la gestione delle problematiche di carattere sanitario.
Servizi pedagogico riabilitativi		Servizi sia a carattere residenziale sia semiresidenziale che si collocano nella rete dei servizi sociosanitari per l'attuazione del programma terapeutico personalizzato di pazienti con caratteristiche predefinite e che non assumono sostanze di abuso. È prevista l'accoglienza di pazienti sottoposti a trattamenti farmacologici sostitutivi o altri trattamenti farmacologici prescritti, per un periodo non superiore a 30 mesi.
Servizi di trattamento specialistico sia a carattere residenziale sia semiresidenziale	Servizi di trattamento specialistico per coppie, soggetti con figli, nuclei familiari	Accolgono soggetti tossicodipendenti per i quali è prevista la convivenza comunitaria con i propri figli e/o partner allo scopo di salvaguardare i diritti degli stessi e aiutarli nella ricostruzione delle relazioni affettive ed educative.
	Servizi di trattamento specialistico per pazienti in comorbidità psichiatrica	Accolgono soggetti tossicodipendenti in comorbidità psichiatrica sulla base di apposita certificazione del Servizio Territoriale per le dipendenze/multidisciplinare integrato in accordo con il Dipartimento di salute mentale dell'Azienda ospedaliera di riferimento.
	Servizi di trattamento specialistico per alcol e poli dipendenti	Accolgono soggetti alcol e poli dipendenti che, nella fase successiva a quella acuta, necessitano di osservazione e cura prima dell'invio al trattamento ambulatoriale o in altre strutture della rete di assistenza.
Unità d'offerta residenziale a bassa intensità assistenziale		Unità d'offerta sociosanitarie rivolte a persone con problemi di tossico e alcol dipendenza, pregressi pluriennali percorsi terapeutici ambulatoriali o residenziali, difficoltà di reinserimento sociale, abitativo, relazionale, comorbidità. Per pregressi pluriennali percorsi terapeutici si intendono almeno sette anni nel sistema ambulatoriale o cinque anni in comunità.
Servizi territoriali per le dipendenze/multidisciplinare integrato (SMI)		Il servizio si occupa di prevenzione, trattamento e riabilitazione. Obiettivi fondamentali della sua azione sono prevenire la diffusione dell'abuso di sostanze legali e illegali e intervenire a favore della salute psicofisica delle persone che abusano di droghe legali e illegali o ne sono dipendenti. Nel caso di servizi privati deve essere garantita la potenziale disponibilità dei programmi, delle attività e delle prestazioni offerte dalle strutture pubbliche e la rispondenza agli stessi requisiti, sia strutturali che organizzativi.

¹ La fonte delle informazioni inserite nel presente paragrafo è il Rapporto del Progetto Status Quo 2.0, realizzato dal Dipartimento Politiche Antidroga in collaborazione con le Regioni con il supporto

tecnico scientifico dell'Istituto di Fisiologia Clinica e pubblicato nel 2021 sul sito www.politicheantidroga.gov.it

La Cooperativa Famiglia Nuova è presente in Lombardia con 2 strutture Terapeutico Riabilitative (una delle quali implementa anche un modulo specialistico per la comorbidità psichiatrica), 2 strutture Pedagogico Riabilitative, 1 Unità d'offerta residenziale a bassa intensità assistenziale e uno SMI.

Nella tabella seguente sono indicate le principali informazioni sulle strutture e sullo SMI ricavate dalle Carte dei Servizi.

I Servizi della Cooperativa Famiglia Nuova in Lombardia

STRUTTURA	TIPOLOGIA	COMUNE	ATS	ACCREDITAMENTO	NUMERO POSTI	TARIFFA GIORNALIERA	EQUIPE
Kairos	Struttura terapeutico riabilitativa e modulo comorbidità psichiatrica	Cisano Bergamasco	ATS Bergamo	DGR 8/6568 del 13.02.2008	23 posti letto di cui: 18 UdO terapeutico riabilitativo, 4 modulo comorbidità psichiatrica	€ 73,21 (IVA compresa) per il programma terapeutico riabilitativo e di € 127,50 (IVA compresa) per il modulo doppia diagnosi	1 Responsabile 3 Educatori 1 Operatore di comunità 1 Psicologo 1 Psichiatra 1 Infermiere
La Collina	Residenza terapeutico riabilitativa	Graffignana	ATS Milano - Città Metropolitana	DGR. n. 7/15562 del 12/12/2003	15 posti	€ 73,20 (IVA compresa)	1 Responsabile 1 Psicoterapeuta 4 Educatori
Fontane	Struttura pedagogico-riabilitativa	Cornovecchio	ATS Milano - Città Metropolitana	DGR. n. 7/15562 del 12/12/2003	20 posti	€ 57,30 (IVA compresa)	1 Responsabile 5 Educatori
Gandina	Struttura pedagogico riabilitativa	Pieve Porto Morone	ATS Pavia	DGR. 7/15562 del 12.12.2003	20 posti	€ 57,30 (IVA compresa)	1 Responsabile 4 Educatori
SMI Broletto	Servizio multidisciplinare integrato	Lecco	ATS Brianza	DGR. 8/8286 del 29.10.2008			1 Direttore di Servizio 1 Direttore Sanitario 1 Medico 1 Psicologo 1 Assistente Sociale 1 Educatore 1 Infermiere Segreteria

1.2.2: Emilia-Romagna

Nella Regione Emilia-Romagna la tipologia dei servizi erogati dalle strutture accreditate gestite dagli Enti del Privato Sociale è disciplinata dal DGR n. 26/2005 e, oltre ai percorsi terapeutici e pedagogici, sono previsti trattamenti specialistici che rispondono a particolari bisogni connessi alla tipologia dei soggetti in carico (donne tossicodipendenti con figli minori) o a particolari patologie associate.

Le strutture accreditate dalla Regione Emilia-Romagna sono Strutture residenziali/semiresidenziali a tipologia terapeutico-riabilitativa, Strutture

residenziali/semiresidenziali a tipologia pedagogico riabilitativa, Strutture residenziali per persone dipendenti da sostanze d'abuso affette da patologie psichiatriche, Strutture residenziali per persone dipendenti da sostanze d'abuso con figli minori (o donne in gravidanza), Strutture residenziali per la gestione delle crisi e la rivalutazione diagnostica e Strutture ambulatoriali per l'accoglienza e la diagnosi.

È previsto inoltre che le strutture accreditate possano erogare, per particolari bisogni emersi sul territorio, e in accordo con la Regione, servizi innovativi o disegnati su target specifici.

Sistema di accreditamento regionale dei Servizi Privati nella Regione Emilia-Romagna

Tipologie accreditate di offerta			
Strutture Pedagogico-Riabilitative		Semiresidenziale	La struttura accoglie pazienti con caratteristiche congruenti con il programma terapeutico e che non assumono sostanze d'abuso. Apertura semiresidenziale: almeno 8 ore al giorno per almeno 5 giorni.
		Residenziale	
Strutture Terapeutico-Riabilitative		Semiresidenziale	Strutture in cui l'intervento è personalizzato e articolato in una serie di proposte terapeutiche e riabilitative individuali e di gruppo, con possibilità di estensione al nucleo familiare dell'utente. La struttura accoglie pazienti con caratteristiche congruenti con il programma terapeutico, che non assumono sostanze d'abuso; ove ritenuti idonei al programma e comunque in assenza di controindicazioni, la struttura può accogliere utenti sottoposti a trattamenti farmacologici specifici per la dipendenza da sostanze d'abuso. Apertura semiresidenziale: almeno 8 ore al giorno per almeno 5 giorni.
		Residenziale	
Strutture Residenziali specialistiche (possono essere indipendenti (Struttura) o collocate all'interno di una comunità pedagogico o terapeutico-riabilitativa residenziale (Modulo)).	Doppia diagnosi	Struttura	Il programma terapeutico è congruente con le caratteristiche dell'utente e deve essere preceduto da formulazione o conferma della diagnosi psichiatrica effettuata dal Servizio Salute Mentale di residenza. La congruenza è valutata caso per caso congiuntamente tra SerD, Servizio Salute Mentale e struttura che accoglie l'utente. Capacità ricettiva: 8-12 pazienti.
		Modulo	
	Madre/Bambino	Struttura	Si svolge un programma di superamento della tossicodipendenza unitamente a interventi volti all'apprendimento e consolidamento del ruolo genitoriale. Sono accolti i figli minori che, di norma, hanno un'età compresa da 0 a 6 anni. Capacità ricettiva: 10-25 utenti, compresi i minori
		Modulo	
	Gestione della crisi e rivalutazione diagnostica	Struttura	Accolgono persone dipendenti da sostanze d'abuso per le quali sono necessarie l'osservazione terapeutica e la diagnosi effettuate in ambiente protetto, al fine dell'individuazione del percorso terapeutico-riabilitativo. Possono essere svolti interventi di disintossicazione, di Riduzione del Danno finalizzati al compenso della situazione psico-fisica. Capacità ricettiva: 8-20 utenti, compresi i minori
		Modulo	

In Emilia-Romagna la Cooperativa Famiglia Nuova ha accreditato una struttura pedagogico riabilitativa

da 20 posti nel comune di Pianello Val Tidone (PC).

Tab. 1.4. I Servizi della Cooperativa Famiglia Nuova in Emilia-Romagna

STRUTTURA	TIPOLOGIA	COMUNE	ATS	ACCREDITAMENTO	NUMERO POSTI	TARIFFA GIORNALIERA	EQUIPE
Papa Giovanni XXIII- Arcello	Struttura pedagogico riabilitativa	Pianello Val Tidone	ASL Piacenza	Determina del Direttore Generale Sanità e Politiche Sociali n. 12043 del 24.09.2012	20 posti	€ 67,55 (IVA esclusa)	1 Responsabile 5 Educatori

1.2.3: Umbria

La Regione Umbria ha normato la classificazione dei servizi privati per le dipendenze con il DGR n. 1057/2002 arricchendo le aree pedagogico-riabilitativa e terapeutico-riabilitativa, identificate nella precedente normativa, con alcune tipologie di servizio che hanno disegnato un sistema di interventi più articolato e aderente sia alla diversificazione dei bisogni dell'utenza che

all'evoluzione degli approcci operativi. Per ciascuna delle aree la normativa definisce i requisiti strutturali minimi e quelli funzionali.

Sistema di accreditamento regionale dei Servizi Privati nella Regione Umbria

Tipologie accreditate di offerta		
Area pedagogica-riabilitativa	Semiresidenziale	Offrono, ad utenti che non assumono sostanze d'abuso e non hanno in corso trattamenti farmacologici specifici per la dipendenza da sostanze d'abuso, programmi di tipo pedagogico, con la possibilità di coinvolgimento del nucleo familiare.
	Residenziale	Prevedono anche moduli di accoglienza per utenti in trattamento farmacologico sostitutivo in via di risoluzione. Ricettività: 8-30 utenti. Permanenza massima: 30 mesi.
Area terapeutica-riabilitativa	Semiresidenziale	Offrono, ad utenti che non assumono sostanze d'abuso, anche sottoposti a trattamenti farmacologici specifici per la dipendenza da sostanze d'abuso (metadone o altri farmaci), programmi terapeutici e riabilitativi, individuali e di gruppo, con possibilità di estensione al nucleo familiare.
	Residenziale	Ospitano di norma da 8 a un massimo di 30 utenti. Permanenza massima: 18 mesi.
Area specialistica Regime residenziale	Comorbidità Psichiatrica	Offrono, a utenti dipendenti da sostanze d'abuso e con una storia pregressa di gravi disturbi psichiatrici, che si manifestano o meno al momento dell'inserimento, proposte terapeutiche e riabilitative individuali e di gruppo, con possibilità di estensione al nucleo familiare. Ospitano di norma da 8 a un massimo di 12 utenti. La durata del programma può essere variabile e ripetibile: nelle fasi di remissione dei sintomi si può avere la dimissione, con una ripresa in carico durante le acuzie.
	Per persone dipendenti da sostanze d'abuso con figli minori	Offrono, a utenti dipendenti da sostanze d'abuso con figli minori o in attesa di un figlio, programmi di superamento della tossicodipendenza unitamente a interventi volti all'apprendimento e consolidamento del ruolo genitoriale. Hanno l'obiettivo di effettuare interventi sulla genitorialità e di offrire un ambiente educativo adeguato al minore, che favorisca la socializzazione nei contesti educativi del territorio. Collaborano con i servizi sociali territoriali preposti alle funzioni di tutela e vigilanza dell'infanzia e dell'età evolutiva e con le autorità giudiziarie competenti. Ospitano di norma da 10 a un massimo di 20 utenti compresi i minori. Permanenza massima: 36 mesi.
	Per persone con problemi alcol-correlati	Accolgono persone maggiorenni con problematiche alcol-correlate, anche in trattamento farmacologico, senza disturbi psichiatrici gravi. Offrono interventi terapeutici e riabilitativi personalizzati, individuali e di gruppo, con relativo monitoraggio delle condizioni psicofisiche; prevedono, laddove possibile, il coinvolgimento del nucleo familiare. Hanno capacità ricettiva di 15 posti letto. Permanenza massima: 12 mesi.
Area intermedia a bassa soglia di accesso	Semiresidenziale	Pur se inclusi tra le tipologie di servizio previste dalla deliberazione regionale riguardante il sistema dei servizi per le dipendenze e l'autorizzazione all'esercizio, i servizi afferenti all'area della Riduzione del Danno presenti in Umbria ad oggi non hanno fatto riferimento a questa normativa e sono finanziati come progetti di titolarità di ASL/Comuni affidati a cooperative.
	Residenziale	
	Unità di strada	
Area di Accoglienza Diagnostica	Semiresidenziale	Offrono ad utenti dipendenti da sostanze d'abuso, anche in corso di trattamento farmacologico specifico per la dipendenza da sostanze d'abuso, attività di orientamento diagnostico propedeutiche alla definizione di un programma terapeutico-riabilitativo, con la possibilità di coinvolgimento del nucleo familiare. Ricettività massima: 30 utenti. Permanenza massima: 120 giorni.

In Umbria Famiglia Nuova gestisce una Comunità terapeutico-riabilitativa da 19 posti accreditati nel

comune di Magione (PG).

Tab. 1.6. I Servizi della Cooperativa Famiglia Nuova in Umbria

STRUTTURA	TIPOLOGIA	COMUNE	ATS	ACCREDITAMENTO	NUMERO POSTI	TARIFFA GIORNALIERA	EQUIPE
Montebuono	Comunità terapeutica riabilitativa	Magione	USL Umbria 1	Delibera del Direttore Generale n. 335 del 1° giugno 2011	19 posti	€ 92,97 (IVA esclusa)	1 Responsabile 4 Educatori 1 Psicologo 1 Infermiere 1 Direttore Sanitario

1.3: La tipologia e l'articolazione dei percorsi

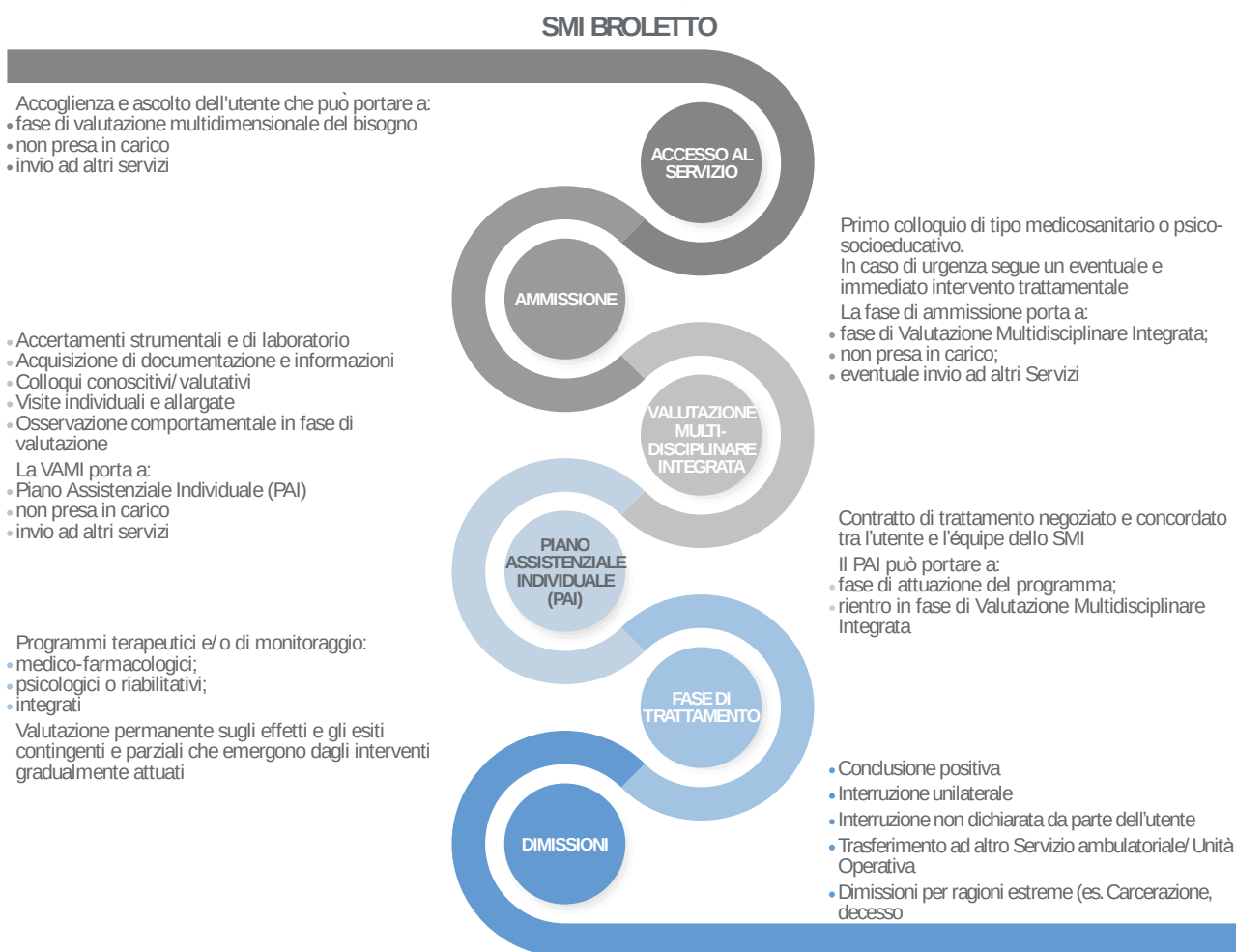
Come evidenziato nei paragrafi precedenti, i servizi della Cooperativa Famiglia Nuova presi in esame per lo studio Valut-Azione si possono distinguere in due macrocategorie: il Servizio Multidisciplinare Integrato (SMI) attivo in Lombardia e le Strutture Residenziali, presenti in Lombardia, Emilia-Romagna e Umbria.

Le Strutture Residenziali, a loro volta, si differenziano in due sottocategorie principali: le Comunità Pedagogico Riabilitative e le Comunità

Terapeutico Riabilitative che, nel caso della Comunità Kairos, implementa anche un Modulo Specialistico (comorbidità psichiatrica).

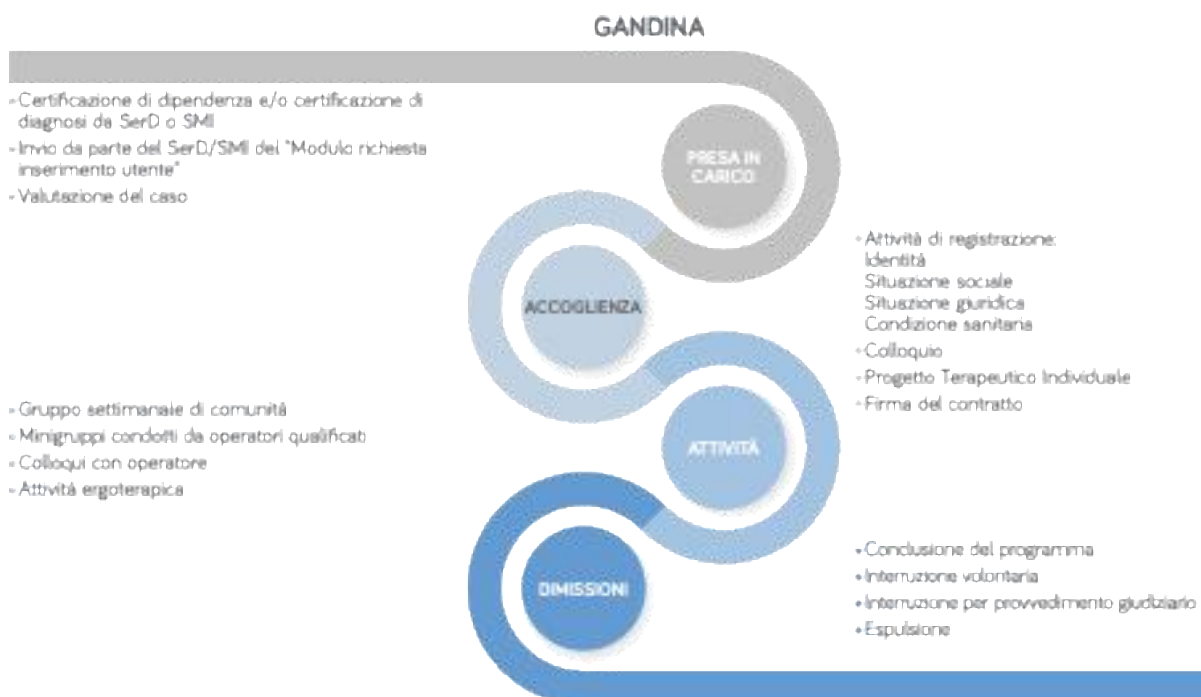
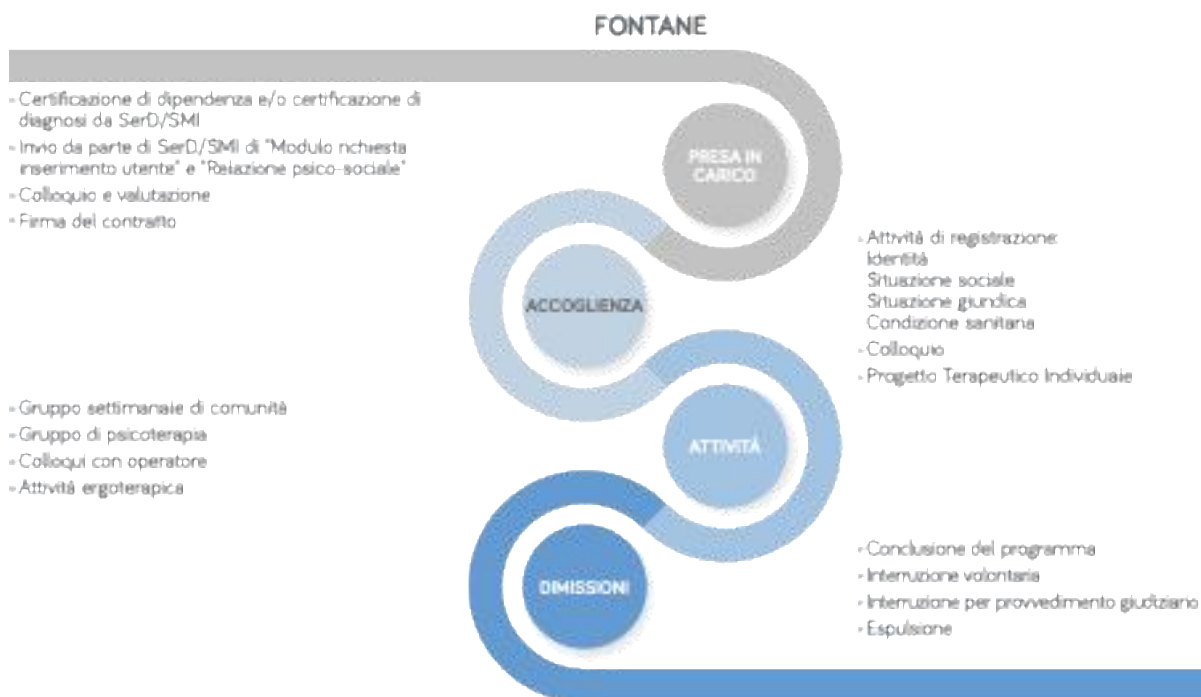
Per poter meglio comprendere l'articolazione dei singoli servizi sono state estratte dalle Carte dei Servizi dello SMI e delle Strutture Residenziali le descrizioni di tutte le azioni specifiche per ogni singolo *step* dei percorsi riabilitativi, a partire dalla Presa in Carico/Ammissione fino alle Dimissioni.

1.3.1: SERVIZIO MULTIDISCIPLINARE INTEGRATO (SMI)



1.3.2: STRUTTURE RESIDENZIALI PEDAGOGICO RIABILITATIVE

1.3.2.1: Lombardia

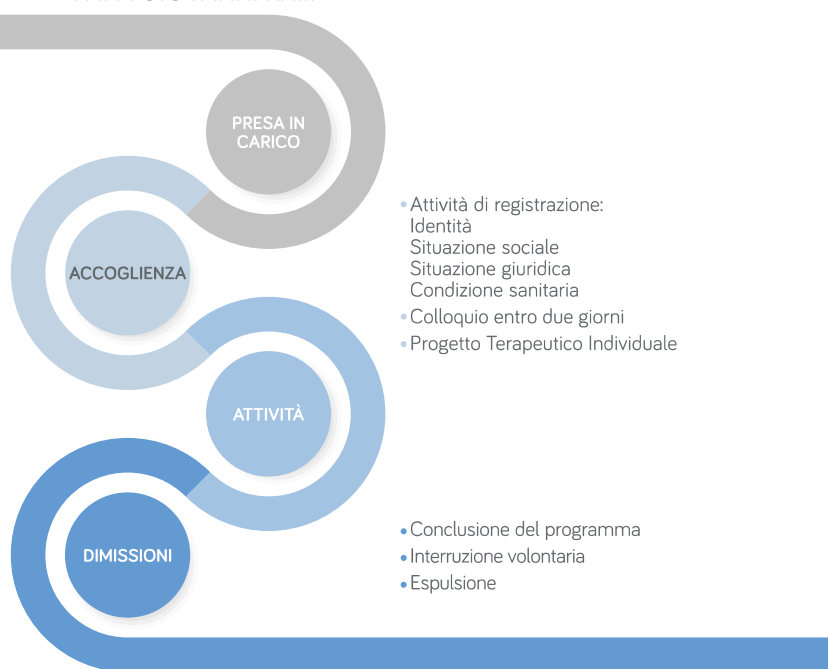


1.3.2.2: Emilia-Romagna

PAPA GIOVANNI XXIII

- Richiesta da parte del SerD di provenienza
- Impegnativa di pagamento da parte del SerD
- Firma del contratto

- Gruppo settimanale di comunità
- Minigruppi condotti da operatori qualificati
- Colloqui con operatore
- Attività ergoterapica



1.3.3: STRUTTURE RESIDENZIALI TERAPEUTICO RIABILITATIVE

1.3.3.1: Lombardia

KAIROS

- Richiesta diretta dell'utente e/o di SerD/SMI
- Certificazione di dipendenza e/o certificazione di diagnosi da SerD/SMI
- Invio da parte di SerD/SMI di "Modulo richiesta inserimento utente" e "Relazione psico-sociale"
- Colloquio e valutazione
- Firma del contratto

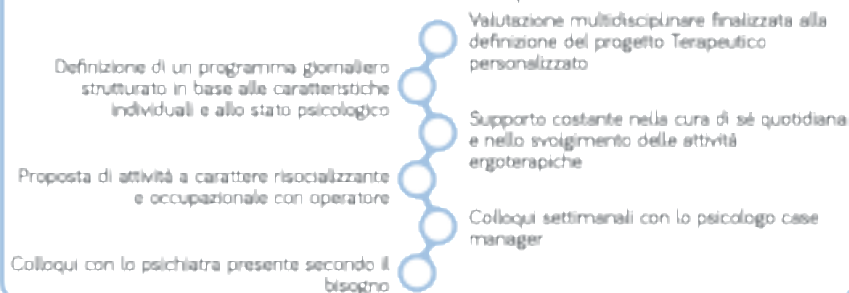
- Primo contatto
- Osservazione e valutazione
- Gruppo plenario
- Gruppi psicologici
- Colloqui di sostegno
- Colloqui con operatore
- Attività ergoterapica



- Attività di registrazione:
Identità
Situazione sociale
Situazione giuridica
Condizione sanitaria
- Colloquio
- Progetto Terapeutico Individuale

- Conclusione del programma
- Interruzione volontaria
- Espulsione

Attività modulo comorbidità psichiatrica



LA COLLINA

- Richiesta diretta dell'utente e/o di SerD/SMI
- Certificazione di dipendenza e/o certificazione di diagnosi da SerD/SMI
- Invio da parte di SerD/SMI di "Modulo richiesta inserimento utente" e "Relazione psico-sociale".
- Colloquio e valutazione
- Firma del contratto

- Gruppo settimanale di comunità
- Gruppo di psicoterapia
- Colloqui con operatore
- Attività ergoterapica



- Attività di registrazione:
Identità
Situazione sociale
Situazione giuridica
Condizione sanitaria
- Colloquio
- Progetto Terapeutico Individuale

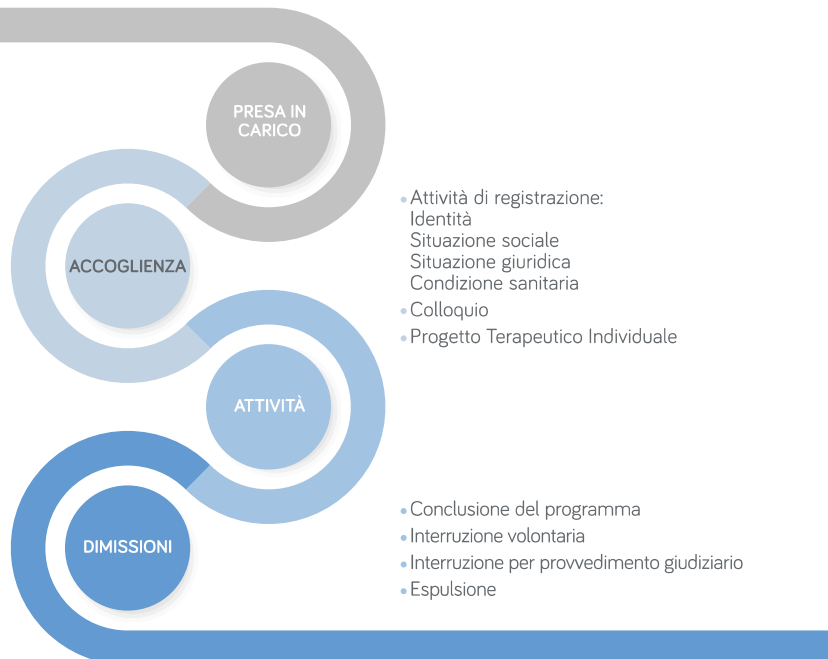
- Conclusione del programma
- Interruzione volontaria
- Interruzione per provvedimento giudiziario
- Espulsione

1.3.3.2: Umbria

MONTEBUONO

- Certificazione dello stato di dipendenza
- Invio da parte di SerD/SMI del "Modulo richiesta inserimento utente"
- Colloquio
- Valutazione del caso
- Firma del contratto

- Gruppo di comunità
- Gruppo psicoterapico
- Colloqui con operatore
- Valutazione clinica della personalità
- Valutazione psico-patologica
- Assistenza infermieristica
- Attività ergoterapica



PARTE II - Il progetto VALUT-AZIONE: la metodologia

Capitolo 1: Il metodo di lavoro e la base di dati

Il progetto di ricerca “VALUT-AZIONE”, mira a valutare gli esiti ottenuti attraverso i percorsi di cura attuati.

Obiettivo principale dello studio è quello di valutare, attraverso l’analisi di flussi informativi di tipo clinico e amministrativo, uno o più indici di misurazione dell’efficacia ed efficienza dei percorsi terapeutici attuati dalle strutture gestite dalla Cooperativa Famiglia Nuova.

Lo studio è stato realizzato sulla base della disponibilità storica delle informazioni riguardanti la domanda di trattamento espressa ed estratte dalla Banca Dati del sistema informativo gestionale “GeDI”, utilizzato dai Servizi della Cooperativa fin dal 2013.

Le informazioni disponibili per la costruzione degli indicatori



Il set delle informazioni utilizzate per lo svolgimento dello studio hanno riguardato principalmente le caratteristiche delle persone assistite e di contatto.

Le informazioni relative alle persone assistite, inserite nel sistema gestionale e utilizzate come indicatori della gravità clinica al momento della presa in carico, hanno riguardato:

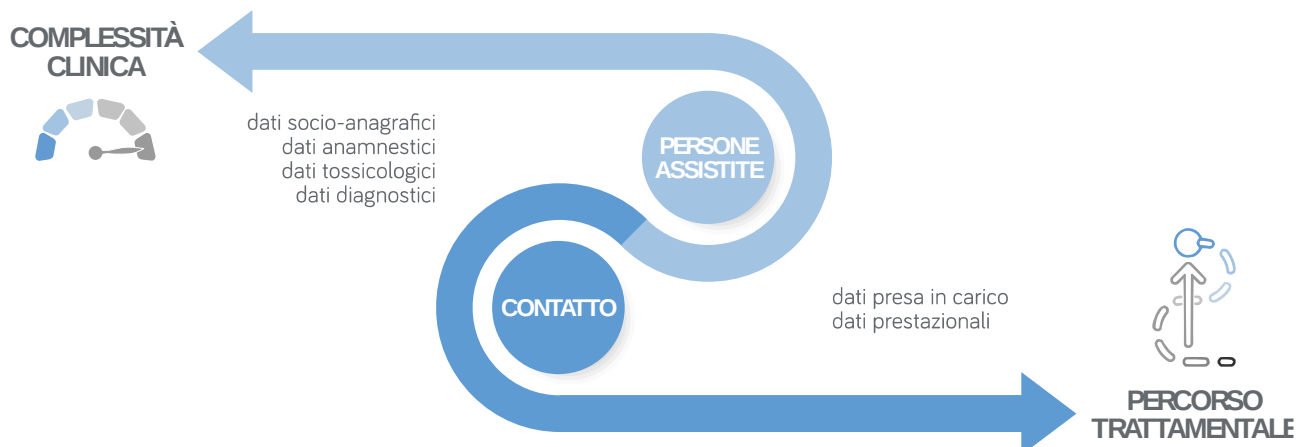
- Dati anagrafici: genere, età, nazionalità, residenza;
- Anamnesi sociale: stato civile; titolo di studio conseguito; stato occupazionale; canale di invio/modalità di accesso al servizio;
- Anamnesi tossicologica: sostanze d’uso; età di iniziazione, modalità e frequenza di assunzione; diagnosi ICD IX-CM.

Le informazioni relative al contatto, inserite nel sistema gestionale e utilizzate come indicatori della gravità clinica al momento della presa in carico, hanno riguardato:

- Dati presa in carico: data di inizio e fine, tipologia, durata, esito;
- Dati carico prestazionale: prestazioni erogate per tipologia di gruppo omogeneo, densità prestazionale.

Queste variabili, raccolte dalle diverse professionalità presenti nei servizi (medico, psicologo, assistente sociale, educatore professionale, infermiere professionale, etc.) possono fornire un quadro multidimensionale sulle diverse aree personali degli assistiti, dalla salute al lavoro, alle relazioni familiari, etc.

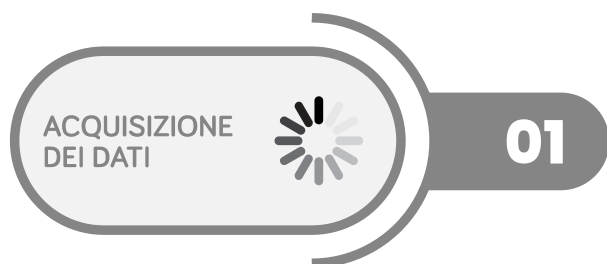
Le informazioni utilizzate per la definizione degli indicatori



L'**approccio metodologico** è articolato in 5 step principali sintetizzati nella figura successiva.

Gli step dello studio: dall'estrazione del dato in formato tabellare alla valutazione degli outcome





La fonte dati iniziale è costituita da 5 file in CSV sia per il Servizio Multidisciplinare Integrato, sia per le strutture residenziali. I file forniti sono:

1. *Anagrafica*: comprende le informazioni sociodemografiche dei pazienti in cura presso i Servizi della Cooperativa;
2. *Diagnosi*: comprende le informazioni diagnostiche dei pazienti in cura presso i Servizi della Cooperativa;
3. *SostanzeAbuso*: comprende le informazioni relative alle sostanze e i comportamenti in uso dei pazienti in cura presso i Servizi della Cooperativa;
4. *PreselnCarico*: comprende le informazioni delle prese in carico attivate presso i Servizi della Cooperativa;
5. *Prestazioni*: comprende le informazioni relative alle prestazioni erogate ai pazienti in cura presso i Servizi della Cooperativa.

Una fase iniziale di studio delle tabelle di base e dei dizionari è stata necessaria al fine di comprendere la logica di storicizzazione originaria dei dati e definire le fasi successive dell'attività che hanno permesso la creazione di un archivio contenente le sole variabili necessarie all'analisi. L'analisi dei dizionari ha comportato la creazione di alcuni file XLS contenenti le codifiche, le aggregazioni, etc.

Le operazioni qui descritte sono state svolte utilizzando il software *R 4.4.1*. Questo processo di unione dati include la lettura dei dati, la rimozione dei valori non pertinenti, la trasformazione delle variabili e la creazione di nuove variabili. Di seguito si descrive in dettaglio ogni passaggio eseguito.

Prese in Carico

Il primo passo è consistito nel caricamento dei dati dai file CSV e XLS. Sono stati utilizzati il pacchetto *readr* per leggere i file CSV e il pacchetto *readxl* per leggere i file XLS.

La prima unione ha riguardato il merge dei dataset inerenti alle prese in carico e i dati anagrafici attraverso il codice univoco *idAssistitoCiditech*. Successivamente, dal file relativo alle sostanze,

sono stati rimossi record non pertinenti e standardizzate le descrizioni delle sostanze. Sistemizzato il file delle sostanze, il dataset è stato strutturato per avere un singolo record per ciascun assistito con le sostanze di abuso espresse su più colonne.

Il passo successivo ha previsto il filtraggio e la standardizzazione delle diagnosi pertinenti, uniformando rispetto alla macro-classe dei codici ICD-9-CM 303, 304 e 305. Per ciascuna macro-classe definita, è stato ottenuto un dataset che contenesse il numero di diagnosi associato ad ogni gruppo.

Per ottenere il file finale delle prese in carico, contenente tutte le informazioni menzionate precedentemente, sempre seguendo il codice univoco *idAssistitoCiditech*, sono stati uniti i dataset di sostanze e diagnosi così ottenuti al precedente file. Al file finale delle prese in carico, sono state calcolate nuove variabili standardizzate riguardanti lo stato civile e occupazionale, il titolo di studio, la durata della presa in carico, variabili dicotomiche riguardanti la tipologia di sostanza utilizzata e il motivo di dimissione, l'età di primo uso delle varie sostanze, l'età alla dimissione e l'età minima di primo uso delle sostanze e per ciascuna tipologia di abuso è stato assegnato un punteggio.

L'azione finale ha riguardato il conteggio delle prestazioni per ciascuna presa in carico unendo, sempre rispetto al codice univoco *idAssistitoCiditech*, quelle prestazioni che ricadevano nell'intervallo di tempo della presa in carico. Solo per quanto riguarda i file relativi al Servizio Multidisciplinare Integrato, sono state suddivise le prese in carico in due file separati a seconda dell'Unità Organizzativa: Tossicodipendenza o Alcolismo.

Pazienti

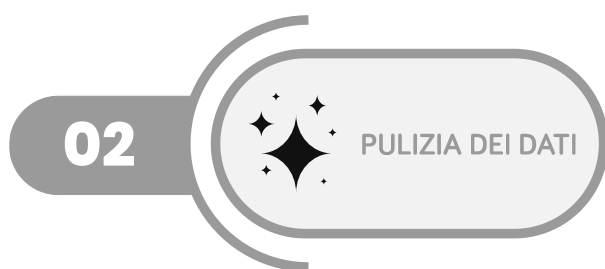
Per ciascuno dei file precedentemente creati e relativi alle prese in carico per Tossicodipendenza, Alcolismo presso lo SMI e le prese in carico presso le strutture residenziali, sono stati ricostruiti i database per analizzare le informazioni a livello individuale: importando i file, per ciascuno è stato definito un nuovo file con il numero di righe pari alla numerosità degli *idAssistitoCiditech* univoci e numero di colonne pari alle colonne dei file importati. In questo modo, ciascun record dei nuovi file rappresenterà un *idAssistitoCiditech* e

sarà composto dalla prima riga individuata con il medesimo idAssistitoCiditech nei file importati. Dai file uniti, sono state modificate le colonne inerenti al numero delle prestazioni, per le quali è stata fatta la somma delle erogazioni, la data di inizio e di fine per le quali sono stati presi rispettivamente il valore minimo e massimo, il numero di giorni di presa in carico e di esposizione, per le quali è stata fatta la somma e il conteggio di tutte le prestazioni effettuate².

Nei file risultanti sono state calcolate variabili per assegnare un punteggio alle prese in carico, agli

esiti pregressi in caso di prese in carico molteplici nell'arco del tempo considerato, agli abbandoni, all'esposizione e alle sostanze. Infine, sono stati identificati in variabili dicotomiche gli esiti positivi e negativi.

In questo modo sono stati ottenuti tre file con dettaglio a livello individuale per Tossicodipendenza, Alcolismo, per quanto riguarda lo SMI e un solo file complessivo per le strutture residenziali.



I Dataset così composti, come già anticipato nella fase di acquisizione dei dati, sono stati sottoposti ad analisi di qualità e a operazioni di Data cleaning, al fine di rispondere ai requisiti essenziali di:

- Completezza (dati mancanti)
- Correttezza e consistenza (es. formato date; valori improbabili, etc.)
- Coerenza interna (es. data di nascita; data di primo contatto)
- Ridondanza (record duplicati; bias del sistema informativo, etc.)

Completezza: sono stati verificati gli inserimenti dei dati relativi agli utenti presi in carico dai Servizi della Cooperativa, dalle informazioni sociodemografiche a quelle relative ai percorsi trattamentali e a quelle diagnostiche.

In questa fase del lavoro i dati mancanti sono stati recuperati da altre fonti informative: ad esempio, i comportamenti e le sostanze d'uso, qualora mancanti, sono stati stimati nel sistema laddove per l'utente era stata inserita una diagnosi addiction-correlata.

Correttezza e consistenza: è stata verificata la corrispondenza tra i dizionari in uso al gestionale e

i dati contenuti nelle tabelle estratte, così come la correttezza delle informazioni non supportate da dizionari specifici, come ad esempio il formato delle date (nascita, presa in carico, dimissione, etc.).

Coerenza interna: le informazioni, oltre a essere riportate in formato corretto e univoco (fosse quello previsto dal dizionario in uso o da forme riconosciute quali gg/mm/aaaa) dovevano risultare coerenti tra loro. Quindi, ad esempio, la data di nascita doveva essere antecedente alla data di apertura della cartella clinica del paziente o, ancora, la data di dimissione posteriore a quella di presa in carico, etc. così come informazioni qualitative quali, ad esempio, la coerenza tra sostanze di consumo/comportamenti di addiction e tipo di unità organizzativa di presa in carico, tra sostanze d'uso e informazioni diagnostiche.

In questa fase, in accordo con gli operatori della Cooperativa, sono stati eliminati tutti i record di prese in carico della durata di 0 giorni.

Ridondanza: l'uso di un gestionale informatizzato già di per sé include una soglia minima di errore, in parte attribuibile alla fase di data entry e all'utilizzo da parte dell'operatore (ad es. errori di imputazione o doppi inserimenti), in parte a errori informatici non controllabili dall'operatore (ad esempio la duplicazione di un paziente e/o di una sostanza, l'inserimento di codici non compatibili con i dizionari in uso, etc.).

² Le prestazioni sono state aggregate in base ai gruppi omogenei di prestazioni previsti dal tracciato SIND e l'appartenenza delle

prestazioni alle macro-classi è stata definita in fase di progettazione dello studio con il personale della Cooperativa.

SELEZIONE DEI
PAZIENTI

03

Questo lavoro di pulizia e le analisi preliminari effettuate sul Dataset per singolo record hanno permesso di definire i criteri di inclusione dei casi da analizzare: sono stati compresi tutti i **pazienti** presi in carico compresi nel Dataset.

L'applicazione di tali criteri ha comportato la selezione dei casi e, per lo SMI, il conseguente Dataset finale è risultato composto da **1.523 record** relativi a **1.009 pazienti**, tra utenti tossicodipendenti e alcolodipendenti³ trattati dal 2014 al 2023 in cui ogni riga (record) rappresenta una presa in carico e ogni colonna (campo) costituisce una sua variabile o caratteristica. Per le COMUNITÀ il Dataset finale si è composto di **1.306 record** relativi a **1.084 pazienti**⁴, trattati dal 2014 al 2023, in cui ogni riga (record) rappresenta una presa in carico.

³ In fase di pulizia dei dati, in accordo con gli operatori della Cooperativa, erano state escluse tutte le altre Unità Organizzative come "Prefettura", "Gioco d'azzardo", "Utenti da altri SerT".

⁴ In fase di pulizia dei dati, in accordo con gli operatori della Cooperativa, erano state escluse le Unità Organizzative "Amministrazione Fam. Nuova", "Casa Oceano", "I Tulipani", "Reseaux" e "Terra Blu".

Si evidenzia che dei 1.084 utenti compresi nel database, solo **349** riportavano le informazioni sulle sostanze di presa in carico. È stato possibile recuperare la sola informazione delle sostanze utilizzate

partendo dalle diagnosi inserite, ma non è stato possibile inserire informazioni determinanti per la costruzione dei punteggi di gravità e inserite nei modelli di analisi quali l'uso endovenoso e gli anni di esposizione. Per questo motivo tutti i pazienti sono inclusi solo nelle analisi descrittive e nella regressione logistica delle prestazioni, ma la maggior parte è stata esclusa dai modelli di valutazione degli outcome per mancanza delle informazioni necessarie.

Capitolo 2: La metodologia nella valutazione degli outcome



La successiva profilazione dell'utenza è proseguita con la creazione di un indicatore multidimensionale di complessità diagnostica basato sulle principali evidenze scientifiche che ha tenuto conto di una serie di variabili:

- il numero di prese in carico avute nel periodo considerato (Simoneau & Brochu, 2017⁵);
- il numero di esiti negativi dei percorsi di cura avvenuti nel periodo considerato (Simoneau & Brochu, 2017);

- l'uso endovenoso di sostanze psicoattive (Stein & Anderson, 2003⁶) a esclusione dell'utenza in carico per problemi di dipendenza da alcol;
- gli anni di esposizione alle sostanze d'uso;
- il poliuso e il numero di sostanze utilizzate (Alvarez-Alonso et al., 2016⁷);
- il numero di diagnosi collezionate dal soggetto.

A ogni variabile è stato assegnato un punteggio, descritto nella tabella seguente, questo ha permesso lo sviluppo di un punteggio multifattoriale denominato di complessità diagnostica per l'utenza considerata.

Indicatori sintetici che compongono il punteggio multifattoriale di complessità diagnostica

Indicatori di sintesi		
Numero di prese in carico	0 punti	1 presa in carico
	1 punto	2 prese in carico
	2 punti	>2 prese in carico
Numero esiti negativi	0 punti	Nessun esito negativo
	1 punto	1 esito negativo
	2 punti	>1 esito negativo
Uso endovenoso	0 punti	Assenza uso endovenoso
	1 punto	Presenza uso endovenoso
Esposizione alla sostanza	0 punti	1-7 anni
	1 punto	8-14 anni
	2 punti	15-21 anni
	3 punti	>22 anni
Poliuso	0 punti	Assenza poliuso
	1 punto	Presenza poliuso
Sostanze d’abuso	0 punti	1 Sostanza
	1 punto	2 Sostanze
	2 punti	>2 Sostanze
Numero diagnosi in classi	0 punti	Numero di diagnosi minimo
	1 punto	Numero di diagnosi basso
	2 punti	Numero di diagnosi medio
	3 punti	Numero di diagnosi alto
	5 punti	Numero di diagnosi massimo

Il punteggio multifattoriale di complessità diagnostica o di gravità si articola attraverso un

gradiente a tre livelli che va da un profilo meno compromesso (0 punti: complessità diagnostica

⁵ Simoneau, H., & Brochu, S. (2017). Addiction severity index profile of persons who reenter treatment for substance use disorders. *Substance Abuse*, 38(4), 432-437.

⁶ Stein, M. D., & Anderson, B. (2003). Injection frequency mediates health service use among persons with a history of drug injection. *Drug and alcohol dependence*, 70(2), 159-168.

⁷ Alvarez-Alonso, M. J., Jurado-Barba, R., Martínez-Martín, N., Espín-Jaime, J. C., Bolaños-Porrero, C., Ordoñez-Franco, A., ... & Rubio, G. (2016). Association between maltreatment and polydrug use among adolescents. *Child Abuse & Neglect*, 51, 379-389.

minima) a uno più grave (2 punti: complessità diagnostica elevata).

Le maggiori difficoltà riscontrate in questa fase del lavoro sono principalmente legate alla qualità dei dati inseriti nel gestionale: la mancanza di suddivisione delle sostanze d'uso tra primaria e secondaria/e, il mancato aggiornamento delle informazioni sulle frequenze d'uso, l'inserimento parziale delle diagnosi e altre informazioni inserite in maniera parziale hanno limitato sia la possibilità di selezionare i pazienti da poter includere nel campione di analisi, sia le variabili da poter considerare nel modello complessivo di analisi.

Dal punto di vista metodologico, al fine di fornire una descrizione dei profili dei pazienti in carico alla struttura, l'utenza è stata suddivisa in base



A conclusione dell'iter valutativo sono state proposte le analisi di sopravvivenza seguite da un modello di regressione di Cox. Questa metodologia ha permesso di ottenere informazioni dettagliate sulle probabilità di sopravvivenza nel tempo, ovvero sulla probabilità che un dato evento si verifichi e sui fattori che possono influenzare queste probabilità.

Come evento è stato considerato l'esito negativo del trattamento (abbandono, allontanamento o decesso del paziente) in contrapposizione a un esito positivo dello stesso (conclusione del percorso terapeutico).

Le analisi sono state ripetute sia considerando come unità statistica la singola presa in carico sia il singolo paziente.

Per quanto riguarda le analisi sulle prese in carico, è stata considerata come variabile di tempo la durata della singola presa in carico e, come covariate, l'età di ingresso, il numero di diagnosi di abuso o dipendenza e il numero di sostanze utilizzate. Inoltre, per i pazienti in carico per dipendenza da sostanze e per quelli in carico alle Comunità Riabilitative, è stata considerata anche la tipologia di sostanza utilizzata. I modelli di regressione di Cox hanno compreso il numero di prestazioni erogate, suddivise per tipologia di prestazione.

all'outcome dell'ultima presa in carico disponibile: positivo, negativo, ancora in trattamento o trasferito.

Le analisi sono state eseguite considerando tutte le persone in carico distinguendo i tre gruppi in base all'outcome, fornendo differenti profili degli utenti. Le descrittive hanno incluso la frequenza percentuale, la media e la deviazione standard dei principali indicatori; tra i quali ad esempio l'età al momento della presa in carico, il numero, la durata e l'esito delle prese in carico e le tipologie e l'eventuale assunzione per via endovenosa delle sostanze psicoattive utilizzate.

Rispetto alle analisi condotte sui pazienti è possibile identificare due fasi.

In una prima fase i soggetti sono stati divisi in base alla densità prestazionale ricevuta, differenziando due gruppi 1) i pazienti che, rispetto a una certa prestazione, avevano ricevuto un numero di interventi al mese superiore alla media dell'intero campione e 2) i pazienti che, rispetto a una certa prestazione, avevano ricevuto un numero di interventi al mese inferiore alla media dell'intero campione. Per ciascuna prestazione i due gruppi sono stati confrontati attraverso lo stimatore di Kaplan-Meier. Tale analisi consente di verificare se esiste una differenza tra i due gruppi rispetto all'evento considerato (conclusione negativa del percorso trattamentale). Successivamente è stata utilizzata una regressione di Cox per osservare se eventuali differenze nelle curve di Kaplan-Meier risultano statisticamente significative, controllando per possibili fattori confondenti. Le variabili prestazionali sono state dunque dicotomizzate in 0=numero di prestazioni al mese inferiori alla media del campione generale e 1= numero di prestazioni al mese superiori alla media del campione generale. Per ciascuna di esse è stato condotto un modello di regressione di Cox utilizzando come variabile temporale il tempo effettivamente trascorso in trattamento (in mesi) e come covariate il numero di prese in carico, l'età di ingresso, il numero di sostanze assunte e, per le persone in cura per dipendenza da sostanze e per quelle in cura alle Comunità Riabilitative, anche la tipologia di sostanze utilizzate.

A completamento è stato condotto un modello di regressione di Cox “saturo” che ha preso in esame contemporaneamente tutte le variabili prestazionali e, quando la numerosità dei soggetti

nei singoli gruppi lo ha reso possibile, l’analisi è stata ripetuta suddividendo il dataset in base al punteggio multifattoriale di complessità diagnostica.

DESCRIZIONE GRUPPI PRESTAZIONI OMOGENEE

Relazioni sul caso, prescrizioni e certificazioni

Comprende le diverse relazioni sul caso prodotte per l’esterno, le relazioni su invii, segnalazioni e altre relazioni a fini giudiziari, le certificazioni e la produzione di tutti quegli atti rilasciati al paziente o ad altri autorizzati, per gli usi consentiti dalla legge, e il rilascio di ricetta, impegnativa o prescrizione esami senza visita.

Visite

Comprende la visita di accoglienza, la prestazione di prima valutazione diagnostica dal punto di vista medico, alcolico, tossicologico, per patologie organiche alcol correlate, infermieristico, controlli di monitoraggio, anche a domicilio. Rientra sotto questa voce anche il tempo relativo all’aggiornamento della cartella clinica per la visita.

Colloqui di assistenza

Comprende il colloquio di accoglienza, psicologico, sociale, la prestazione di prima valutazione diagnostica dal punto di vista psicologico, sociale, controlli di monitoraggio anche al domicilio. Rientra sotto questa voce anche il tempo relativo all’aggiornamento della cartella clinica per il colloquio.

Esami e procedure cliniche

Comprende l’esecuzione di prelievi ematici, biologici, la raccolta di campioni urinari, l’attività di richiesta e di registrazione degli stessi e l’esecuzione di manovre cliniche ed esami strumentali.

Somministrazione farmaci e vaccini

Somministrazione diretta di farmaci, consegna di terapia per il domicilio, compresa la registrazione, il carico e lo scarico. Esecuzione diretta della vaccinazione e la programmazione e il controllo degli esami.

Interventi socio/educativi

Comprende interventi di assistenza ai gruppi di auto-aiuto e altri interventi socio-educativi che non rientrano nelle voci “Colloqui”.

Test psicologici

Comprende la somministrazione con valutazione di test, questionari ed altri strumenti valutativi atti a comprendere il singolo caso clinico.

Attività telefonica

Comprende counselling sanitario/psicosocioeducativo e management clinico telefonici.

Altro

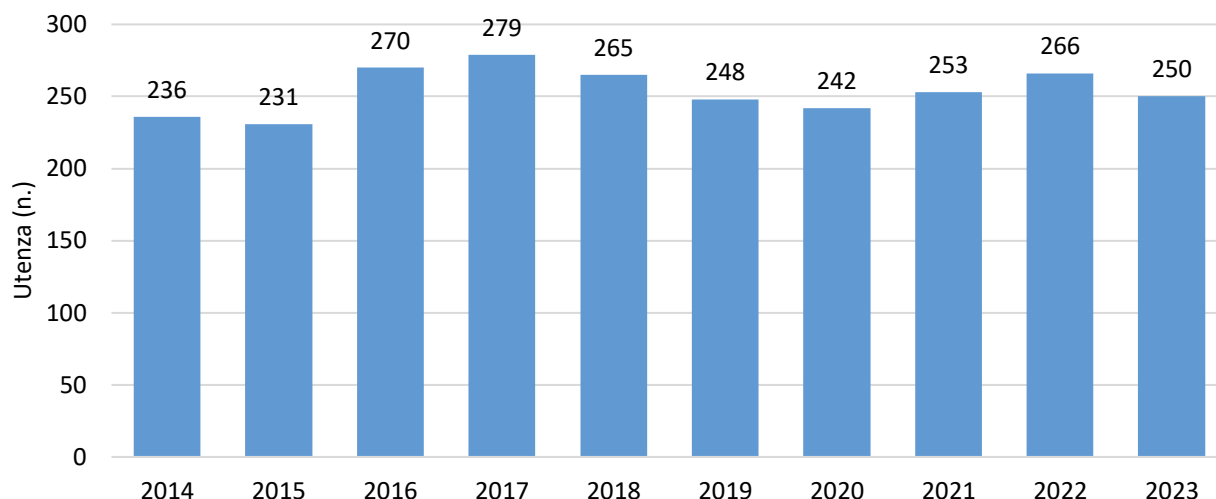
Comprende tutte le prestazioni rientranti nelle voci “altre attività non previste” contenute nel gestionale in uso.

PARTE III - Il Servizio Multidisciplinare Integrato

Considerando gli anni di attività dal 2014 al 2023, il Servizio Multidisciplinare Integrato (SMI) ha avuto in cura ogni anno mediamente 254 soggetti, con il numero minimo registrato nel 2015 (231 utenti) e quello massimo registrato nel 2017 (279

utenti), anno dopo il quale il trend risulta tendenzialmente in lieve flessione sino al 2020, per poi stabilizzarsi nell'ultimo triennio con una media di 256 utenti.

Numero soggetti in carico allo SMI

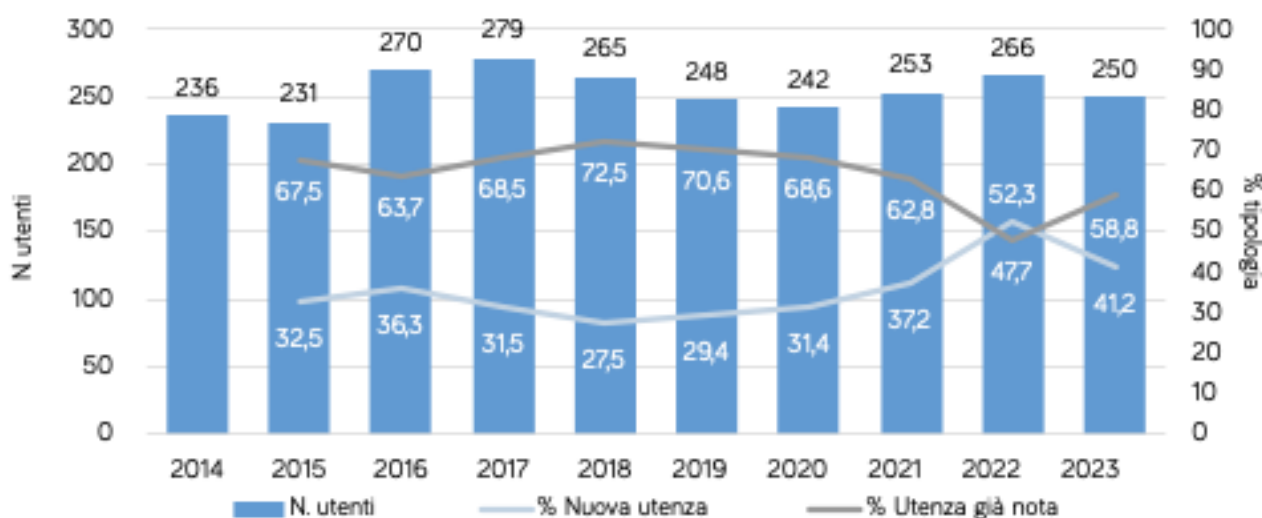


Fonte: Elaborazioni su dati estratti dal gestionale GeDi. Anni 2014-2023

Mediamente, a partire dal 2015, ogni anno il 65% dell'utenza è composta da soggetti in cura anche negli anni precedenti (utenti già noti) e la restante parte è costituita da persone che fanno domanda di trattamento per la prima volta nell'anno (utenti nuovi).

I dati evidenziano un importante incremento dell'attrattività del servizio a partire dal 2019 che risulta però in flessione nell'ultimo anno considerato nell'analisi.

Numero soggetti in carico allo SMI e distribuzione percentuale per tipologia di utenza⁸



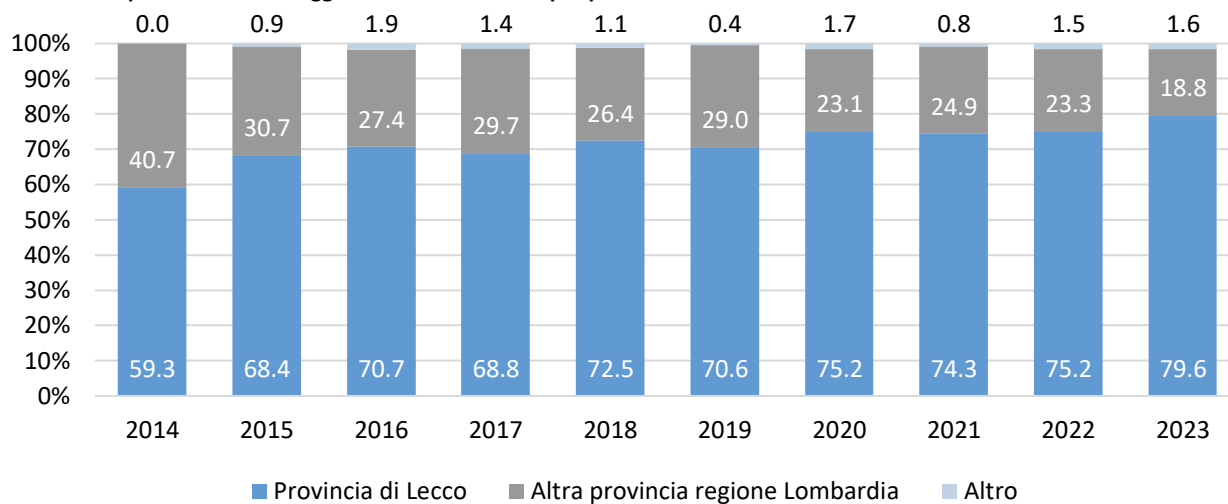
Fonte: Elaborazioni su dati estratti dal gestionale GeDi. Anni 2014-2023

⁸ A causa di alcuni dati missing sulla tipologia di utenza, la distribuzione tra utenza nuova e già nota è stata considerata a partire dal 2015, usando come base di dati quella già in carico nel 2014.

Mediamente circa il 72% dell'utenza trattata è residente nella provincia di Lecco. Le persone provenienti da altre province hanno registrato la quota massima pari al 41% dell'intera utenza in

carico nel 2014, anno dopo il quale sono costantemente diminuite sino a rappresentare meno di un quinto dell'utenza nel 2023.

Distribuzione percentuale dei soggetti in carico allo SMI per provincia di residenza



Fonte: Elaborazioni su dati estratti dal gestionale GeDi. Anni 2014-2023

Capitolo 1: Le persone in cura per dipendenza da sostanze psicoattive illegali

1.1: Le prese in carico per dipendenza da sostanze

Il Servizio Multidisciplinare Integrato dal 2014 al 2023 ha attivato **1.158 prese in carico** per 761 pazienti con dipendenza da sostanze.

Oltre la metà delle prese in carico è terminata con un esito positivo (56%) mentre il 32% ha esitato

negativamente (abbandono, allontanamento o decesso). Quasi l'8% risulta ancora in essere al termine del 2023 e il 4% ha avuto altri esiti (ad es. trasferimento).

Caratteristiche delle prese in carico per dipendenza da sostanze

Prese in carico (n.)		1.158
Motivo di dimissione (%)	Fine Trattamento/Monitoraggio	55,9
	Abbandono	31,0
	Allontanamento	0,6
	Decesso	0,3
	Trasferimento	3,0
	Altri	1,4
	In Trattamento	7,5

Fonte: Elaborazioni su dati estratti dal gestionale GeDi. Anni 2014-2023

Le prese in carico hanno una durata media di 283 giorni, con un range temporale che va da un minimo di un solo giorno sino a un massimo di 10 anni.

Le prestazioni più erogate nei percorsi di cura sono le visite e la distribuzione di farmaci: in media le prestazioni appartenenti a questi gruppi omogenei sono erogate una volta al mese; vengono effettuati poco meno di una volta al mese i colloqui di assistenza così come certificazioni e relazioni sul caso ed esami o procedure cliniche; meno frequentemente vengono eseguiti interventi socio/educativi, test psicologici e attività telefoniche.

La densità prestazionale qui descritta è quella media su tutte le prese in carico analizzate: osservando nel dettaglio la variabilità delle erogazioni si rileva come i valori massimi, molto distanti da quelli medi, spieghino come, a seconda del singolo utente, il percorso di cura vari e si può notare, ad esempio, che in alcune prese in carico gli esami e le procedure cliniche arrivino a essere oltre 13 in un mese e la distribuzione dei farmaci avvenga, quotidianamente, anche più volte al giorno.

Media durata e densità prestazionali mensili delle prese in carico per dipendenza da sostanze

Giorni di presa in carico (gg)		283 [Min.1; Max.3.651; D.S.407,21]
Densità prestazionale mensile (n. prestazioni/30 gg)	Relazioni sul caso, prescrizioni e certificazioni	0,65 [Min.0; Max.21,26; D.S.2,21]
	Visite	1,23 [Min.0; Max.31,03; D.S.3,03]
	Colloqui di assistenza	0,70 [Min.0; Max.9,86; D.S.1,20]
	Esami e procedure cliniche	0,65 [Min.0; Max.13,06; D.S.1,35]
	Somministrazione farmaci e vaccini	1,00 [Min.0; Max.38,00; D.S.3,50]
	Interventi socio/educativi	0,15 [Min.0; Max.3,43; D.S.0,36]
	Test psicologici	0,00 [Min.0; Max.0,13; D.S.0,02]
	Attività telefonica	0,11 [Min.0; Max.5,43; D.S.0,29]
	Altro	0,33 [Min.0; Max.13,23; D.S.1,36]

Fonte: Elaborazioni su dati estratti dal gestionale GeDi. Anni 2014-2023

1.2: Valutazione degli outcome delle prese in carico

Le prestazioni terapeutiche che risultano avere un ruolo facilitante sul buon esito della presa in carico, al netto di tutte le caratteristiche individuali degli utenti, sono i colloqui di assistenza e l'attività di assistenza telefonica.

Il principale fattore individuale associato all'esito positivo è individuabile nell'alta età del paziente all'inizio della presa in carico.

Modello di regressione di Cox per l'analisi dell'esito terapeutico di ciascuna presa in carico tra i pazienti in trattamento per dipendenza da sostanze allo SMI: stime dei parametri, significatività e intervalli di confidenza al 95%

	Hazard Ratio (IC 95%)
Numero di sostanze	1,051 (0,824-1,341)
Presenza diagnosi di abuso/dipendenza	1,013 (0,924-1,11)
Età all'ingresso	0,988* (0,977-0,999)
Consumo di Cannabis	0,898 (0,644-1,253)
Consumo di Oppiacei/oppioidi	0,942 (0,689-1,288)
Consumo di Cocaina	1,286 (0,887-1,865)
Relazioni sul caso, prescrizioni e certificazioni	1,004 (0,993-1,016)
Visite	0,994 (0,985-1,003)
Colloqui di assistenza	0,977* (0,967-0,987)
Esami e procedure cliniche	0,989 (0,978-1,001)
Somministrazione farmaci e vaccini	1,005 (0,997-1,013)
Interventi socio/educativi	0,994 (0,973-1,015)
Test psicologici	0,946 (0,789-1,134)
Attività telefonica	0,961* (0,931-0,991)
Altro	1,001 (0,995-1,007)

* associazioni statisticamente significative

Fonte: Elaborazioni su dati estratti dal gestionale GeDi

1.3: Le persone in cura per dipendenza da sostanze psicoattive illegali

Le 761 persone incluse nell'analisi relativa alla valutazione degli outcome trattamentali per i percorsi di cura per dipendenza da sostanze psicoattive illegali allo SMI nel periodo dal 2014 al 2023, sono per il 79% di genere maschile e l'80%, all'inizio della presa in carico, non era mai stato visto dal Servizio, quindi registrato come "nuovo utente".

L'11%, al termine del 2023, risulta ancora in carico allo SMI; il 51% ha terminato il proprio percorso con un esito positivo, il 37% con un esito negativo e il 3,5% dei casi ha avuto esiti differenti come un trasferimento ad altri servizi.

1.3.1: Pazienti in trattamento

Gli 87 pazienti che al termine del 2023 erano ancora in carico allo SMI, per il 54% di genere femminile, al loro ingresso erano nel 74% dei casi già noti al Servizio e la maggior parte di essi era arrivata volontariamente (81%).

Al loro ingresso allo SMI l'età media era di 38 anni, il 63% aveva conseguito un titolo di studio superiore, il 60% era celibe/nubile e il 59% non aveva un lavoro.

La sostanza più diffusa in questo gruppo di utenti è la cocaina (70%), seguita dai cannabinoidi (42%) e dagli oppiacei (35%) e l'età media di primo contatto per le sostanze di presa in carico è 18 anni

(con un range minimo/massimo tra i 16 e i 57 anni di età).

Il 47% dell'utenza è poliassuntore e l'11% fa uso iniettivo di sostanza. Per il 30% dei soggetti tra il primo uso e l'inizio della presa in carico intercorre un tempo inferiore agli 8 anni e, per una pari quota, questo periodo supera i 21 anni; il restante 40% si divide equamente tra chi ha avuto un tempo di latenza tra gli 8 e i 14 anni e tra i 15 e i 21 anni.

Il 67% dell'utenza in carico al termine del 2023 aveva diagnosi sia di abuso sia di dipendenza per una o più sostanze. Il 47% dei soggetti presenta un

numero minimo o basso di diagnosi di abuso/dipendenza, circa un quinto medio alto e poco meno di un terzo alto o massimo.

Caratteristiche dei pazienti in trattamento

Caratteristiche dei pazienti in trattamento		
Età media all'ingresso (aa)		38 [Min.19; Max.59; D.S.10,85]
Genere (%)	Maschi	46,0
	Femmine	54,0
Titolo di studio (%)	Elementari/medie inferiori	37,3
	Medie superiori/professionali	62,7
	Laurea/post laurea	0,0
Stato civile (%)	Celibe/nubile	59,8
	Coniugato/convivente	31,0
	Separato/divorziato/vedovo	9,2
Stato Occupazionale (%)	Occupato	22,2
	Disoccupato	59,3
	Economicamente Inattivo	18,5
Modalità accesso (%)	Volontario	80,5
	Autorità	3,4
	Altri Servizi Socio-Sanitari	0,0
	Altro	16,1
Tipologia di utenza (%)	Utenti già noti	73,5
	Nuovi utenti	26,5
Sostanze utilizzate (%)	Opiacei	48,3
	Cocaina	78,2
	Cannabinoidi	33,3
	Altre sostanze illegali	2,3
	Alcol	18,4
Anni di esposizione alle sostanze (%)	1-7 anni	12,8
	8-14 anni	24,4
	15-21 anni	19,8
	>21 anni	43,0
Sostanze utilizzate (%)	1 Sostanza	34,5
	2 Sostanze	52,9
	>2 Sostanze	12,6
Comportamento iniettivo (%)	Presente	13,8
Diagnosi tossicologiche (%)	Abuso di sostanza	67,8
	Dipendenza da sostanza	66,7
Numero diagnosi in classi (%)	Numero di diagnosi minimo	23,0
	Numero di diagnosi basso	24,1
	Numero di diagnosi medio	20,7
	Numero di diagnosi alto	18,4
	Numero di diagnosi massimo	13,8

Fonte: Elaborazioni su dati estratti dal gestionale GeDi. Anni 2014-2023

La maggior parte dell'utenza ha avuto nel periodo di osservazione una sola presa in carico (70%) e l'87% non ha alcun esito negativo nel corso del periodo d'osservazione. Il 15% dei soggetti ha avuto precedentemente una presa in carico terminata con esito positivo e il 10% più di una.

La durata media della presenza nel Servizio, al termine del 2023, è di oltre 2 anni (815 giorni) e le

prestazioni più erogate, calcolate mensilmente, sono quelle afferenti alla categoria delle visite e la somministrazione di farmaci (oltre 3 prestazioni/mese), seguite dalla produzione di certificazioni e relazioni sul caso, erogazione di esami e procedure cliniche e colloqui di assistenza (circa 2 prestazioni/mese). Meno diffusi gli interventi socio/educativi, le attività telefoniche e la somministrazione di test psicologici.

Caratteristiche trattamentali dei pazienti in trattamento

Prese in carico (%)	1 presa in carico	70,1
	2 prese in carico	12,6
	>2 prese in carico	17,2
Giorni effettivi di presa in carico (gg)		815 [Min.2; Max.3.615; D.S. 913,63]
Esiti positivi pregressi (%)	Nessun esito positivo	74,7
	1 esito positivo	14,9
	>1 esito positivo	10,3
Esiti negativi pregressi (%)	Nessun esito negativo	87,4
	1 esito negativo	10,3
	>1 esito negativo	2,3
Densità prestazionale mensile (n. prestazioni/30 gg)	Relazioni sul caso, prescrizioni e certificazioni	2,02
	Visite	3,61
	Colloqui di assistenza	1,78
	Esami e procedure cliniche	1,93
	Somministrazione farmaci e vaccini	3,12
	Interventi socio/educativi	0,42
	Test psicologici	0,01
	Attività telefonica	0,39
	Altro	0,42

Fonte: Elaborazioni su dati estratti dal gestionale GeDi. Anni 2014-2023

1.3.2: Pazienti che hanno concluso il percorso con esito positivo

Sono 387 le persone che, nel periodo considerato, hanno concluso positivamente il loro percorso di cura: l'83% di genere maschile, il 67% erano soggetti conosciuti al servizio e il 72% ha iniziato volontariamente il percorso. All'inizio della presa in carico, avvenuta a circa 31 anni, il 54% aveva conseguito al massimo la licenza inferiore, circa due terzi era coniugato o convivente e la metà non aveva un'occupazione lavorativa.

Le sostanze maggiormente diffuse in questa popolazione sono cocaina (61%) e cannabinoidi (48%), meno diffusi gli oppiacei (30%) e le altre sostanze (5,2%). L'alcol è consumato dal 12% dell'utenza. L'uso iniettivo è riferito dal 10% dei soggetti e oltre la metà non è poliassuntore. Il tempo medio di "latenza" fra il primo contatto con

le sostanze e la presa in carico è entro i 32 anni ma con un'alta variabilità (dai 14 ai 63 anni).

Rispetto al quadro diagnostico, al 73% dei soggetti è stato diagnosticato il disturbo da abuso e al 48% da dipendenza da sostanza. Il 69% ha una quantità di diagnosi minima o bassa, il 14% media e il 17% alta o massima.

Caratteristiche dei pazienti che hanno concluso il percorso con esito positivo

Età media all'ingresso (aa)		31 [Min.14; Max.63; D.S.11,03]
Genere (%)	Maschi	82,9
	Femmine	17,1
Titolo di studio (%)	Elementari/medie inferiori	53,7
	Medie superiori/professionali	44,1
	Laurea/post laurea	2,2
Stato civile (%)	Celibe/nubile	28,6
	Coniugato/convivente	65,4
	Separato/divorziato/vedovo	5,9
Stato Occupazionale (%)	Occupato	6,9
	Disoccupato	49,8
	Economicamente Inattivo	43,2
Modalità accesso (%)	Volontario	71,6
	Autorità	10,3
	Altri Servizi Socio-Sanitari	9,8
	Altro	8,3
Tipologia di utenza (%)	Utenti già noti	67,3
	Nuovi utenti	32,7
Sostanze utilizzate (%)	Opiacei	29,5
	Cocaina	60,5
	Cannabinoidi	48,1
	Altre sostanze illegali	5,2
	Alcol	11,9
Anni di esposizione alle sostanze (%)	1-7 anni	33,3
	8-14 anni	23,1
	15-21 anni	19,9
	>21 anni	23,6
Sostanze utilizzate (%)	1 Sostanza	58,7
	2 Sostanze	29,2
	>2 Sostanze	12,1
Comportamento iniettivo (%)	Presente	9,6
Diagnosi tossicologiche (%)	Abuso di sostanza	73,4
	Dipendenza da sostanza	48,1
Numero diagnosi in classi (%)	Numero di diagnosi minimo	38,5
	Numero di diagnosi basso	30,5
	Numero di diagnosi medio	13,7
	Numero di diagnosi alto	12,4
	Numero di diagnosi massimo	4,9

Fonte: Elaborazioni su dati estratti dal gestionale GeDi. Anni 2014-2023

Il 72% degli utenti ha avuto una sola presa in carico e il 90% non ha avuto alcun esito negativo nel periodo considerato; il 14% dei soggetti ha avuto precedentemente una presa in carico terminata con esito positivo e il 6,7% più di una. La durata media della presenza nel servizio è pari a circa 15 mesi con un'alta variabilità, avendo prese in carico della durata di un solo giorno sino a percorsi durati quasi 9 anni.

Le visite sono le prestazioni più erogate a questo gruppo di pazienti (quasi 2 al mese), seguite da somministrazione farmaci, colloqui di assistenza, esami/procedure cliniche e certificazioni. Le

tipologie prestazionali meno erogate fanno riferimento agli interventi socio/educativi, alle attività telefoniche e alla somministrazione di test psicologici.

Caratteristiche trattamentali dei pazienti che hanno concluso il percorso con esito positivo

Prese in carico (%)	1 presa in carico	72,1
	2 prese in carico	16,3
	>2 prese in carico	11,6
Giorni effettivi di presa in carico (gg)		451 [Min.1; Max.3.245; D.S.522,97]
Esiti positivi pregressi (%)	Nessun esito positivo	78,0
	1 esito positivo	14,2
	>1 esito positivo	6,7
Esiti negativi pregressi (%)	Nessun esito negativo	89,7
	1 esito negativo	7,8
	>1 esito negativo	2,6
Densità prestazionale mensile (n. prestazioni/30 gg)	Relazioni sul caso, prescrizioni e certificazioni	0,88
	Visite	1,75
	Colloqui di assistenza	1,11
	Esami e procedure cliniche	1,01
	Somministrazione farmaci e vaccini	1,26
	Interventi socio/educativi	0,24
	Test psicologici	0,02
	Attività telefonica	0,15
	Altro	0,55

Fonte: Elaborazioni su dati estratti dal gestionale GeDi. Anni 2014-2023

1.3.3: Pazienti che hanno concluso il percorso con esito negativo

I pazienti che, nel periodo considerato, hanno avuto un esito negativo come ultimo esito trattamentale sono 248: per il 79% di genere maschile e nell'80% dei casi conosciuti al Servizio.

Il 54% degli utenti ha conseguito una qualifica superiore, il 61% è coniugato/convivente e il 60% ha un'occupazione lavorativa. Al loro ingresso i pazienti che hanno concluso il percorso con esito negativo avevano 33 anni e l'83% era arrivato al Servizio volontariamente.

Le sostanze più diffuse sono cocaina (72%) e oppiacei (39%), l'8,9% fa uso iniettivo. Per la metà dei casi la prima presa in carico è avvenuta entro 14 anni dal primo contatto con le sostanze, mentre per il 22% dei soggetti il tempo di latenza è superiore ai 21 anni.

Al 63% degli utenti è stato diagnosticato almeno un disturbo da abuso di sostanza e al 61% almeno una dipendenza; la maggior parte dei soggetti ha un numero di diagnosi minimo o basso (67%), il 13% medio e il 19% alto o massimo.

Caratteristiche dei pazienti che hanno concluso il percorso con esito negativo

Età media all'ingresso (aa)		33 [Min.14; Max.58; D.S.9,99]
Genere (%)	Maschi	79,0
	Femmine	21,0
Titolo di studio (%)	Elementari/medie inferiori	44,7
	Medie superiori/professionali	53,5
	Laurea/post laurea	1,8
Stato civile (%)	Celibe/nubile	30,1
	Coniugato/convivente	61,4
	Separato/divorziato/vedovo	8,5
Stato Occupazionale (%)	Occupato	7,7
	Disoccupato	60,1
	Economicamente Inattivo	32,2
Modalità accesso (%)	Volontario	82,7
	Autorità	4,4
	Altri Servizi Socio-Sanitari	4,4
	Altro	8,5
Tipologia di utenza (%)	Utenti già noti	80,4
	Nuovi utenti	19,6
Sostanze utilizzate	Opiacei	39,1
	Cocaina	71,8
	Cannabinoidi	40,7
	Altre sostanze illegali	6,0
	Alcol	15,7
Anni di esposizione alle sostanze (%)	1-7 anni	23,2
	8-14 anni	27,0
	15-21 anni	27,8
	>21 anni	22,0
Sostanze utilizzate (%)	1 Sostanza	44,0
	2 Sostanze	40,7
	>2 Sostanze	15,3
Comportamento iniettivo (%)	Presente	8,9
Diagnosi tossicologiche (%)	Abuso di sostanza	62,9
	Dipendenza da sostanza	60,5
Numero diagnosi in classi (%)	Numero di diagnosi minimo	24,6
	Numero di diagnosi basso	42,7
	Numero di diagnosi medio	13,3
	Numero di diagnosi alto	11,7
	Numero di diagnosi massimo	7,7

Fonte: Elaborazioni su dati estratti dal gestionale GeDi. Anni 2014-2023

Per la maggior parte degli utenti quella esitata negativamente è stata l'unica presa in carico al Servizio (71%) e il 14% aveva già avuto degli esiti negativi precedenti. Il 23% aveva avuto percorsi di cura precedenti conclusi positivamente. Sono stati presenti nello SMI in media circa 9 mesi ma con una grande variabilità: le prese in carico infatti hanno durate da 1 solo giorno sino a quasi 8 anni.

Le tipologie di prestazioni più erogate sono la somministrazione di farmaci e le visite (oltre 1 al mese) seguite da colloqui di assistenza, prescrizioni e certificazioni ed esami e procedure cliniche. Meno frequenti l'erogazione di interventi

socio/educativi e le attività di counselling telefonico.

Caratteristiche trattamentali dei pazienti che hanno concluso il percorso con esito negativo

Prese in carico (%)	1 presa in carico	70,6
	2 prese in carico	14,9
	>2 prese in carico	14,5
Giorni effettivi di presa in carico (gg)		264 [Min.1; Max.2.835; D.S.369,80]
Esiti positivi pregressi (%)	Nessun esito positivo	77,4
	1 esito positivo	15,3
	>1 esito positivo	7,3
Esiti negativi pregressi (%)	Nessun esito negativo	85,9
	1 esito negativo	8,5
	>1 esito negativo	5,6
Densità prestazionale mensile (n. prestazioni/30 gg)	Relazioni sul caso, prescrizioni e certificazioni	0,74
	Visite	1,41
	Colloqui di assistenza	0,75
	Esami e procedure cliniche	0,64
	Somministrazione farmaci e vaccini	1,24
	Interventi socio/educativi	0,18
	Test psicologici	0,01
	Attività telefonica	0,11
	Altro	0,36

Fonte: Elaborazioni su dati estratti dal gestionale GeDi. Anni 2014-2023

1.3.4: Pazienti trasferiti⁹

I pazienti che al termine del loro percorso allo SMI sono stati trasferiti ad altri servizi di presa in carico (n. 27), per il 90% di genere maschile, erano nel 48% dei casi sconosciuti al Servizio al loro ingresso e la maggior parte di loro era arrivata volontariamente (67%).

Al loro ingresso allo SMI l'età media era di 33 anni, il 69% era coniugato/convivente e quasi il 70% aveva conseguito al massimo la licenza media inferiore.

La cocaina (74%) e gli oppiacei (70%) sono le sostanze più utilizzate, il 44% ha utilizzato cannabis e il 7,4% altre sostanze e/o l'alcol. Il 26% è poliutilizzatore e un terzo ha un comportamento iniettivo. Il 30% dell'utenza ha fatto trascorrere dagli 8 ai 14 anni o più di 21 anni dal primo contatto con le sostanze prima di arrivare alla presa in carico da parte dei Servizi.

Due terzi di queste persone hanno avuto almeno una diagnosi di dipendenza da sostanza e almeno una di abuso. Oltre la metà dei soggetti ha un numero di diagnosi minimo o basso (52%), il 15% medio e un terzo alto o massimo.

⁹ Questa quota di pazienti viene analizzata nelle descrittive ma in seguito esclusa dal modello di valutazione degli outcome perché, proprio per il loro trasferimento, è impossibile conoscerne l'esito finale

Caratteristiche dei pazienti trasferiti

Caratteristiche dei pazienti trasferiti		
Età media all'ingresso (aa)		33 [Min.16; Max.57; D.S.11,27]
Genere (%)	Maschi	88,9
	Femmine	11,1
Titolo di studio (%)	Elementari/medie inferiori	69,2
	Medie superiori/professionali	30,8
	Laurea/post laurea	0,0
Stato civile (%)	Celibe/nubile	26,9
	Coniugato/convivente	69,2
	Separato/divorziato/vedovo	3,8
Stato Occupazionale (%)	Occupato	4,3
	Disoccupato	30,4
	Economicamente Inattivo	65,2
Modalità accesso (%)	Volontario	66,7
	Autorità	7,4
	Altri Servizi Socio-Sanitari	18,5
	Altro	7,4
Tipologia di utenza (%)	Utenti già noti	52,2
	Nuovi utenti	47,8
Sostanze utilizzate	Opiacei	70,4
	Cocaina	74,1
	Cannabinoidi	44,4
	Altre sostanze illegali	7,4
	Alcol	7,4
Anni di esposizione alle sostanze (%)	1-7 anni	18,5
	8-14 anni	29,6
	15-21 anni	22,2
	>21 anni	29,6
Sostanze utilizzate (%)	1 Sostanza	18,5
	2 Sostanze	55,6
	>2 Sostanze	25,9
Comportamento iniettivo (%)	Presente	33,3
Diagnosi tossicologiche (%)	Abuso di sostanza	66,7
	Dipendenza da sostanza	66,7
Numero diagnosi in classi (%)	Numero di diagnosi minimo	22,2
	Numero di diagnosi basso	29,6
	Numero di diagnosi medio	14,8
	Numero di diagnosi alto	22,2
	Numero di diagnosi massimo	11,1

Fonte: Elaborazioni su dati estratti dal gestionale GeDi. Anni 2014-2023

Il 63% di questi soggetti ha avuto una sola presa in carico, il 22% ha in precedenza concluso positivamente percorsi di cura e il 15% ha avuto almeno un percorso conclusosi negativamente. La presenza nel Servizio ha una durata media di 532 giorni, con una durata minima di 15 giorni e massima di 6 anni. Le prestazioni più erogate sono state le visite e l'erogazione di farmaci (circa 3 al mese). Alta la densità prestazionale anche per le relazioni e le certificazioni (oltre 2 al mese), così come per i colloqui di assistenza e per esami e procedure cliniche (più di una prestazione al mese), meno frequenti i counselling telefonici e gli interventi socio/educativi.

Caratteristiche trattamentali dei pazienti trasferiti

Prese in carico (%)	1 presa in carico	63,0
	2 prese in carico	7,4
	>2 prese in carico	29,6
Giorni effettivi di presa in carico (gg)		532 [Min.15; Max.2.230; D.S.607,27]
Esiti positivi pregressi (%)	Nessun esito positivo	77,8
	1 esito positivo	14,8
	>1 esito positivo	7,4
Esiti negativi pregressi (%)	Nessun esito negativo	85,2
	1 esito negativo	7,4
	>1 esito negativo	7,4
Densità prestazionale mensile (n. prestazioni/30 gg)	Relazioni sul caso, prescrizioni e certificazioni	2,14
	Visite	2,93
	Colloqui di assistenza	1,42
	Esami e procedure cliniche	1,41
	Somministrazione farmaci e vaccini	3,47
	Interventi socio/educativi	0,29
	Test psicologici	0,02
	Attività telefonica	0,31
	Altro	1,86

Fonte: Elaborazioni su dati estratti dal gestionale GeDi. Anni 2014-2023

1.4: Complessità diagnostica dei pazienti ed esiti del trattamento

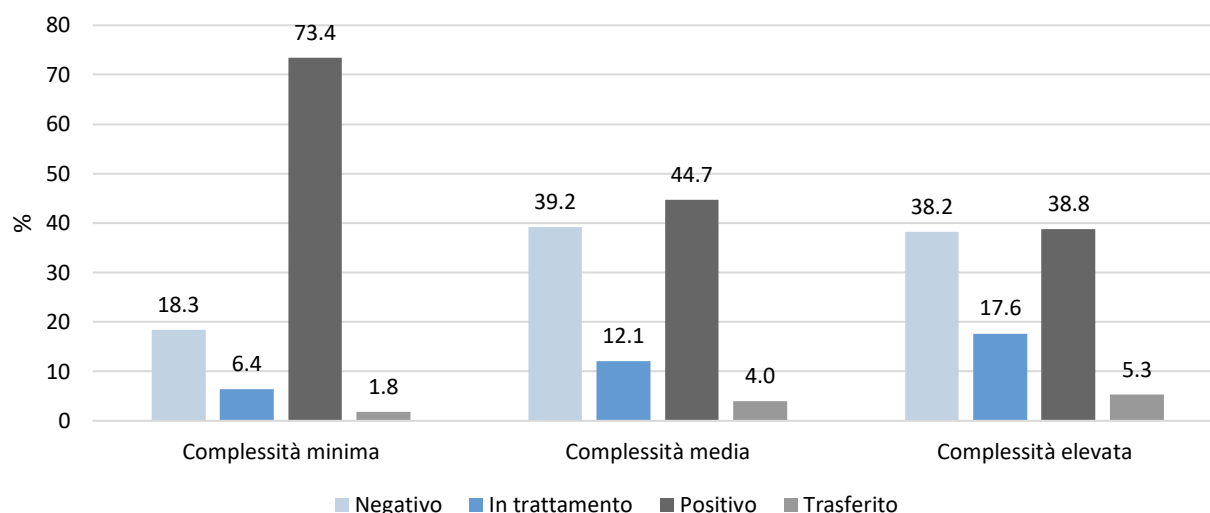
Ai fini dell'analisi di valutazione dell'outcome, l'indicatore multifattoriale di complessità diagnostica descritto nel capitolo 2 della Parte II "Il progetto VALUT-AZIONE: la metodologia", è stato sintetizzato in 3 classi di complessità: minima, media ed elevata.

In generale l'utenza in cura presso lo SMI per dipendenza da sostanze si distribuisce in maniera

uniforme nelle 3 classi di gravità (26% complessità minima, 40% media, 34% elevata).

Considerando l'utenza secondo l'indicatore multifattoriale e i loro esiti trattamentali si osserva come, all'aumentare del grado di complessità, diminuiscano gli esiti positivi mentre aumentano quelli negativi e i trasferimenti; aumenta, però contemporaneamente, anche la ritenzione in trattamento.

Distribuzione percentuale dei pazienti per punteggio di gravità ed esito trattamentale



Fonte: Elaborazioni su dati estratti dal gestionale GeDi. Anni 2014-2023

1.5: Valutazione degli esiti dei percorsi di cura individuali

Nell'analisi che segue le persone in cura presso il Servizio sono state seguite per l'intero percorso trattamentale considerando come inizio del percorso la prima presa in carico e come esito quello relativo all'ultima presa in carico. Delle 761 persone incluse nell'analisi il 71% ha avuto una sola presa in carico, il 15% ne ha avute 2 e il 14% almeno 3.

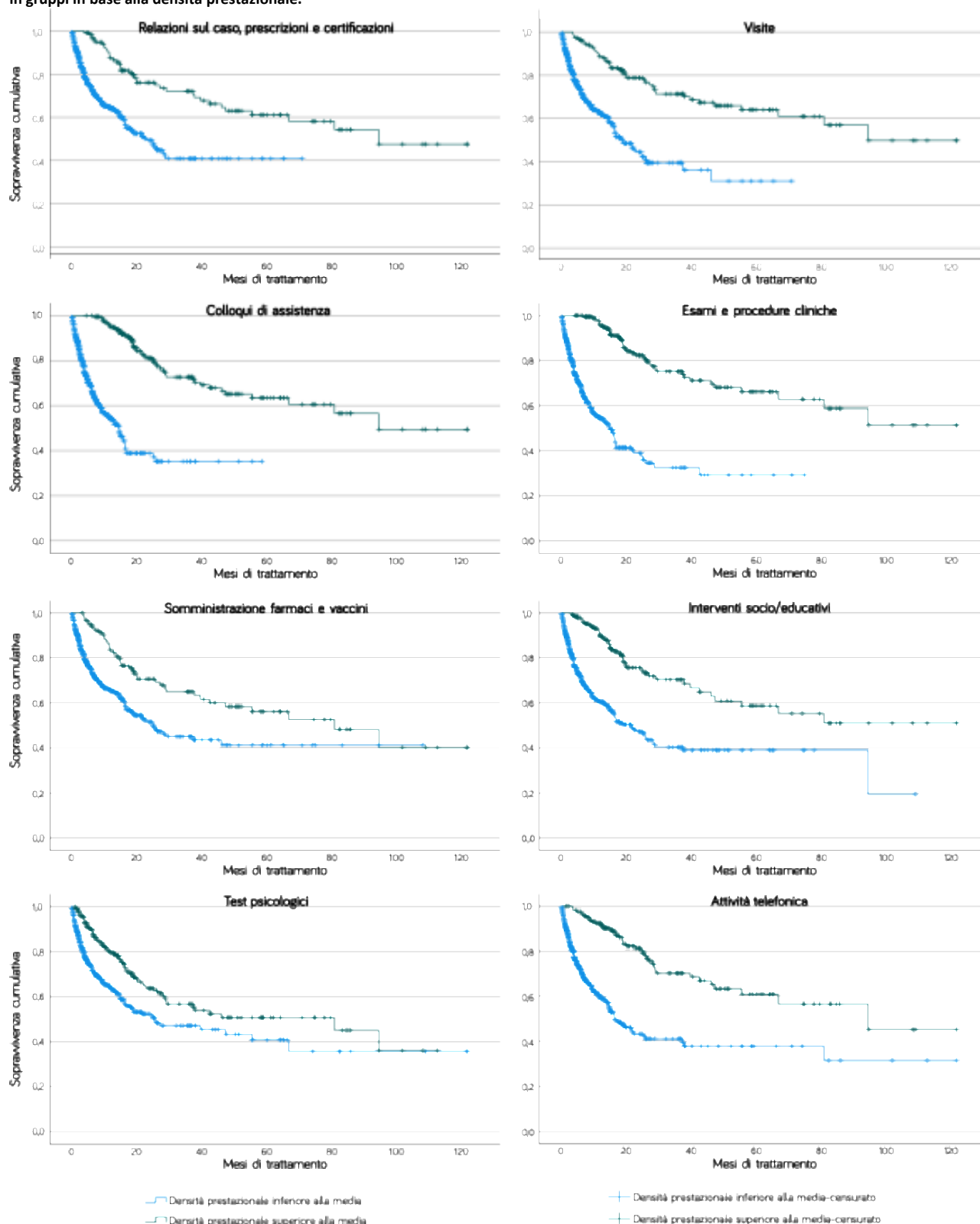
Il dato che emerge maggiormente, per quanto riguarda le persone in cura, è che all'aumentare della densità di prestazione dei colloqui assistenziali aumenta la ritenzione in trattamento. Dall'analisi risulta infatti un forte valore protettivo di questa tipologia di prestazione. Coloro che hanno una densità prestazionale superiore alla media mostrano infatti una maggiore ritenzione in trattamento dopo cinque anni di presa in carico: oltre il 60% contro meno del 40% tra coloro che hanno ricevuto meno prestazioni. In altre parole, i colloqui assistenziali diminuiscono la probabilità che i pazienti abbiano un esito negativo del trattamento (abbandono, allontanamento o decesso).

Anche coloro ai quali vengono erogate molte visite ed esami medici hanno, dopo circa tre anni di trattamento, una probabilità di essere ancora in trattamento o di aver positivamente concluso il percorso: sono, infatti, quasi l'80% contro il 40% osservato tra quanti ne hanno ricevuto un minor numero.

Un altro dato interessante riguarda le attività di supporto telefonico e gli interventi socio-educativi. Anche in questo caso, la ritenzione in trattamento di coloro che hanno ricevuto una maggiore quantità di queste tipologie di prestazioni, risulta maggiore rispetto a quella osservata nel gruppo che ne ha ricevute meno.

Tuttavia, le differenze tendono a diminuire con il passare del tempo.

Analisi di sopravvivenza (Kaplan-Meier) esito interruzione del trattamento, tra pazienti in carico per dipendenza da sostanze allo SMI, suddivisi in gruppi in base alla densità prestazionale.



Fonte: Elaborazioni su dati estratti dal gestionale GeDi

Le analisi che seguono sono state effettuate su 722 persone delle 761 iniziali: la perdita di alcuni soggetti è imputabile prevalentemente all'outcome trattamentale. Sono stati infatti considerati esclusivamente, come ultimi esiti

trattamentali, quelli positivi, negativi e le prese in carico ancora in essere al termine del 2023 escludendo, quindi, gli altri esiti quali i trasferimenti.

La tabella sotto riportata mostra le regressioni di Cox controllate per numero di prese in carico, età di ingresso, assunzione di sostanze per via endovenosa, tipologia e numero di sostanze assunte. Per ogni prestazione è stato eseguito un modello.

Anche controllando rispetto a questi fattori, tutte le prestazioni erogate all'interno dei servizi risultano avere una certa efficacia, diminuendo la probabilità di un esito negativo del trattamento, seppur senza mostrare coefficienti particolarmente elevati.

Modelli di regressione di Cox per l'analisi dell'ultimo esito terapeutico tra i pazienti in carico per dipendenza da sostanze allo SMI: stime dei parametri, significatività e intervalli di confidenza al 95%¹⁰

	Hazard Ratio (IC 95%)
Relazioni sul caso, prescrizioni e certificazioni	0,993*(0,991-0,996)
Visite	0,992*(0,99-0,994)
Colloqui di assistenza	0,972*(0,967-0,978)
Esami e procedure cliniche	0,973*(0,967-0,979)
Somministrazione farmaci e vaccini	0,996*(0,995-0,998)
Interventi socio/educativi	0,960*(0,946-0,973)
Test psicologici	0,791*(0,668-0,936)
Attività telefonica	0,922*(0,895-0,95)

* associazioni statisticamente significative

Fonte: Elaborazioni su dati estratti dal gestionale GeDi

Analizzando i dati nel loro insieme, ovvero considerando tutte le tipologie di prestazione risultate statisticamente significative in un unico modello, un maggior numero di colloqui assistenziali, di esami e procedure cliniche così come l'attività telefonica di supporto si confermano positivamente associati con un esito positivo del trattamento. Al contrario, la stesura di relazioni sul caso, prescrizioni e certificazioni

risultano fattori di rischio per avere una conclusione negativa dell'intero percorso di cura.

Altri fattori statisticamente significativi sono il numero di prese in carico presenti nella storia clinica degli utenti, che risultano un fattore associato a un esito positivo; l'uso di sostanza per via endovenosa, anch'essa positivamente associata all'outcome positivo, e l'uso di cocaina o crack.

Modello di regressione di Cox per l'analisi dell'ultimo esito terapeutico tra i pazienti in carico per dipendenza da sostanze allo SMI: stime dei parametri, significatività e intervalli di confidenza al 95%

	Hazard Ratio (IC 95%)
N° di prese in carico	0,739*(0,608-0,899)
Età all'ingresso	0,989(0,976-1,003)
Presenza uso endovenoso	0,495*(0,299-0,819)
Numero di sostanze	0,933(0,694-1,254)
Consumo di Cannabis	1,305(0,946-1,802)
Consumo di Oppiacei/oppioidi	1,451(1,065-1,976)
Consumo di Cocaina	0,739*(0,608-0,899)
Relazioni sul caso, prescrizioni e certificazioni	1,012*(1,004-1,020)
Visite	0,995(0,987-1,004)
Colloqui di assistenza	0,984*(0,975-0,993)
Esami e procedure cliniche	0,979*(0,968-0,989)
Somministrazione farmaci e vaccini	1,001(0,995-1,007)
Interventi socio/educativi	0,998(0,981-1,016)
Test psicologici	0,946(0,804-1,113)
Attività telefonica	0,972*(0,946-0,999)

* associazioni statisticamente significative

Fonte: Elaborazioni su dati estratti dal gestionale GeDi

L'outcome del trattamento è stato inoltre valutato suddividendo gli utenti in base al loro punteggio

multifattoriale di complessità diagnostica [vedi nel capitolo 2 Parte II "Il progetto VALUT-AZIONE: la

¹⁰ Le analisi sono controllate per numero di prese in carico, età di ingresso, assunzione di sostanze per via endovenosa, tipologia e numero di sostanze assunte

metodologia”]. Tra coloro che hanno un punteggio basso, l’aver ricevuto un maggior numero di somministrazioni di farmaci e vaccini risulta un fattore associato positivamente al decesso, all’allontanamento o all’abbandono del programma terapeutico. Tra le persone con un punteggio medio è protettivo l’aver ricevuto un maggior numero di colloqui di assistenza e di somministrazione di test psicologici. Infine, nel

gruppo che presenta una maggiore complessità diagnostica, è la numerosità dei colloqui di assistenza che risulta associata a un buon esito del programma.

Tra gli utenti con complessità diagnostica media e alta risultano associati a una maggior probabilità di esito positivo anche il numero di prese in carico e la maggiore età all’ingresso nel servizio.

Modello di regressione di Cox per l’analisi dell’ultimo esito terapeutico tra i pazienti in carico per dipendenza da sostanze allo SMI in base al punteggio multifattoriale di complessità diagnostica: stime dei parametri, significatività e intervalli di confidenza al 95%

	HR complessità diagnostica <u>bassa</u>	HR complessità diagnostica <u>media</u>	HR complessità diagnostica <u>alta</u>
N° di prese in carico	1,069(0,180-6,332)	0,444*(0,322-0,613)	0,617*(0,431-0,882)
Età all’ingresso	0,993(0,945-1,042)	0,966*(0,946-0,986)	0,955*(0,922-0,989)
Presenza uso endovenoso	-	0,334*(0,161-0,693)	0,777(0,347-1,736)
Numero di sostanze	0,541(0,125-2,333)	0,644(0,412-1,009)	1,066(0,651-1,746)
Consumo di Cannabis	0,852(0,159-4,557)	0,976(0,530-1,797)	1,708(0,519-5,614)
Consumo di Oppiacei/oppioidi	0,100(0,010-1,007)	1,507(0,869-2,613)	0,857(0,394-1,863)
Consumo di Cocaina	0,564(0,102-3,111)	0,891(0,493-1,611)	0,642(0,319-1,293)
Relazioni sul caso, prescrizioni e certificazioni	0,743(0,518-1,065)	1,007(0,996-1,017)	1,011(0,993-1,030)
Visite	0,959(0,874-1,053)	0,998(0,986-1,010)	0,999(0,985-1,012)
Colloqui di assistenza	0,973(0,936-1,011)	0,985*(0,972-0,998)	0,969*(0,946-0,992)
Esami e procedure cliniche	0,983(0,905-1,067)	0,987(0,973-1,001)	0,981(0,960-1,004)
Somministrazione farmaci e vaccini	1,140*(1,019-1,275)	0,998(0,989-1,007)	0,999(0,991-1,009)
Interventi socio/educativi	0,879(0,754-1,024)	1,002(0,980-1,024)	0,999(0,969-1,031)
Test psicologici	0,883(0,558-1,399)	0,786*(0,623-0,991)	1,124(0,831-1,520)
Attività telefonica	0,843(0,691-1,027)	0,991(0,960-1,023)	0,964(0,910-1,022)

* associazioni statisticamente significative

Fonte: Elaborazioni su dati estratti dal gestionale GeDi

Capitolo 2: Le persone in cura per dipendenza da alcol

2.1: Le prese in carico per dipendenza da alcol

Tra il 2014 e il 2023 presso il Servizio Multidisciplinare Integrato sono state attivate **365 prese in carico** per 248 pazienti con dipendenza da alcol.

Il 62% delle prese in carico è terminato con un esito positivo, il 28% ha avuto un esito negativo (abbandono, allontanamento o decesso). Le prese in carico ancora attive al termine del 2023 rappresentano il 7,9% e la restante quota ha esitato con un trasferimento.

Caratteristiche delle prese in carico per dipendenza da alcol

N. prese in carico		365
Motivo di dimissione (%)	Fine Trattamento/Monitoraggio	61,9
	Abbandono	26,6
	Allontanamento	1,1
	Decesso	0,3
	Trasferimento	2,2
	In Trattamento	7,9

Fonte: Elaborazioni su dati estratti dal gestionale GeDi. Anni 2014-2023

Le prese in carico hanno una durata media di 282 giorni con un minimo di un solo giorno sino a un massimo di quasi 6 anni.

Le prestazioni colloqui di assistenza e visite sono quelle più erogate, seguite da esami e procedure cliniche.

La densità media di erogazione delle prestazioni è sempre sotto la prestazione al mese ma la variabilità della densità indica la variabilità dei percorsi a seconda del singolo caso: si osservano, infatti, prese in carico nelle quali sono state effettuate sino a circa 7 colloqui e visite al mese.

Media durata e densità prestazionali mensili delle prese in carico per dipendenza da alcol

Giorni di presa in carico (gg)		282 [Min.1; Max.2.182; D.S.333.17]
Densità prestazionale mensile (n. prestazioni/30 gg)	Relazioni sul caso, prescrizioni e certificazioni	0,57 [Min.0; Max.5,9; D.S.0,87]
	Visite	0,26 [Min.0; Max.6,6; D.S.0,75]
	Colloqui di assistenza	0,43 [Min.0; Max.7,36; D.S.0,69]
	Esami e procedure cliniche	0,05 [Min.0; Max.4,63; D.S.0,31]
	Somministrazione farmaci e vaccini	0,23 [Min.0; Max.3,73; D.S.0,5]
	Interventi socio/educativi	0,10 [Min.0; Max.5,53; D.S.0,38]
	Test psicologici	0,14 [Min.0; Max.2,43; D.S.0,29]
	Attività telefonica	0,09 [Min.0; Max.2,2; D.S.0,28]
	Altro	0,00 [Min.0; Max.0,16; D.S.0,02]

Fonte: Elaborazioni su dati estratti dal gestionale GeDi. Anni 2014-2023

2.2: Valutazione degli outcome delle prese in carico

Le prestazioni terapeutiche che risultano avere un ruolo facilitante sul buon esito della presa in carico, al netto di tutte le caratteristiche individuali degli utenti, sono i colloqui di assistenza, al contrario invece della

somministrazione di farmaci che hanno una lieve associazione all'esito negativo.

Per questa tipologia di utenza non risultano specifici fattori individuali associati all'esito positivo delle prese in carico.

Modello di regressione di Cox per l'analisi dell'esito terapeutico di ciascuna presa in carico tra i pazienti in trattamento per dipendenza da alcol allo SMI: stime dei parametri, significatività e intervalli di confidenza al 95%

	Hazard Ratio (IC 95%)
Numero di sostanze	0,417(0,130-1,336)
Presenza diagnosi di abuso/dipendenza	1,149(0,937-1,409)
Età all'ingresso	0,991(0,971-1,011)
Consumo di Cannabis	2,630(0,674-10,250)
Consumo di Oppiacei/oppioidi	2,513(0,774-8,160)
Consumo di Cocaina	3,317(0,889-12,367)
Relazioni sul caso, prescrizioni e certificazioni	0,916(0,828-1,012)
Visite	1,005(0,966-1,046)
Colloqui di assistenza	0,966*(0,941-0,992)
Esami e procedure cliniche	0,984(0,951-1,018)
Somministrazione farmaci e vaccini	1,090*(1,009-1,178)
Interventi socio/educativi	0,990(0,945-1,036)
Test psicologici	0,827(0,537-1,273)
Attività telefonica	0,976(0,935-1,019)
Altro	1,006(0,982-1,030)

* associazioni statisticamente significative

Fonte: Elaborazioni su dati estratti dal gestionale GeDi

2.3: Le persone in cura per dipendenza da alcol

Nell'analisi sulla valutazione degli outcome trattamentali per i percorsi di cura per dipendenza da alcol allo SMI, nel periodo dal 2014 al 2023, sono stati inclusi 248 soggetti: per l'86% di genere maschile e nel 58% dei casi, all'inizio della presa in carico, sconosciuti dal Servizio, quindi considerati "nuovi utenti".

2.3.1: Pazienti in trattamento

I pazienti che al termine del 2023 risultano ancora in carico allo SMI sono 29, il 52% dei quali di genere maschile. La quasi totalità dei pazienti è arrivata al Servizio volontariamente e quasi il 90% non aveva già avuto con lo stesso precedenti contatti. Il 68% ha conseguito la licenza media superiore, il 48% è coniugata/convivente e la maggior parte è disoccupata (64%). L'età media all'ingresso era di 45 anni.

La totalità di questo gruppo di pazienti utilizza alcol ma il 31% associa anche altre sostanze: è quindi poliutilizzatore. Le altre sostanze utilizzate

Quasi il 12%, al termine del 2023, è ancora in carico allo SMI; il 59%, come ultimo esito trattamentale per periodo d'osservazione, ha avuto un esito positivo e il 27% negativo; 7 soggetti (pari al 2,8% del totale) sono stati trasferiti ad altro Servizio¹¹ e un paziente ha avuto esito "altro".

sono cocaina (28%), cannabinoidi (21%) e oppiacei (17%).

Il tempo trascorso tra il primo contatto con l'alcol e la presa in carico, per la maggior parte dei pazienti, è superiore ai 21 anni (59%).

Al 97% è stata assegnata almeno una diagnosi di abuso di sostanza e a un quinto di dipendenza. La maggior parte (il 52%) ha ricevuto un numero di diagnosi di abuso/dipendenza minimo, mentre il 34% basso e medio. A meno del 14% è stato assegnato un numero alto o massimo di diagnosi.

¹¹ Dato il numero esiguo, i pazienti trasferiti verranno esclusi da tutte le analisi, descrittive comprese.

Caratteristiche dei pazienti in trattamento

Età media all'ingresso (aa)		45 [Min.27; Max.66; D.S.9,95]
Genere (%)	Maschi	51,7
	Femmine	48,3
Titolo di studio (%)	Elementari/medie inferiori	25,0
	Medie superiori/professionali	67,9
	Laurea/post laurea	7,1
Stato civile (%)	Celibe/nubile	0,0
	Coniugato/convivente	48,3
	Separato/divorziato/vedovo	51,7
Stato Occupazionale (%)	Occupato	25,0
	Disoccupato	64,3
	Economicamente Inattivo	10,7
Modalità accesso (%)	Volontario	96,6
	Altro	3,4
Tipologia di utenza (%)	Utenti già noti	88,9
	Nuovi utenti	11,1
Sostanze utilizzate (%)	Alcol	100,0
	Opiacei	17,2
	Cocaina	27,6
	Cannabinoidi	20,7
	Altre sostanze illegali	0,0
Anni di esposizione alle sostanze (%)	1-7 anni	10,3
	8-14 anni	6,9
	15-21 anni	24,1
	>21 anni	58,6
Sostanze utilizzate (%)	1 Sostanza	69,0
	2 Sostanze	10,3
	>2 Sostanze	20,7
Diagnosi tossicologiche (%)	Abuso di sostanza	96,6
	Dipendenza da sostanza	20,7
Numero diagnosi in classi (%)	Numero di diagnosi minimo	51,7
	Numero di diagnosi basso	24,1
	Numero di diagnosi medio	10,3
	Numero di diagnosi alto	3,4
	Numero di diagnosi massimo	10,3

Fonte: Elaborazioni su dati estratti dal gestionale GeDi. Anni 2014-2023

Quasi il 70% degli utenti ha avuto una sola presa in carico nel periodo considerato. Fra coloro che hanno avuto più prese in carico il 27% aveva già concluso un percorso con almeno un esito positivo e il 10% con almeno un esito negativo; la presenza nel Servizio è durata in media quasi due anni con una variabilità che va da poco meno di un mese a oltre 9 anni.

Le prestazioni più erogate sono i colloqui assistenziali (oltre una al mese), seguite da visite ed esami (circa una prestazione al mese) e, meno frequentemente, dai counselling telefonici.

Caratteristiche trattamentali dei pazienti in trattamento

Prese in carico (%)	1 presa in carico	69,0
	2 prese in carico	17,2

	>2 prese in carico	13,8
Giorni effettivi di presa in carico (gg)		691 [Min.27; Max.3.324; D.S.693,36]
Esiti positivi pregressi (%)	Nessun esito positivo	72,4
	1 esito positivo	13,8
	>1 esito positivo	13,8
Esiti negativi pregressi (%)	Nessun esito negativo	89,7
	1 esito negativo	6,9
	>1 esito negativo	3,4
Densità prestazionale mensile (n. prestazioni/30 gg)	Relazioni sul caso, prescrizioni e certificazioni	0,1
	Visite	1,1
	Colloqui di assistenza	1,2
	Esami e procedure cliniche	0,7
	Somministrazione farmaci e vaccini	0,0
	Interventi socio/educativi	0,3
	Test psicologici	0,0
	Attività telefonica	0,5
	Altro	0,1

Fonte: Elaborazioni su dati estratti dal gestionale GeDi. Anni 2014-2023

2.3.2: Pazienti che hanno concluso il percorso con esito positivo

I 145 pazienti che hanno concluso positivamente la presa in carico allo SMI nel periodo considerato, il 93% dei quali di genere maschile, sono prevalentemente arrivati al Servizio in maniera volontaria (72%): il 14% è stato inviato allo SMI da altri Servizi socio-sanitari e il 9% da Giudice o dall'Autorità come Misure alternative. Meno di un terzo era sconosciuto dal Servizio al proprio ingresso e l'età media era di 41 anni. La maggior parte ha conseguito al massimo la licenza media inferiore (53%), è separata, divorziata o vedova (71%) e disoccupata (55%).

Tutti i pazienti all'ingresso utilizzavano alcol e nel 56% dei casi lo facevano in maniera esclusiva. Le altre sostanze utilizzate dai soggetti poliutilizzatori sono prevalentemente cocaina (29%) e cannabinoidi (22%).

Nel 47% dei casi il tempo tra il primo contatto con l'alcol e la presa in carico è superiore ai 21 anni, per circa un quinto è inferiore ai 7 anni mentre il resto dell'utenza si distribuisce abbastanza equamente nella fascia tra gli 8 e i 21 anni.

Al 76% dell'utenza è stata assegnata almeno una diagnosi di abuso di sostanza e al 30% di dipendenza. Complessivamente, la maggior parte dei soggetti ha ricevuto un numero di diagnosi minimo (58%), il 29% basso e la quota restante da medio a massimo.

Caratteristiche dei pazienti che hanno concluso il percorso con esito positivo

Età media all'ingresso (aa)		41 [Min.16; Max.80; D.S.13,29]
Genere (%)	Maschi	93,1
	Femmine	6,9
Titolo di studio (%)	Elementari/medie inferiori	52,6
	Medie superiori/professionali	41,6
	Laurea/post laurea	5,8
Stato civile (%)	Celibe/nubile	0,7
	Coniugato/convivente	28,4
	Separato/divorziato/vedovo	70,9
Stato Occupazionale (%)	Occupato	5,0
	Disoccupato	55,4
	Economicamente Inattivo	39,6
Modalità accesso (%)	Volontario	72,2
	Servizi socio-sanitari	13,9
	Autorità	9,0
	Altro	4,9
Tipologia di utenza (%)	Utenti già noti	69,5
	Nuovi utenti	30,5
Sostanze utilizzate (%)	Alcol	100,0
	Oppiacei	7,6
	Cocaina	29,2
	Cannabinoidi	21,5
	Altre sostanze illegali	8,3
Anni di esposizione alle sostanze (%)	1-7 anni	21,5
	8-14 anni	13,2
	15-21 anni	18,1
	>21 anni	47,2
Sostanze utilizzate (%)	1 Sostanza	55,6
	2 Sostanze	26,4
	>2 Sostanze	18,1
Diagnosi tossicologiche (%)	Abuso di sostanza	76,4
	Dipendenza da sostanza	28,5
Numero diagnosi in classi (%)	Numero di diagnosi minimo	57,6
	Numero di diagnosi basso	28,5
	Numero di diagnosi medio	7,6
	Numero di diagnosi alto	4,9
	Numero di diagnosi massimo	1,4

Fonte: Elaborazioni su dati estratti dal gestionale GeDi. Anni 2014-2023

Il 76% dell'utenza ha avuto una sola presa in carico nel periodo considerato e quasi la totalità senza alcun episodio di esito negativo per precedenti percorsi di cura (94%); circa un quinto ha avuto altri percorsi terminati positivamente. La presenza nel Servizio è di circa un anno, con una durata minima di 3 giorni e massima di quasi 6 anni.

Le prestazioni più erogate sono i colloqui di assistenza e le visite, seguite dall'attività telefonica.

Caratteristiche trattamentali dei pazienti che hanno concluso il percorso con esito positivo

Prese in carico (%)	1 presa in carico	76,4
	2 prese in carico	15,3
	>2 prese in carico	8,3
Giorni effettivi di presa in carico (gg)		388 [Min.3; Max.2.182; D.S.406,89]
Esiti positivi pregressi (%)	Nessun esito positivo	79,3
	1 esito positivo	15,9
	>1 esito positivo	4,8
Esiti negativi pregressi (%)	Nessun esito negativo	93,8
	1 esito negativo	4,8
	>1 esito negativo	1,4
Densità prestazionale mensile (%)	Relazioni sul caso, prescrizioni e certificazioni	0,2
	Visite	0,6
	Colloqui di assistenza	0,8
	Esami e procedure cliniche	0,3
	Somministrazione farmaci e vaccini	0,1
	Interventi socio/educativi	0,1
	Test psicologici	0,0
	Attività telefonica	0,2
	Altro	0,4

Fonte: Elaborazioni su dati estratti dal gestionale GeDi. Anni 2014-2023

2.3.3: Pazienti che hanno concluso il percorso con esito negativo

Sono 66 i pazienti che hanno concluso con esito negativo il percorso di cura allo SMI nel periodo considerato, l'86% dei quali di genere maschile. L'82% di questi soggetti è arrivato al Servizio volontariamente e tre quarti dell'utenza era già conosciuta; l'età media all'ingresso era di 40 anni. La maggior parte ha conseguito almeno una qualifica di scuola superiore (59%) è separata, divorziata o vedova (75%) e disoccupata (69%).

Oltre all'alcol, utilizzato da tutti i pazienti, il 3,2% risulta poliutilizzatore e prevalentemente associa cocaina (36%) e cannabinoidi (26%).

Il tempo trascorso tra il primo contatto con l'alcol e la presa in carico, nel 40% dei casi, è superiore ai 21 anni, per circa un quarto tra i 15 e i 21 anni, il 15% tra gli 8 e i 14 anni e una quota poco superiore entro i 7 anni.

All'82% è stata assegnata almeno una diagnosi di abuso di sostanza e al 29% di dipendenza. Complessivamente, il 58% ha un numero di diagnosi minimo, il 31% basso e quota restante tra medio e massimo.

Caratteristiche dei pazienti che hanno concluso il percorso con esito negativo

Caratteristiche dei pazienti che hanno concluso il percorso con esito negativo		
Età media all'ingresso (aa)		40 [Min.20; Max.59; D.S.10,95]
Genere (%)	Maschi	85,5
	Femmine	14,5
Titolo di studio (%)	Elementari/medie inferiori	36,2
	Medie superiori/professionali	58,6
	Laurea/post laurea	5,2
Stato civile (%)	Celibe/nubile	0,0
	Coniugato/convivente	25,0
	Separato/divorziato/vedovo	75,0
Stato Occupazionale (%)	Occupato	4,4
	Disoccupato	68,9
	Economicamente Inattivo	26,7
Modalità accesso (%)	Volontario	82,3
	Servizi socio-sanitari	8,1
	Autorità	1,6
	Altro	8,1
Tipologia di utenza (%)	Utenti già noti	75,0
	Nuovi utenti	25,0
Sostanze utilizzate (%)	Alcol	100,0
	Opiacei	12,9
	Cocaina	35,5
	Cannabinoidi	25,8
	Altre sostanze illegali	3,2
Anni di esposizione alle sostanze (%)	1-7 anni	19,4
	8-14 anni	14,5
	15-21 anni	25,8
	>21 anni	40,3
Sostanze utilizzate (%)	1 Sostanza	53,2
	2 Sostanze	24,2
	>2 Sostanze	22,6
Diagnosi tossicologiche (%)	Abuso di sostanza	82,3
	Dipendenza da sostanza	29,0
Numero diagnosi in classi (%)	Numero di diagnosi minimo	58,1
	Numero di diagnosi basso	30,6
	Numero di diagnosi medio	4,8
	Numero di diagnosi alto	3,2
	Numero di diagnosi massimo	3,2

Fonte: Elaborazioni su dati estratti dal gestionale GeDi. Anni 2014-2023

Il 69% degli utenti ha avuto una sola presa in carico nel periodo considerato e oltre l'80% non ha avuto esiti negativi in percorsi di cura precedenti; al contrario, quasi un quarto di questi pazienti ha terminato percorsi di presa in carico con esito positivo (23%). Mediamente la presenza nel Servizio è durata 11 mesi, con una durata minima di un giorno e massima di oltre 5 anni.

Le prestazioni maggiormente erogate sono i colloqui di assistenza e le visite (circa una prestazione ogni bimestre).

Caratteristiche trattamentali dei pazienti che hanno concluso il percorso con esito negativo

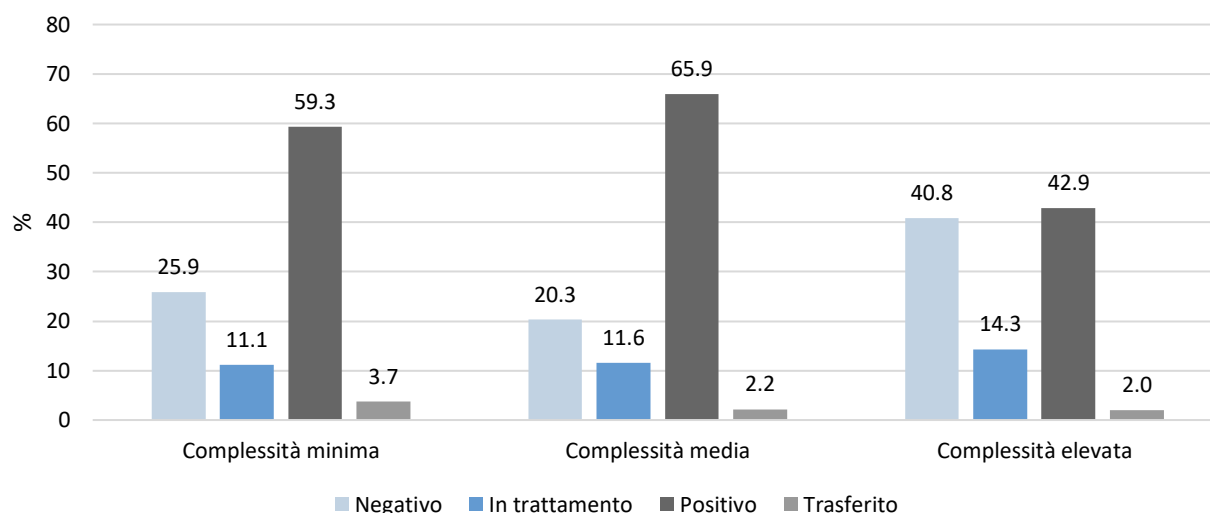
Prese in carico (%)	1 presa in carico	69,4
	2 prese in carico	12,9
	>2 prese in carico	17,7
Giorni effettivi di presa in carico (gg)		341 [Min.1; Max.2.010; D.S.485,65]
Esiti positivi pregressi (%)	Nessun esito positivo	77,3
	1 esito positivo	13,6
	>1 esito positivo	9,1
Esiti negativi pregressi (%)	Nessun esito negativo	83,3
	1 esito negativo	9,1
	>1 esito negativo	7,6
Densità prestazionale mensile (n. prestazioni/30 gg)	Relazioni sul caso, prescrizioni e certificazioni	0,1
	Visite	0,5
	Colloqui di assistenza	0,6
	Esami e procedure cliniche	0,2
	Somministrazione farmaci e vaccini	0,1
	Interventi socio/educativi	0,1
	Test psicologici	0,0
	Attività telefonica	0,1
	Altro	0,2

Fonte: Elaborazioni su dati estratti dal gestionale GeDi. Anni 2014-2023

2.4: Complessità diagnostica dei pazienti ed esiti del trattamento

Dalla sintesi dell'indicatore multifattoriale di gravità diagnostica in classi, emerge che la maggior parte dell'utenza in carico allo SMI per dipendenza da alcol dal 2014 al 2023 si concentra nella classe "media" (56%), il 23% in quella "minima" e la parte restante nella classe con punteggio elevato (21%).

Distinguendo per esito trattamentale, la maggior parte dei pazienti con gravità diagnostica minima e media hanno esitato positivamente, mentre il 41% dell'utenza con complessità elevata ha avuto un esito negativo. È tra questi ultimi che si riscontra anche la maggior quota di pazienti ancora in trattamento al termine del 2023.

Distribuzione percentuale dei pazienti per punteggio di gravità ed esito trattamentale

Fonte: Elaborazioni su dati estratti dal gestionale GeDi. Anni 2014-2023

2.5: Valutazione degli esiti dei percorsi di cura individuali

In questo paragrafo è stato analizzato l'intero percorso delle persone in carico per dipendenza da alcol, considerando come inizio la prima presa in carico e come esito del percorso quello relativo all'ultima presa in carico. Questo tipo di analisi ha permesso di ottenere una visione d'insieme sul processo di trattamento e sugli effetti delle singole prestazioni erogate.

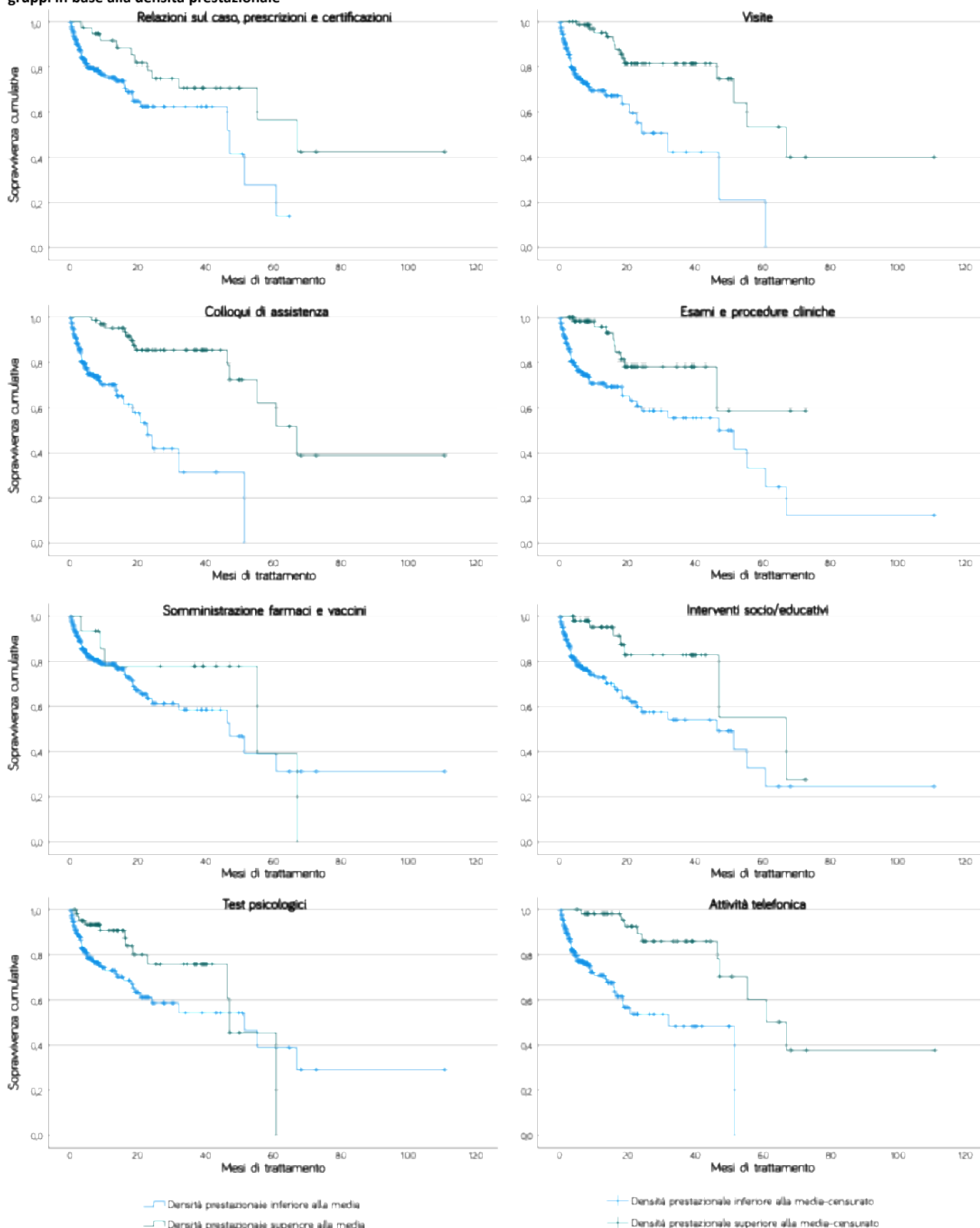
L'analisi mostra che avere una densità di colloqui assistenziali sopra la media risulta associato a una maggiore probabilità di essere ancora in trattamento o di averlo terminato positivamente. Nello specifico, dopo circa quattro anni di trattamento, coloro che hanno effettuato più colloqui hanno una probabilità di essere ancora in cura dell'85%, contro poco più del 30% osservato tra chi ha avuto una densità prestazionale inferiore alla media.

Similmente, una maggiore densità di interventi socio-educativi e di attività di sostegno svolte telefonicamente è associata a esiti positivi. In particolare, dopo quasi quattro anni di trattamento, coloro che hanno ricevuto assistenza telefonica hanno una probabilità dell'85% di essere ancora in trattamento, mentre coloro che hanno ricevuto un numero maggiore di interventi socio-educativi mostrano una percentuale di poco inferiore, contro rispettivamente il 50% e il 55%.

Gli utenti con una densità di visite superiore alla media, dopo tre anni di presa in carico, mostrano una probabilità dell'80% di essere ancora in trattamento o di aver concluso positivamente, contro il 40-50% osservato tra chi ha una densità inferiore.

Differentemente, somministrazione di farmaci e visite mediche non sembrano avere un'influenza particolarmente rilevante per il buon esito trattamentale.

Analisi di sopravvivenza (Kaplan-Meier) esito interruzione del trattamento, tra pazienti in carico per dipendenza da alcol allo SMI, suddivisi in gruppi in base alla densità prestazionale



Fonte: Elaborazioni su dati estratti dal gestionale GeDi

Come già anticipato per i pazienti in carico per dipendenza da sostanze, le analisi che seguono hanno considerato esclusivamente, come ultimi esiti trattamentali, quelli positivi, negativi e le prese in carico ancora in essere al termine del 2023: delle 248 persone considerate sinora, nei modelli successivi, se ne comprendono 217.

Controllando singolarmente ogni tipologia di prestazione per numero di prese in carico, età di ingresso e numero di sostanze assunte, tutte le prestazioni erogate all'interno del servizio, a eccezione della somministrazione di farmaci e vaccini, risultano avere una certa efficacia, diminuendo la probabilità di un esito negativo del trattamento, seppur senza mostrare coefficienti particolarmente elevati.

Modelli di regressione di Cox per l'analisi dell'ultimo esito terapeutico tra i pazienti in carico per dipendenza da alcol allo SMI: stime dei parametri, significatività e intervalli di confidenza al 95%¹²

	Hazard Ratio (IC 95%)
Relazioni sul caso, prescrizioni e certificazioni	0,950*(0,903-0,999)
Visite	0,961*(0,940-0,982)
Colloqui di assistenza	0,960*(0,943-0,977)
Esami e procedure cliniche	0,974*(0,954-0,994)
Somministrazione farmaci e vaccini	0,984(0,955-1,014)
Interventi socio/educativi	0,936*(0,887-0,988)
Test psicologici	0,511*(0,306-0,853)
Attività telefonica	0,929*(0,890-0,971)

* associazioni statisticamente significative

Fonte: Elaborazioni su dati estratti dal gestionale GeDi

Nell'analisi complessiva, quella che tiene in considerazione contemporaneamente tutti i fattori e le prestazioni risultate statisticamente significative, l'erogazione di colloqui di assistenza

risulta un fattore protettivo aumentando la probabilità di esitare positivamente il percorso di cura.

Modello di regressione di Cox per l'analisi dell'ultimo esito terapeutico tra i pazienti in carico per dipendenza da alcol allo SMI: stime dei parametri, significatività e intervalli di confidenza al 95%

	Hazard Ratio (IC 95%)
N° di prese in carico	0,893(0,588-1,356)
Età all'ingresso	0,995(0,972-1,019)
Numero di sostanze	1,181(0,892-1,564)
Relazioni sul caso, prescrizioni e certificazioni	0,988(0,937-1,042)
Visite	1,006(0,964-1,049)
Colloqui di assistenza	0,972*(0,947-0,997)
Esami e procedure cliniche	0,989(0,956-1,023)
Interventi socio/educativi	0,995(0,940-1,053)
Test psicologici	0,596(0,345-1,03)
Attività telefonica	0,958(0,911-1,007)

* associazioni statisticamente significative

Fonte: Elaborazioni su dati estratti dal gestionale GeDi

¹² Le analisi sono controllate per numero di prese in carico, età di ingresso e numero di sostanze assunte



L'outcome del trattamento è stato inoltre valutato suddividendo gli utenti in base al loro punteggio multifattoriale di complessità diagnostica [vedi nel capitolo 2 Parte II "Il progetto VALUT-AZIONE: la metodologia"] ma non risultano significatività particolari: solo tra coloro che hanno un punteggio

basso, l'aver ricevuto un maggiore supporto telefonico risulta un fattore associato negativamente rispetto al decesso, all'allontanamento o all'abbandono del programma terapeutico.

Modello di regressione di Cox per l'analisi dell'ultimo esito terapeutico tra i pazienti in carico per dipendenza da alcol allo SMI in base al punteggio multifattoriale di complessità diagnostica: stime dei parametri, significatività e intervalli di confidenza al 95%

	HR complessità diagnostica <u>bassa</u>	HR complessità diagnostica <u>media</u>	HR complessità diagnostica <u>alta</u>
N° di prese in carico	-	0,863*(0,401-1,856)	1,257(0,556-2,842)
Età all'ingresso	1,005(0,957-1,054)	0,954(0,912-0,999)	1,088(0,966-1,226)
Numero di sostanze	-	0,522(0,221-1,232)	0,773(0,361-1,655)
Relazioni sul caso, prescrizioni e certificazioni	0,945(0,711-1,257)	0,934(0,825-1,057)	0,954(0,797-1,142)
Visite	0,934(0,819-1,066)	0,971(0,881-1,069)	1,069(0,931-1,229)
Colloqui di assistenza	1,009(0,919-1,107)	0,988(0,936-1,042)	0,945(0,86-1,037)
Esami e procedure cliniche	1,014(0,906-1,134)	1,006(0,944-1,072)	0,974(0,859-1,105)
Interventi socio/educativi	0,648(0,265-1,587)	1,024(0,958-1,094)	0,874(0,709-1,078)
Test psicologici	0,452(0,118-1,729)	0,501(0,171-1,471)	0,734(0,343-1,572)
Attività telefonica	0,453*(0,213-0,961)	0,895(0,789-1,015)	0,876(0,747-1,027)

* associazioni statisticamente significative

Fonte: Elaborazioni su dati estratti dal gestionale GeDi

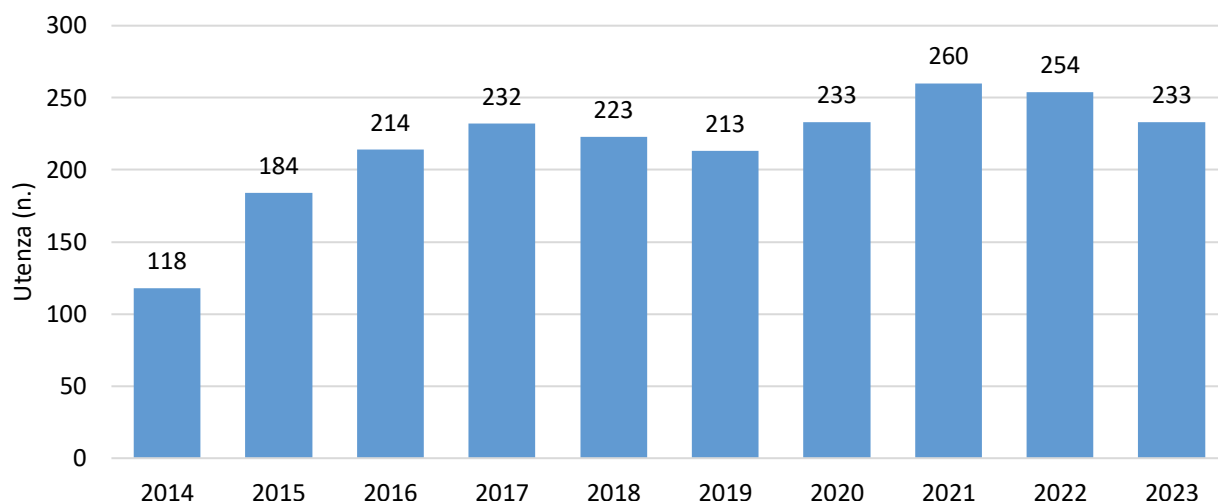
PARTE IV – Le Comunità Residenziali

Capitolo 1: L'utenza in cura presso le Comunità Residenziali

Considerando gli anni di attività dal 2014 al 2023, l'utenza in carico alle Comunità residenziali ha raggiunto nel 2021 il picco massimo con 260 persone in cura nelle strutture e una media di 216

utenti in cura ogni anno. Il trend risulta tendenzialmente in crescita sino al 2021, anno dopo il quale è tendenzialmente in lieve flessione

Numero soggetti in carico alle Comunità Residenziali

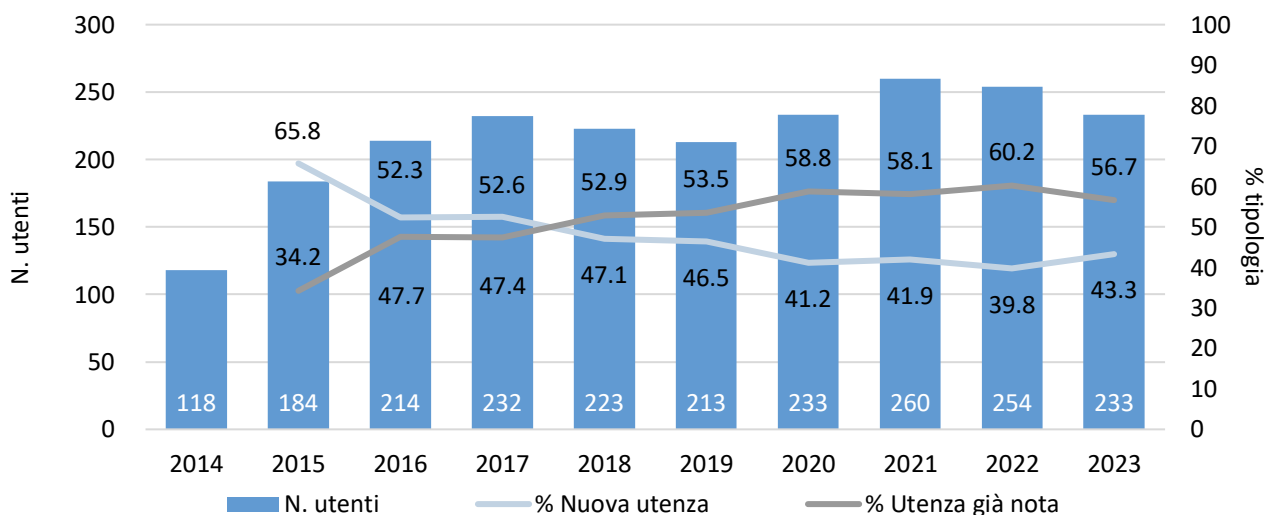


Fonte: Elaborazioni su dati estratti dal gestionale GeDi. Anni 2014-2023

Sino al 2017, a partire dal 2015, la tipologia prevalente era la nuova utenza; negli ultimi 6 anni la maggior parte dei soggetti in cura prosegue il trattamento dall'anno precedente (utenti già noti

ai servizi) raggiungendo il valore massimo nel 2022 (60%).

Numero soggetti in carico nelle Comunità Residenziali e distribuzione percentuale per tipologia di utenza



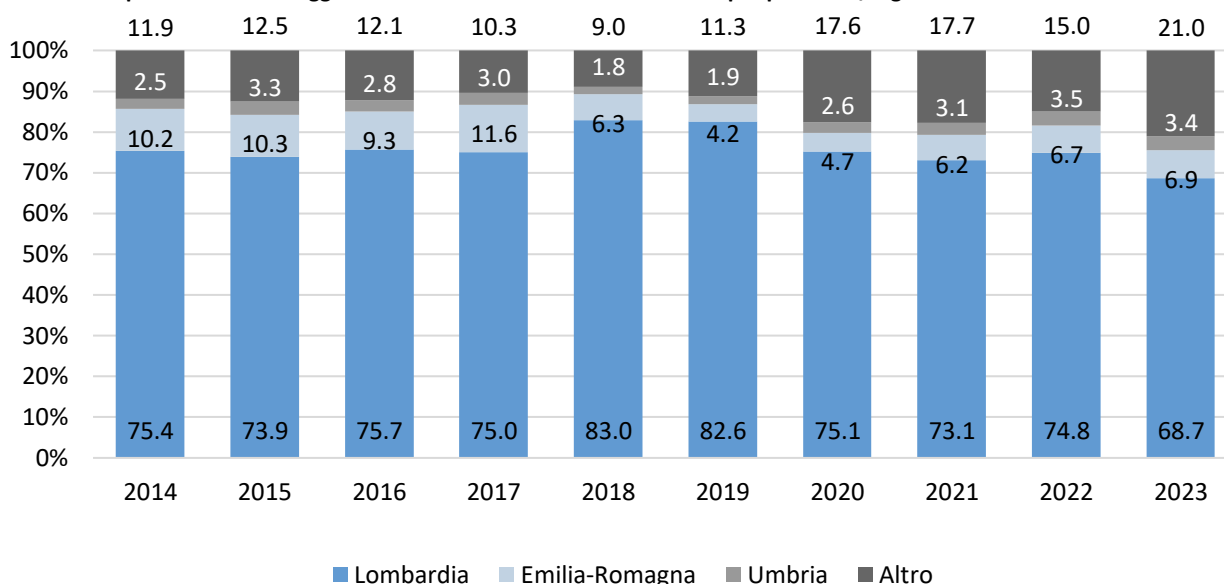
Fonte: Elaborazioni su dati estratti dal gestionale GeDi. Anni 2014-2023

Nel corso degli anni, in media 3/4 dell'utenza in cura presso le strutture residenziali risiede nella regione Lombardia, quasi l'8% in Emilia Romagna, circa il 3% in Umbria e il 14% in altre regioni del Paese.

La residenza dell'utenza sicuramente risente della dislocazione delle strutture della Cooperativa

Famiglia Nuova all'interno del territorio nazionale. A partire dal 2018 si osserva però una diminuzione dell'utenza lombarda a favore di persone residenti in altre regioni evidenziando una maggior attrattività dei servizi, indipendente dalla loro ubicazione.

Distribuzione percentuale dei soggetti in carico alle Comunità Residenziali per provincia/regione di residenza

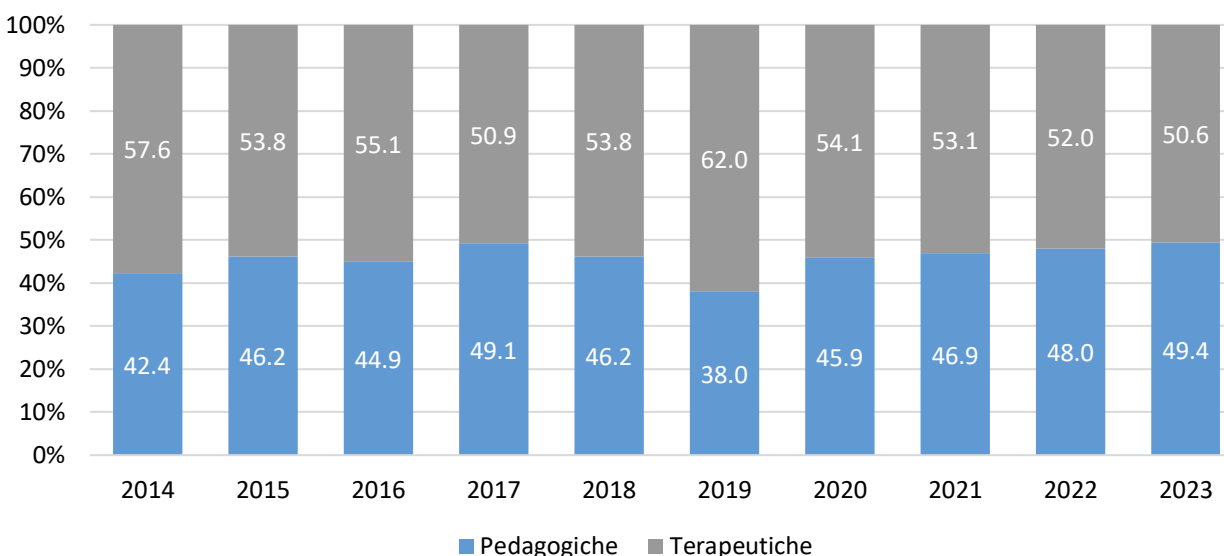


Fonte: Elaborazioni su dati estratti dal gestionale GeDi. Anni 2014-2023

L'utenza si distribuisce abbastanza equamente nelle due tipologie di strutture della Cooperativa: in media il 54% nelle strutture terapeutiche (con la punta massima del 62% nel 2019) e il 46% in

quelle pedagogiche (che sfiorano il 50% dell'utenza totale trattata nell'ultimo anno considerato nell'analisi).

Distribuzione percentuale dei soggetti in carico alle Comunità Residenziali per tipologia di struttura



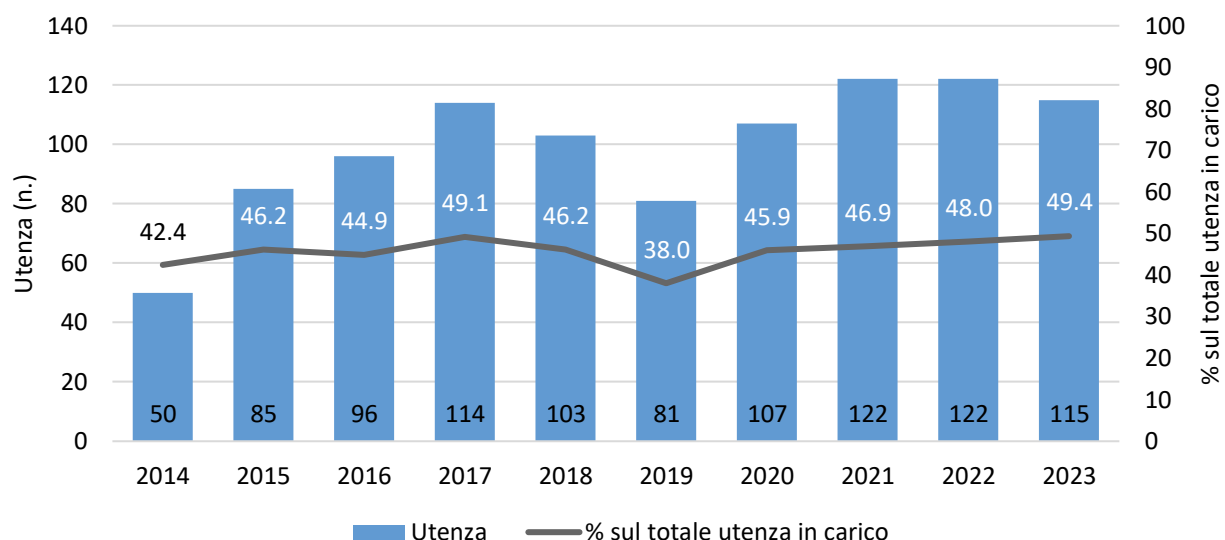
Fonte: Elaborazioni su dati estratti dal gestionale GeDi. Anni 2014-2023

Considerando gli utenti alla fine di ciascun anno solare emerge come il numero medio di assistiti nelle Comunità di tipo Pedagogico-riabilitativo sia risultato variabile: cresce nei primi anni di osservazione dai 50 soggetti del 2014 ai 114 nel 2017, per poi diminuire fino al 2019, anno nel quale si registra il minor numero di ospiti (81 soggetti) e tornare a salire raggiungendo, nel

Numero soggetti in cura alle Comunità Pedagogico-riabilitative e percentuale sul totale dell'utenza in carico alle Comunità

biennio 2021-2022, il numero massimo di ospiti (122 persone).

Più stabile negli anni la proporzione di soggetti in carico a questa tipologia di struttura sul totale degli ospiti nelle comunità della Cooperativa che si attesta attorno al 46%, a eccezione del 2019 quando la percentuale scende al 38%).

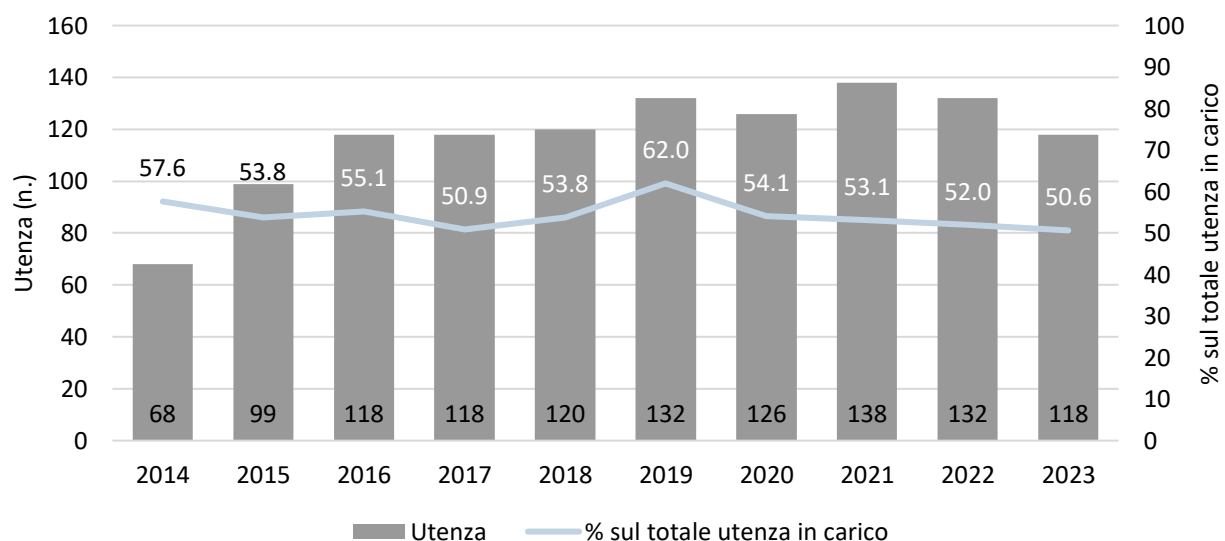


Fonte: Elaborazioni su dati estratti dal gestionale GeDi. Anni 2014-2023

Dal 2016 sono mediamente stabili attorno alle 125 unità i soggetti in cura negli anni nelle strutture terapeutico-riabilitative: nel 2021 è registrato il numero massimo di utenti pari a 138 soggetti.

A eccezione del picco del 2019, stabile attorno al 53% la proporzione di soggetti in carico a questa tipologia di struttura sul totale degli ospiti nelle comunità della Cooperativa.

Numero soggetti in cura alle Comunità Terapeutico-riabilitative e percentuale sul totale dell'utenza in carico alle Comunità



Fonte: Elaborazioni su dati estratti dal gestionale GeDi. Anni 2013-2023

1.1: Le prese in carico per dipendenza delle Comunità Residenziali

Nelle Comunità Residenziali, tra il 2014 e il 2023, sono state attivate **1.306** prese in carico relative a 1.084 pazienti.

Poco meno di un terzo delle prese in carico è terminato con un esito positivo (31%) mentre il

48% ha avuto un esito negativo quale abbandono, allontanamento o decesso. Quasi il 10% delle prese in carico risulta ancora attivo al termine del 2023 e il 5,7% ha esitato in un trasferimento.

Caratteristiche delle prese in carico per dipendenza nelle Comunità Residenziali

N. prese in carico		1.306
Motivo di dimissione (%)	Fine Trattamento/Monitoraggio	31,2
	Abbandono	42,0
	Allontanamento	5,3
	Decesso	0,3
	Trasferimento	5,7
	Altri	5,7
	In Trattamento	9,9

Fonte: Elaborazioni su dati estratti dal gestionale GeDi. Anni 2014-2023

Le prese in carico hanno una durata media di 251 giorni: la permanenza nelle strutture varia da un solo giorno sino a 6 anni.

Tutte le prestazioni hanno densità medie mensili molto basse, quelle più erogate sono quelle relative ai colloqui e alle visite: entrambe risultano avere comunque una densità mensile molto bassa ma una variabilità elevata che le porta dal non essere erogate, al verificarsi sino a 4 volte al mese.

Le altre tipologie di prestazioni hanno densità ancora inferiori e intervalli meno variabili a eccezione della voce "altro" che nonostante la densità bassa, arriva sino a 2 erogazioni/mese.

Media durata e densità prestazionali mensili delle prese in carico per dipendenza nelle Comunità Residenziali

Giorni di presa in carico (gg)		251 [Min.1; Max.2.250; D.S.287,71]
Densità prestazionale mensile (n. prestazioni/30 gg)	Relazioni sul caso, prescrizioni e certificazioni	0,003 [Min.0; Max.0,37; D.S.0,02]
	Visite	0,08 [Min.0; Max.4,40; D.S.0,34]
	Colloqui di assistenza	0,15 [Min.0; Max.3,10; D.S.0,35]
	Esami e procedure cliniche	0,001 [Min.0; Max.0,20; D.S.0,01]
	Somministrazione farmaci e vaccini	0,01 [Min.0; Max.0,83; D.S.0,07]
	Altro	0,03 [Min.0; Max.2,10; D.S.0,10]

Fonte: Elaborazioni su dati estratti dal gestionale GeDi. Anni 2014-2023

1.2: Valutazione degli outcome delle prese in carico

Il dato che emerge dall'analisi delle prese in carico, al netto delle caratteristiche individuali dei pazienti, indica la densità dei colloqui assistenziali e delle visite come fortemente prognostica di un buon esito trattamentale.

Relativamente ai fattori individuali i pazienti che cominciano in età più adulta il percorso trattamentale sembrano essere quelli che, con maggiore probabilità, lo concluderanno positivamente.

Modello di regressione di Cox per l'analisi dell'esito terapeutico di ciascuna presa in carico tra i pazienti in trattamento nelle Comunità Residenziali: stime dei parametri, significatività e intervalli di confidenza al 95% tra i pazienti di genere maschile

	Hazard Ratio (IC 95%)
Numero di sostanze	1,017(0,675-1,535)
Numero di diagnosi di abuso/dipendenza	1,062(0,975-1,157)
Età all'ingresso	0,978*(0,969-0,986)
Consumo di Cannabis	1,209(0,721-2,028)
Consumo di Oppiacei/oppioidi	0,866(0,504-1,489)
Consumo di Cocaina	0,982(0,583-1,652)
Numero di prestazioni ricevute	
Relazioni sul caso, prescrizioni e certificazioni	0,869(0,693-1,090)
Visite	0,971*(0,955-0,987)
Colloqui di assistenza	0,960*(0,946-0,975)
Esami e procedure cliniche	0,690(0,384-1,241)
Somministrazione farmaci e vaccini	1,015(0,965-1,066)
Altro	0,962(0,900-1,029)

* associazioni statisticamente significative

Fonte: Elaborazioni su dati estratti dal gestionale GeDi

1.3: Le persone in cura presso le Comunità Residenziali

Le 1.084 persone incluse nell'analisi¹³ relativa alla valutazione degli outcome trattamentali per i percorsi di cura per dipendenza da sostanze psicoattive illegali o da alcol presso le Comunità Residenziali nel periodo dal 2014 al 2023, sono per la quasi totalità di genere maschile (98%).

Il 13% dell'utenza, al termine del 2023, era ancora inserita in Comunità; il 50%, come ultimo esito trattamentale nel periodo d'osservazione, ha avuto un esito negativo, il 33% positivo e il 3,8% è stato trasferito.

¹³ Le condizioni sociodemografiche quali il titolo di studio, lo stato civile e, soprattutto, la posizione occupazionale sono presenti per una

quota minima delle persone (rispettivamente sono presenti le informazioni per il 53%, 60% e 41%) di conseguenza poco rappresentative dell'intero campione.

1.3.1: Pazienti in trattamento

I pazienti al termine del 2023 ancora inseriti in Comunità erano 134, per il 97% di genere maschile. La maggior parte dei pazienti è arrivata in Comunità inviata da altri Servizi socio-sanitari (69%, prevalentemente da SerD: 57%) e oltre un quinto sono stati inviati dal carcere (22%); la totalità al suo arrivo era già conosciuta al Servizio. La maggior parte ha conseguito la licenza media inferiore (71%) è celibe o nubile (68%) e disoccupata (85%). L'età media all'ingresso era di 41 anni.

Le sostanze più diffuse sono cocaina (58%), alcol (30%) e oppiacei (24%); un terzo è poliutilizzatore e nel 23% dei casi è presente il comportamento iniettivo. L'età all'ingresso è mediamente attorno ai 41 anni, l'età minima è di 22 anni e la massima di 63.

L'86% dei pazienti ha almeno una diagnosi di dipendenza da sostanza e il 24% almeno una diagnosi di abuso. La maggioranza dell'utenza ha un numero basso di diagnosi (44%) e il 21% massimo.

Caratteristiche dei pazienti in trattamento

Caratteristiche dei pazienti in trattamento		
Età media all'ingresso (aa)		41 [Min.22; Max.63; D.S.10,01]
Genere (%)	Maschi	97,0
	Femmine	3,0
Titolo di studio (%)	Elementari/medie inferiori	71,1
	Medie superiori/professionali	28,9
	Laurea/post laurea	0,0
Stato civile (%)	Celibe/nubile	66,7
	Coniugato/convivente	10,5
	Separato/divorziato/vedovo	22,8
Stato Occupazionale (%)	Occupato	0,0
	Disoccupato	85,1
	Economicamente Inattivo	14,9
Modalità accesso (%)	Servizi socio-sanitari (di cui SerD)	68,7 (56,7)
	Carcere	22,4
	Altro	9,0
Tipologia di utenza (%)	Nuovi utenti	100,0
	Utenti già noti	0,0
Sostanze utilizzate (%)	Oppiacei	23,9
	Cocaina	57,5
	Cannabinoidi	17,2
	Altre sostanze illegali	26,1
	Alcol	29,9
Anni di esposizione alle sostanze (%)	1-7 anni	3,3
	8-14 anni	16,7
	15-21 anni	18,3
	>21 anni	61,7
Sostanze utilizzate (%)	1 Sostanza	67,2
	2 Sostanze	17,9
	>2 Sostanze	14,9
Comportamento iniettivo (%)	Presente	23,3
Diagnosi tossicologiche (%)	Abuso di sostanza	23,8
	Dipendenza da sostanza	85,7
Numero diagnosi in classi (%)	Numero di diagnosi minimo	13,3
	Numero di diagnosi basso	43,8
	Numero di diagnosi medio	2,9
	Numero di diagnosi alto	19,0
	Numero di diagnosi massimo	21,0

Fonte: Elaborazioni su dati estratti dal gestionale GeDi. Anni 2014-2023

Per il 72% dell'utenza la presa in carico ancora in corso al termine del 2023 è anche l'unica presa in carico nel periodo considerato; quasi il 10% ha avuto esiti negativi precedentemente e il 14% aveva concluso positivamente un precedente percorso di cura. La presenza nelle Strutture è durata in media 17

mesi con una variabilità da 10 giorni a quasi 8 anni.

Le prestazioni erogate con maggiore frequenza sono quelle relative ai colloqui di assistenza (1 a settimana) e le visite (2 al mese) che arrivano sino a 4 prestazioni al mese.

Distribuzione percentuale delle caratteristiche trattamentali dei pazienti in trattamento

Prese in carico (%)	1 presa in carico	71,6
	2 prese in carico	21,6
	>2 prese in carico	6,7
Giorni effettivi di presa in carico (gg)		499 [Min.10; Max.2.909; D.S.465,26]
Esiti positivi pregressi (%)	Nessun esito positivo	85,8
	1 esito positivo	12,7
	>1 esito positivo	1,5
Esiti negativi pregressi (%)	Nessun esito negativo	90,3
	1 esito negativo	7,5
	>1 esito negativo	2,2
Densità prestazionale mensile (n. prestazioni/30 gg)	Relazioni sul caso, prescrizioni e certificazioni	0,00
	Visite	0,27
	Colloqui di assistenza	0,41
	Esami e procedure cliniche	0,002
	Somministrazione farmaci e vaccini	0,02
	Altro	0,07

Fonte: Elaborazioni su dati estratti dal gestionale GeDi. Anni 2014-2023

1.3.2: Pazienti che hanno concluso il percorso con esito positivo

I pazienti che hanno concluso positivamente il loro percorso nelle Comunità sono stati 338, il 97% dei quali di genere maschile e il 98% utenti già noti alle strutture. La maggior parte dei pazienti ha iniziato la presa in carico arrivando inviata da altri Servizi (circa il 65% da SerD), il 17% è giunta volontariamente in Comunità e il 13% arrivava dal carcere. All'ingresso l'utenza aveva in media circa 41 anni; la maggior parte ha conseguito la licenza media inferiore (71%), è celibe o nubile (66%) e disoccupata (81%).

Le sostanze più utilizzate da queste persone sono cocaina (57%), alcol e oppiacei (rispettivamente 32% e 30% dell'utenza) e oltre un terzo risulta essere poliutilizzatore (35%). L'assunzione per via iniettiva è riferita al 13% dell'utenza.

Il 96% dei pazienti ha almeno una diagnosi di dipendenza da sostanza e il 12% ha una diagnosi di abuso. La maggioranza dell'utenza ha un numero basso o minimo di diagnosi (64%) e quasi un terzo alto o massimo (31%)

Caratteristiche dei pazienti che hanno concluso il percorso con esito positivo

Età media all'ingresso (aa)			41 [Min.19; Max.71; D.S.10,24]
Genere (%)	Maschi		97,3
	Femmine		2,7
Titolo di studio (%)	Elementari/medie inferiori		71,3
	Medie superiori/professionali		23,8
	Laurea/post laurea		3,5
Stato civile (%)	Celibe/nubile		66,4
	Coniugato/convivente		18,5
	Separato/divorziato/vedovo		15,1
Stato Occupazionale (%)	Occupato		3,0
	Disoccupato		81,1
	Economicamente Inattivo		16,0
Modalità accesso (%)	Servizi socio-sanitari (di cui SerD)		68,9 (64,5)
	Carcere		13,3
	Altro (di cui Volontario)		17,5 (16,6)
Tipologia di utenza (%)	Nuovi utenti		99,7
	Utenti già noti		0,3
Sostanze utilizzate (%)	Opiacei		29,6
	Cocaina		56,8
	Cannabinoidi		18,9
	Altre sostanze illegali		21,9
	Alcol		32,2
Anni di esposizione alle sostanze (%)	1-7 anni		5,3
	8-14 anni		15,8
	15-21 anni		15,8
	>21 anni		63,2
Sostanze utilizzate (%)	1 Sostanza		65,4
	2 Sostanze		18,9
	>2 Sostanze		15,7
Comportamento iniettivo (%)	Presente		12,8
Diagnosi tossicologiche (%)	Abuso di sostanza		11,6
	Dipendenza da sostanza		96,0
Numero diagnosi in classi (%)	Numero di diagnosi minimo		3,6
	Numero di diagnosi basso		60,7
	Numero di diagnosi medio		4,4
	Numero di diagnosi alto		19,6
	Numero di diagnosi massimo		11,6

Fonte: Elaborazioni su dati estratti dal gestionale GeDi. Anni 2014-2023

Per l'83% dell'utenza che ha terminato positivamente il percorso di cura, quella analizzata è stata l'unica presa in carico nel periodo considerato, mentre il restante 17% ne ha avuta almeno un'altra nelle Comunità afferenti alla Cooperativa. Le precedenti prese in carico hanno esitato positivamente per il 9% dei pazienti e per il 6% negativamente; mediamente la permanenza all'interno delle Strutture è durata

15 mesi, con una variabilità da circa 1 settimana a oltre 6 anni.

Le prestazioni maggiormente erogate sono i colloqui (circa uno ogni 10 giorni) e le visite; queste tipologie di prestazione arrivano a frequenze sino rispettivamente a circa 6 e 4 al mese.

Caratteristiche trattamentali dei pazienti che hanno concluso il percorso con esito positivo

Prese in carico (%)	1 presa in carico	83,1
	2 prese in carico	14,2
	>2 prese in carico	2,7
Giorni effettivi di presa in carico (gg)		450 [Min.6; Max.2.443; D.S. 384,24]
Esiti positivi pregressi (%)	Nessun esito positivo	91,1
	1 esito positivo	8,0
	>1 esito positivo	0,9
Esiti negativi pregressi (%)	Nessun esito negativo	94,1
	1 esito negativo	5,6
	>1 esito negativo	0,3
Densità prestazionale mensile (n. prestazioni/30 gg)	Relazioni sul caso, prescrizioni e certificazioni	0,01
	Visite	0,12
	Colloqui di assistenza	0,29
	Esami e procedure cliniche	0,003
	Somministrazione farmaci e vaccini	0,02
	Altro	0,05

Fonte: Elaborazioni su dati estratti dal gestionale GeDi. Anni 2014-2023

1.3.3: Pazienti che hanno concluso il percorso con esito negativo

Sono 509 i pazienti che hanno concluso il proprio percorso in Comunità con un esito negativo, il 98% di genere maschile e la totalità già nota alle strutture. Il 78% è arrivato in Comunità inviato da altri Servizi socio-sanitari (di cui SerD: 74%) e il 15% volontariamente; in questo gruppo di pazienti, l'invio da parte del carcere rappresenta il 5,7%. L'età media all'ingresso era di 38 anni; la maggior parte aveva conseguito la licenza media inferiore (67%) era celibe o nubile (66%) e disoccupato (83%).

Le sostanze più diffuse sono cocaina (49%), alcol e oppiacei (entrambe 29%). Il 29% dell'utenza è poliutizzatore e il 15% utilizzava per via endovenosa.

Il 95% dei pazienti ha almeno una diagnosi di dipendenza da sostanza e il 13% ha una diagnosi di abuso. La maggioranza dell'utenza ha un numero di diagnosi basso (63%) e oltre un quarto medio o massimo.

Caratteristiche dei pazienti che hanno concluso il percorso con esito negativo

Caratteristiche dei pazienti che hanno concluso il percorso con esito negativo		
Età media all'ingresso (aa)		38 [Min.18; Max.66; D.S.9,71]
Genere (%)	Maschi	98,0
	Femmine	2,0
Titolo di studio (%)	Elementari/medie inferiori	70,9
	Medie superiori/professionali	25,9
	Laurea/post laurea	3,2
Stato civile (%)	Celibe/nubile	67,0
	Coniugato/convivente	14,9
	Separato/divorziato/vedovo	18,1
Stato Occupazionale (%)	Occupato	2,2
	Disoccupato	83,0
	Economicamente Inattivo	14,8
Modalità accesso (%)	Servizi socio-sanitari (di cui SerD)	78,4 (73,9)
	Carcere	5,7
	Altro (di cui Volontario)	15,9 (14,9)
Tipologia di utenza (%)	Nuovi utenti	0,0
	Utenti già noti	100,0
Sostanze utilizzate (%)	Oppiacei	29,3
	Cocaina	48,5
	Cannabinoidi	12,8
	Altre sostanze illegali	23,8
	Alcol	28,7
Anni di esposizione alle sostanze (%)	1-7 anni	14,6
	8-14 anni	17,5
	15-21 anni	21,9
	>21 anni	46,0
Sostanze utilizzate (%)	1 Sostanza	71,1
	2 Sostanze	19,4
	>2 Sostanze	9,4
Comportamento iniettivo (%)	Presente	15,2
Diagnosi tossicologiche (%)	Abuso di sostanza	12,8
	Dipendenza da sostanza	95,2
Numero diagnosi in classi (%)	Numero di diagnosi minimo	3,8
	Numero di diagnosi basso	62,9
	Numero di diagnosi medio	4,8
	Numero di diagnosi alto	19,3
	Numero di diagnosi massimo	9,3

Fonte: Elaborazioni su dati estratti dal gestionale GeDi. Anni 2014-2023

L'83% dell'utenza che ha terminato con esito negativo il proprio percorso di cura, era alla prima presa in carico presso le Comunità afferenti alla Cooperativa, il restante 17% ne aveva avuta almeno un'altra. Considerando le prese in carico precedenti, per il 4,5% dei pazienti si erano concluse positivamente e per il 12% invece negativamente. Mediamente l'utenza è rimasta nelle Strutture circa 5 mesi e mezzo, con un'elevata variabilità da 1 giorno a 5 anni.

Tutte le prestazioni sono erogate con una frequenza estremamente bassa non arrivando nessuna a coprire nemmeno una prestazione al mese.

Caratteristiche trattamentali dei pazienti che hanno concluso il percorso con esito negativo

Prese in carico (%)	1 presa in carico	83,1
	2 prese in carico	13,2
	>2 prese in carico	3,7
Giorni effettivi di presa in carico (gg)		166 [Min.1; Max.1.841; D.S.210,55]
Esiti positivi pregressi (%)	Nessun esito positivo	95,5
	1 esito positivo	4,1
	>1 esito positivo	0,4
Esiti negativi pregressi (%)	Nessun esito negativo	88,2
	1 esito negativo	10,0
	>1 esito negativo	1,8
Densità prestazionale mensile (%)	Relazioni sul caso, prescrizioni e certificazioni	0,002
	Visite	0,05
	Colloqui di assistenza	0,11
	Esami e procedure cliniche	0,001
	Somministrazione farmaci e vaccini	0,01
	Altro	0,02

Fonte: Elaborazioni su dati estratti dal gestionale GeDi. Anni 2014-2023

1.3.4: Pazienti che hanno concluso il percorso con un trasferimento

Sono 39 i pazienti che sono stati trasferiti ad altri Servizi al termine del proprio percorso in Comunità, il 92% di genere maschile e la totalità già nota alle strutture. L'87% è arrivato in Comunità inviato da altri Servizi socio-sanitari (di cui SerD: 80%), il 7,7% è stato inviato dal carcere e il 51% è giunto volontariamente. L'età media all'ingresso era di 41 anni; la maggior parte aveva conseguito la licenza media inferiore (72%) era celibe o nubile (50%) e disoccupata (90%).

Le sostanze più diffuse sono cocaina (54%), altre sostanze psicoattive (26%) e alcol (18%). Il 7,7% dell'utenza è poliutilizzatore e nessuno riferiva uso endovenoso.

Il 97% dei pazienti ha almeno una diagnosi di dipendenza da sostanza e il 6,9% ha una diagnosi di abuso. La maggioranza dell'utenza ha un numero di diagnosi basso (86%).

Caratteristiche dei pazienti che hanno concluso il percorso con un trasferimento

Caratteristiche dei pazienti che hanno concluso il percorso con un trasferimento		
Età media all'ingresso (aa)		41 [Min.21; Max.62; D.S.9,59]
Genere (%)	Maschi	92,3
	Femmine	7,7
Titolo di studio (%)	Elementari/medie inferiori	72,0
	Medie superiori/professionali	24,0
	Laurea/post laurea	0,0
Stato civile (%)	Celibe/nubile	50,0
	Coniugato/convivente	25,0
	Separato/divorziato/vedovo	25,0
Stato Occupazionale (%)	Occupato	5,0
	Disoccupato	90,0
	Economicamente Inattivo	5,0
Modalità accesso (%)	Servizi socio-sanitari (di cui SerD)	87,2 (79,5)
	Carcere	7,7
	Altro (tutti Volontario)	5,1
Tipologia di utenza (%)	Nuovi utenti	0,0
	Utenti già noti	100,0
Sostanze utilizzate (%)	Oppiacei	10,3
	Cocaina	53,8
	Cannabinoidi	0,0
	Altre sostanze illegali	25,6
	Alcol	17,9
Anni di esposizione alle sostanze (%)	1-7 anni	0,0
	8-14 anni	0,0
	15-21 anni	100,0
	>21 anni	0,0
Sostanze utilizzate (%)	1 Sostanza	92,3
	2 Sostanze	7,7
	>2 Sostanze	0,0
Comportamento iniettivo (%)	Presente	0,0
Diagnosi tossicologiche (%)	Abuso di sostanza	6,9
	Dipendenza da sostanza	96,6
Numero diagnosi in classi (%)	Numero di diagnosi minimo	3,4
	Numero di diagnosi basso	86,2
	Numero di diagnosi medio	0,0
	Numero di diagnosi alto	3,4
	Numero di diagnosi massimo	6,9

Fonte: Elaborazioni su dati estratti dal gestionale GeDi. Anni 2014-2023

L'80% dell'utenza che ha terminato con un trasferimento il proprio percorso di cura, era alla prima presa in carico presso le Comunità afferenti alla Cooperativa. Il 5,1% dei pazienti riporta prese in carico precedenti concluse positivamente e una pari quota negativamente. Mediamente l'utenza è rimasta nelle Strutture 10 mesi, con una variabilità da 4 giorni a 2 anni.

Per questa tipologia di pazienti, sono state erogate una quantità minima di prestazioni sia in termini di frequenza sia di tipologia.

Caratteristiche trattamentali dei pazienti che hanno concluso il percorso con un trasferimento

Prese in carico (%)	1 presa in carico	79,5
	2 prese in carico	17,9
	>2 prese in carico	2,6
Giorni effettivi di presa in carico (gg)		301 [Min.4; Max.760; D.S.221,39]
Esiti positivi pregressi (%)	Nessun esito positivo	94,9
	1 esito positivo	5,1
	>1 esito positivo	0,0
Esiti negativi pregressi (%)	Nessun esito negativo	94,9
	1 esito negativo	5,1
	>1 esito negativo	0,0
Densità prestazionale mensile (%)	Relazioni sul caso, prescrizioni e certificazioni	0,002
	Visite	0,03
	Colloqui di assistenza	0,03
	Esami e procedure cliniche	0,0
	Somministrazione farmaci e vaccini	0,0
	Altro	0,002

Fonte: Elaborazioni su dati estratti dal gestionale GeDi. Anni 2014-2023

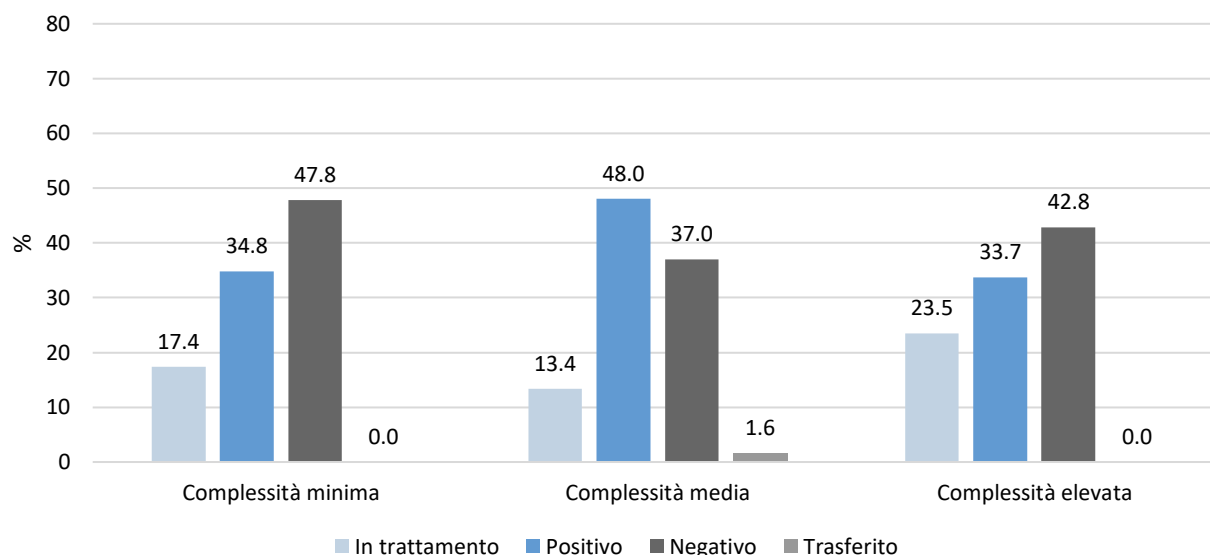
1.4: Complessità diagnostica dei pazienti ed esiti del trattamento

Il 52% dell'utenza in carico alle Comunità ha un punteggio di complessità diagnostica elevata, il 41% media e quasi il 6,9% minima.

Tra i pazienti con un punteggio di gravità elevato si ritrova la maggior parte di coloro che erano ancora

in trattamento al termine del 2023 mentre sono quelli con una gravità media a esitare positivamente. I maggiori esiti negativi si riscontrano tra l'utenza con un profilo di gravità minimo.

Distribuzione percentuale dei pazienti per punteggio di gravità ed esito trattamentale



Fonte: Elaborazioni su dati estratti dal gestionale GeDi. Anni 2014-2023

1.5: Valutazione degli esiti dei percorsi di cura individuali

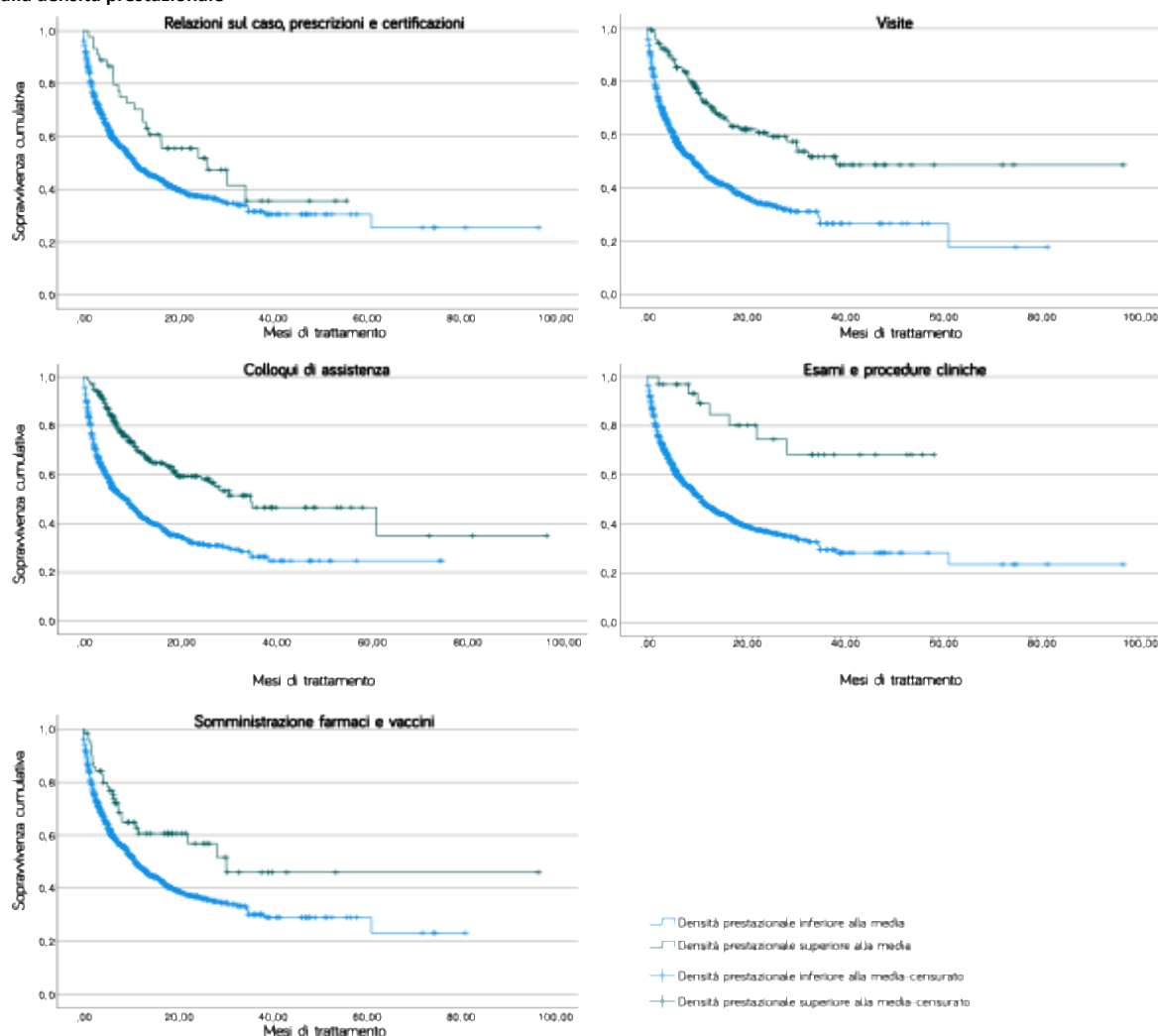
Come per i pazienti in cura presso il Servizio Multidisciplinare Integrato, ora l'analisi terrà in considerazione l'intero percorso trattamentale delle persone in cura alle Comunità Residenziali: la data di inizio della prima presa in carico è stata considerata come l'inizio del percorso e l'esito dell'ultima è stato considerato come esito del trattamento nel complesso.

I risultati mostrano che sono coloro che hanno ricevuto più esami e procedure cliniche a restare più a lungo agganciati al percorso di cura o ad avere un esito trattamentale positivo. In particolare, dopo due anni di trattamento, coloro che hanno ricevuto una densità di prestazioni superiori alla media hanno una probabilità del 75%

di essere ancora in trattamento contro meno del 40% tra chi ha ricevuto una densità inferiore. Anche il numero di visite risulta associato a un esito positivo, con una probabilità del 60% dopo due anni di trattamento contro poco più del 30% tra chi ha avuto un numero inferiore di prestazioni di questo tipo.

Seppur in modo meno marcato, i colloqui di assistenza risultano associati a una maggior permanenza in trattamento o ad avere un esito positivo: dopo quattro anni di trattamento, la probabilità di essere ancora in carico è di poco inferiore al 50% per coloro che hanno una densità di colloqui sopra la media e intorno al 25% per coloro che hanno una densità più bassa.

Analisi di sopravvivenza (Kaplan-Meier) esito interruzione del trattamento, tra pazienti in carico alle Comunità Residenziali, suddivisi in gruppi in base alla densità prestazionale



Fonte: Elaborazioni su dati estratti dal gestionale GeDi

Come già anticipato al termine del primo capitolo relativo alla metodologia, le analisi successive del paragrafo sono state eseguite esclusivamente su 330 pazienti poiché gli unici a riportare nelle tabelle iniziali estratte dal gestionale le informazioni necessarie per l'applicazione dei modelli di analisi.

Controllando per i fattori confondenti quali il numero delle prese in carico, l'età di ingresso, l'assunzione di sostanze per via endovenosa, la tipologia e il numero di sostanze assunte si conferma la relazione forte fra una maggiore densità di esami, visite, colloqui e un esito positivo del trattamento.

Modelli di regressione di Cox per l'analisi dell'ultimo esito terapeutico tra i pazienti in carico alle Comunità Residenziali: stime dei parametri, significatività e intervalli di confidenza al 95%¹⁴

	Hazard Ratio (IC 95%)
Relazioni sul caso, prescrizioni e certificazioni	0,891(0,688-1,156)
Visite	0,971*(0,952-0,99)
Colloqui di assistenza	0,969*(0,957-0,981)
Esami e procedure cliniche	0,419*(0,207-0,848)
Somministrazione farmaci e vaccini	1,002(0,954-1,052)

* associazioni statisticamente significative

Fonte: Elaborazioni su dati estratti dal gestionale GeDi

Considerando contemporaneamente tutti i diversi gruppi prestazionali risultati statisticamente significativi e le variabili di controllo, si osserva che i pazienti che hanno avuto un maggior numero di colloqui di assistenza e di visite hanno maggiori

probabilità di concludere positivamente il percorso trattamentale. Altri fattori associati a un esito positivo del trattamento sono una maggiore età di ingresso e l'uso di cocaina.

Modello di regressione di Cox per l'analisi dell'ultimo esito terapeutico tra i pazienti in carico alle Comunità Residenziali: stime dei parametri, significatività e intervalli di confidenza al 95% tra i pazienti di genere maschile

	Hazard Ratio (IC 95%)
N° di prese in carico	0,826(0,617-1,106)
Età all'ingresso	0,962*(0,946-0,979)
Uso endovenoso	0,815(0,439-1,512)
Numero di sostanze	1,334(0,766-2,322)
Consumo di Cannabis	0,575(0,265-1,246)
Consumo di Oppiacei/oppioidi	0,724(0,317-1,651)
Consumo di Cocaina	0,450*(0,209-0,966)
Consumo di Alcol	0,897(0,424-1,897)
Relazioni sul caso, prescrizioni e certificazioni	0,949(0,728-1,237)
Visite	0,970*(0,954-0,987)
Colloqui di assistenza	0,968*(0,955-0,980)
Esami e procedure cliniche	0,669(0,364-1,230)

* associazioni statisticamente significative

Fonte: Elaborazioni su dati estratti dal gestionale GeDi

¹⁴ Le analisi sono controllate per numero di prese in carico, età di ingresso, assunzione di sostanze per via endovenosa, numero e tipologia di sostanze assunte

Suddividendo gli utenti in base al punteggio multifattoriale di complessità diagnostica emergono le medesime indicazioni: si conferma infatti l'importanza dei colloqui di assistenza e di visite per migliorare l'esito terapeutico del percorso indipendentemente dal punteggio di gravità. Tra i soggetti con una gravità diagnostica media, inoltre, un alto numero di relazioni risulta un fattore associato all'esito negativo.

Oltre alla maggiore età di ingresso, l'uso di cocaina e il numero di prese in carico, che risultano indipendenti dal punteggio multifattoriale di complessità diagnostica, un altro fattore associato a un esito positivo del trattamento riguarda ancora una volta i soggetti a gravità media: l'uso di cannabis.

Modello di regressione di Cox per l'analisi dell'ultimo esito terapeutico tra i pazienti in carico alle Comunità Residenziali in base al punteggio multifattoriale di complessità diagnostica: stime dei parametri, significatività e intervalli di confidenza al 95%

	HR complessità diagnostica <u>media</u>	HR complessità diagnostica <u>alta</u>
N° di prese in carico	0,865(0,355-2,106)	0,561*(0,374-0,843)
Età all'ingresso	0,944*(0,91-0,979)	0,950*(0,922-0,979)
Presenza uso endovenoso	0,367(0,037-3,573)	0,564(0,263-1,206)
Numero di sostanze	4,263(0,864-21,029)	1,288(0,689-2,405)
Consumo di Cannabis	0,099*(0,012-0,818)	0,473(0,184-1,213)
Consumo di Oppiacei/oppioidi	0,282(0,050-1,591)	0,622(0,225-1,719)
Consumo di Cocaina	0,147*(0,022-0,971)	0,299*(0,110-0,811)
Consumo di Alcol	0,211(0,037-1,184)	0,655(0,258-1,661)
Relazioni sul caso, prescrizioni e certificazioni	2,533*(1,293-4,961)	0,879(0,588-1,313)
Visite	0,972*(0,949-0,995)	0,958*(0,926-0,992)
Colloqui di assistenza	0,951*(0,925-0,977)	0,975*(0,959-0,991)
Esami e procedure cliniche	0,725(0,194-2,702)	0,669(0,329-1,358)

* associazioni statisticamente significative

Per il gruppo di utenti con un basso punteggio multifattoriale di complessità diagnostica non è stato possibile eseguire l'analisi a causa della bassa numerosità

Fonte: Elaborazioni su dati estratti dal gestionale GeDi

L'utenza in cura presso TERRA BLU

Il servizio Terra Blu si occupa di prevenzione degli episodi di riacutizzazione, di trattamento e riabilitazione delle patologie da abuso e dipendenza da sostanze legali e illegali e di altre forme di dipendenza problematica.

Si tratta di una unità d'offerta sociosanitaria residenziale a bassa intensità assistenziale rivolta a utenti stabilizzati, anche in trattamento farmacologico sostitutivo ma non in una fase di dipendenza attiva, che propone un programma modulato in una serie specifica di attività e prestazioni finalizzate al raggiungimento del massimo grado di autonomia possibile agendo sugli aspetti sociali e civili.

È rivolta a persone con vissuti di dipendenza problematica che hanno sostenuto pregressi e pluriennali percorsi terapeutici ambulatoriali o residenziali¹⁵, con difficoltà di reinserimento sociale, abitativo, relazionale, la cui anamnesi clinica è contraddistinta da importanti comorbidità.

Il percorso nella nuova unità di offerta non preclude, nei casi dove sia ritenuto opportuno dai servizi ambulatoriali accreditati, il proseguimento di percorsi nei servizi definiti dalla normativa di riferimento (D.G.R. n 12621 – 2003).

Considerando gli anni di attività dal 2014 al 2023, Terra Blu ha accolto 33 persone, tutte di genere maschile, il 58% residente in Lombardia e la restante parte in Emilia-Romagna. La maggior parte ha conseguito la licenza media inferiore (79%) mentre il 21% quella superiore o ha completato un percorso di studio professionalizzante; il 69% è celibe, il 28% separato o divorziato e il 3,4% coniugato o convivente. Per il 59% non è stata rilevata la condizione occupazionale, il 38% era disoccupato e il 3,4% economicamente inattivo. L'età media all'ingresso era di 44 anni.

Per 2 di loro sono stati attivati 2 percorsi nell'arco del tempo considerato, per tutti gli altri si tratta di un unico programma. Esclusi i 2 percorsi della durata di circa 10 giorni erogati ai 2 soggetti per i quali poi sono seguiti percorsi molto più duraturi, mediamente i programmi hanno avuto una durata di 402 giorni: il 24% era ancora in corso al termine del 2023, il 55% ha esitato positivamente, il 15% negativamente e il 6,1% è stato trasferito ad altro servizio.

La maggior parte dei soggetti è arrivata al servizio volontariamente (48%), il 42% è stata inviata da altri Servizi per le dipendenze (27% da SerD e il 15% da SMI); il restante 9% è arrivato attraverso altri canali.

Il 76% dei soggetti era poliabusatore e le sostanze maggiormente diffuse erano cocaina (73%), alcol.

¹⁵ Per pregressi e pluriennali percorsi terapeutici si intendono almeno sette anni nel sistema ambulatoriale o cinque anni in comunità.

Conclusioni oltre le parole

A cura di Maurizio Marchetti Mattioni

Il racconto della dipendenza-tossica

Raccontare attraverso esperienze vissute nel corso di un tempo significativo permette di comporre un mosaico interessante del comportamento patologico di dipendenza. La dipendenza è una caratteristica del comportamento umano che, in presenza di determinati contesti sociali, può determinare un cedimento nella libertà di scelta, portando a comportamenti disfunzionali e contrari al proprio interesse.

Ridurre la dipendenza unicamente a una malattia sarebbe un'idea limitante poiché non consente di delineare l'intero quadro in cui si sviluppa questa dinamica. L'interazione tra il contesto sociale, l'individuo e le sue capacità di esaminare la realtà interna ed esterna contribuisce a delineare il dramma della dipendenza.

Non esiste una singola caratteristica che possa predire in modo chiaro lo sviluppo di una tossicofilia; infatti, la problematica oggi interessa tutte le condizioni sociali e tutte le caratteristiche individuali, coinvolgendo, spesso, anche persone già affette da altre malattie mentali.

Nel presente una condizione pregnante è sicuramente la pressione sociale che regola i consumi in senso generale. L'offerta di ogni tipo di sostanza o di oggetto è diventata così accessibile che persino coloro che, solo dieci anni fa, non disponevano di strumenti personali o sociali per accedervi, ora trovano facile la fruizione.

Nell'attualità le sostanze legali e illegali hanno perso gran parte del loro significato culturale, distintivo di particolari classi sociali o carico di valenze rituali. Sono diventate, infatti, pura merce da consumare: l'offerta e la vendita si sono equiparate ai meccanismi della grande distribuzione. Questo processo ha ridotto la "sostanza" a "prodotto", uniformando l'alterazione che ne deriva a qualsiasi altro effetto legittimo che possa soddisfare i bisogni umani.

Le sostanze o i comportamenti che generano dipendenza, grazie alla loro grande efficacia, riescono a rispondere a una vasta gamma di esigenze, dai bisogni più banali ai più complessi. Questo atteggiamento coinvolge un'ampia platea di individui, caratterizzati da età, generi e contesti sociali diversi, rendendo difficile la previsione scientifica dello sviluppo di una tossicodipendenza.

La testimonianza più evidente dei precursori del consumo si manifesta tra coloro che intraprendono percorsi di cura, portando già con sé una lunga storia di utilizzo. È attraverso le narrazioni dei consumatori che hanno sviluppato una dipendenza che possiamo delineare una sintomatologia legata al comportamento dipendente. Tuttavia, si fa notare l'assenza di una narrazione rispetto a tutte le persone che, pur essendo entrate in contatto con le sostanze, non hanno fatto ricorso ai servizi.

In conclusione: è fondamentale considerare non solo le esperienze di chi ha già affrontato la dipendenza, ma anche, impegnarsi nella costruzione di un discorso informativo che possa prevenire l'insorgere di queste problematiche.

La definizione delle caratteristiche tipiche del consumatore risulta complicata dalla molteplicità delle personalità coinvolte. In particolare, è possibile delineare alcune peculiarità comuni che accompagnano la dipendenza nel comportamento degli individui. Attraverso le narrazioni, emerse nell'ambito dell'attività clinica, si osserva che l'insorgenza di un comportamento dipendente spesso avviene in modo banale, con motivazioni che, in quel preciso momento di vita della persona, non rivestono particolare importanza.

È abbastanza diffusa un'informazione superficiale riguardo al valore tossico delle sostanze ma, questa conoscenza, non influisce sull'inizio del consumo. Le informazioni rudimentali portano a comportamenti superficiali, frequentemente influenzati dalla compagnia in cui ci si trova, con il gruppo che assume un ruolo trainante nelle condotte di consumo.

Inoltre, c'è la possibilità che tali condotte siano conseguenza di situazioni di malessere personale, che nell'uso della sostanza possono trovare un sollievo temporaneo allo stato di disagio che li affligge. Di fatto, il comune denominatore è una sottovalutazione iniziale dell'azione tossicomane poiché il consumatore presuppone di poterla controllare grazie a credenze ingenue.

Dall'altra parte, la società affronta la questione dei consumi sdoganandola da ogni significato morale o rituale che, altrimenti, collocherebbe le sostanze in uno spazio di consuetudini definite. Generalizzando il consumo come un atto fine a se stesso si normalizza l'uso delle sostanze, rendendole simili a qualsiasi altro prodotto destinato a soddisfare dei bisogni, portando così l'accento sulla capacità del consumatore di controllare le proprie scelte, quindi come atto di responsabilità individuale, ma, come già espresso, il fenomeno della dipendenza, sia da sostanze che da comportamenti, si presenta come un complesso intreccio di dinamiche individuali e sociali.

Da un lato, la "coazione a ripetere" rappresenta un meccanismo che intrappola l'individuo in un circolo vizioso, dove la volontà personale viene indebolita dalla potenza della sostanza o del comportamento stesso. Dall'altro, emerge l'influenza del contesto sociale che definisce e categorizza i gruppi, come nel caso dei tossicodipendenti, portando a un'identità collettiva indotta che rinforza comportamenti e percezioni selettive.

La convinzione diffusa tra i tossicodipendenti - "tutti la usano" - serve a ribadire il confine tra il loro mondo e quello esterno, escludendo una visione più ampia delle interazioni sociali. Questa prospettiva ristretta, non solo limita la loro capacità di osservare realtà alternative, ma contribuisce anche alla creazione di un ciclo di pensieri ricorsivi, che chiude ogni possibilità di crescita o cambiamento.

Nei contesti di cura, le storie di dipendenza che emergono, spesso, riflettono traumi e drammi personali, ma raramente affrontano il processo attraverso cui si sviluppa la dipendenza stessa. Nonostante i racconti siano intrisi di tragedia rimangono privi di un'analisi profonda delle cause e dei meccanismi che li determinano.

È importante notare che esiste una sottocategoria di consumatori che, pur utilizzando sostanze, si integra nelle norme sociali e non ha ancora affrontato il peso dello stigma, evitando di accedere ai servizi di cura poiché questo potrebbe segnare una loro identificazione pubblica con il problema.

La varietà delle storie narrate, pur non consentendoci di standardizzare modelli d'intervento applicabili a tutti, invita a focalizzarci sulla singola esperienza, poiché è solo entrando in relazione con l'individuo che possiamo fare la differenza, permettendo ad alcuni di uscire dallo stereotipo e riappropriarsi della libertà di scegliere.

Attualmente il sistema di cura non produce dati significativi in grado di influenzare le statistiche, ma tali interventi rivestono un'importanza cruciale per le singole persone e le loro famiglie.

È nella relazione tra soggetti con le loro storie di vita che avviene il "cambiamento".

L'arte ermeneutica della relazione attraverso il racconto delle storie, è una specificità di chi è coinvolto nella "relazione d'aiuto", indipendentemente dalla professione svolta.

È fondamentale sapersi destreggiare tra gli aspetti intrinseci ed estrinseci del racconto, muovendosi con rispetto verso i valori altrui e con l'intenzione di ampliare la consapevolezza reciproca.

Il racconto della dipendenza tossica assume un ruolo centrale, fungendo da paradigma attorno al quale si sviluppa una decostruzione semantica e una ricostruzione condivisa dei significati del mondo.

Questo processo è essenziale per neutralizzare i comportamenti disfunzionali: riconoscere l'importanza del "discorso" ci invita a riflettere su cosa e come narriamo la nostra visione del mondo.

È attraverso la narrazione che possiamo sfidare e rimodellare le percezioni, contribuendo così a un cambiamento più profondo e consapevole, non solo per chi vive la dipendenza, ma anche per il contesto sociale che lo circonda.

Valut-Azione

La ricerca Valut-Azione rappresenta un'opportunità per il sistema dei servizi socio-sanitari della cooperativa Famiglia Nuova per riflettere su un periodo di evoluzione e cambiamenti del fenomeno delle dipendenze patologiche. La specificità del pensiero di Famiglia Nuova affonda le radici nella pedagogia e si allarga ai paradigmi psicologici, sociali e sanitari. L'insieme del pensiero, espresso attraverso i servizi offerti, può essere interpretato come la filosofia di Famiglia Nuova. Questo pensiero filosofico è in continua evoluzione, influenzato dalla cornice normativa e istituzionale in cui opera e da una società caratterizzata da trasformazioni sempre più rapide, spesso in intervalli quinquennali.

La ricerca consente di delineare in modo chiaro le cornici legislative e i termini precisi in cui è strutturata la cura per le dipendenze, sia in contesti ambulatoriali che residenziali, negli anni analizzati. È importante notare che è attualmente in atto una riforma del sistema, che ad oggi non è ancora stata applicata, e che sarà oggetto di approfondimento nel prossimo futuro. La ricerca, qui citata con il termine "Valut-Azione", si configura come un dizionario che sfida il pensiero a indirizzare l'azione verso nodi di senso, connessi in una rete di costrutti significativi riconosciuti dall'intero sistema socio-sanitario.

Se in passato la narrazione dell'agire educativo ha rappresentato una caratteristica biografica dei fondatori delle strutture, è importante notare come questi abbiano risposto in modo creativo a problematiche per le quali mancavano modelli di cura, dato che i fenomeni di consumo di massa erano una novità. Nel corso del tempo, la strutturazione attorno ad alcuni termini chiave ha facilitato la diffusione tanto del "saper fare" quanto del "come essere" nel saper fare.

Si è assistito a un'evoluzione terminologica: da "comunità" si è transitati a "comunità pedagogica", "comunità terapeutica" e "comunità specialistica". Analogamente, per gli ambulatori si è passati da servizi per le dipendenze a "servizi multidisciplinari integrati". Questa evoluzione dimostra come si sia passati da un significato ampio e a volte vago a una definizione più precisa, orientata verso l'area di intervento in modo più affinato ai bisogni, riproducibile su scala più ampia, come indicato dai modelli della ricerca scientifica.

La pedagogia e la psicologia hanno dovuto integrarsi con il paradigma medico, poiché il sistema socio-sanitario funge da contenitore per l'attività riabilitativa. Questo "meticciamiento" delle discipline scientifiche deve cercare un equilibrio attraverso un proprio linguaggio, in modo da dare senso a un intervento che non si limiti a un solo settore applicativo, ma abbracci l'intero spettro del comportamento umano che si intende trattare.

Pertanto, è fondamentale esplicitare i termini condivisi nella versione dinamica dell'intervento di cura relativo al consumo di sostanze legali e illegali, nonché alle dipendenze immateriali, per conferire un significato scientifico e riconoscibile all'agire. La "cura" non sarà dunque intesa in modo prescrittivo, come una relazione causa-effetto, ma avrà un significato dinamico, volto alla risignificazione della realtà da parte dell'individuo e alla maturazione della consapevolezza di sé all'interno della relazione d'aiuto educativa.

Un altro elemento messo in evidenza dalla ricerca è l'utilizzo della codificazione prestazionale, che, sebbene nelle narrazioni educative possa apparire riduttiva, nell'insieme dell'intervento consente di trovare un punto d'unione valutabile per tutti i professionisti di discipline diverse. Questo approccio rende quantificabile un lavoro che, in passato, non era possibile tradurre in termini quantitativi.

La prestazione è una codifica istituzionale di tipo quantitativo, che, di fatto, apre la possibilità di esplorare la dimensione qualitativa del "come" può essere sviluppata la relazione d'aiuto. È proprio nel "come" che si esplicita la peculiarità della filosofia di Famiglia Nuova, la quale può essere collocata all'interno delle codificazioni istituzionali in una rete di senso identitario che, distaccandosi dal senso comune, assume un significato scientifico.

In generale, la volontà di Famiglia Nuova di guardarsi dentro fino in fondo, senza pregiudizi, risponde alla necessità di rendere il proprio operato libero da giudizi fondati sul senso comune. Se da una parte questi ultimi possono risultare di facile comprensione, dall'altra lasciano spazio a personalismi, spesso non condivisi, o a visioni ideologiche che mancano di un costrutto validato e solido.

Pertanto, il cimentarsi e contaminarsi con il tecnicismo della ricerca scientifica ci permette di compiere un salto nella riflessione sulle pratiche psico-socio-educative. Quando queste pratiche vengono sistematizzate, possono diventare ripetibili e contribuire alla stratificazione dei saperi, fungendo così da cassetta degli attrezzi per tutti gli operatori.

In particolare gli educatori, e gli psicologi con ruolo educativo, che costituiscono la maggioranza dei lavoratori, necessitano di linee guida che possano orientare la loro azione verso un'adeguatezza sia in ambito istituzionale che valoriale, in relazione al mandato dell'organizzazione stessa. Negli anni, quest'ultima ha costruito una solida ossatura di principi guida all'interno del contesto sociale in cui si esplicano i Servizi.

La forma cooperativistica dell'organizzazione rappresenta già di per sé un segno significativo riguardo al modo di operare all'interno del contesto sociale. È quindi dovere dei lavoratori e dei soci lavoratori garantire che la cooperativa incarni effettivamente i valori di ispirazione, e non solo a livello formale e burocratico.

Il mondo delle dipendenze patologiche ha subito negli anni una stigmatizzazione generalizzata, dovuta a molteplici fattori diversi e distanti tra loro, difficilmente riconducibili a un sapere organico unico e di facile codifica. In un contesto sociale in cui il consumatore è ricondotto a costrutti di valore morale, il portatore di stigma diventa orfano di un sapere scientifico cui aderire per migliorare il proprio benessere.

La valutazione ci aiuta a definire un campo in cui “la cura” assume una convergenza dei paradigmi indicati. Un sapere scientifico coordinato consente di esplicitare la relazione senza essere influenzati dalla costruzione sociale dell'etichettamento stigmatizzante del senso comune. Inoltre, un linguaggio scientifico condiviso costituisce una base d'intervento in cui gli operatori possono riconoscersi e costruire culturalmente l'ambiente in cui la persona in programma possa sperimentare il senso dell'accoglienza e dell'ascolto in un clima di sospensione del giudizio. Questo ambiente è fondamentale per creare le condizioni necessarie al cambiamento e al raggiungimento di un maggiore benessere.

L'analisi dell'agire educativo attraverso criteri di efficacia ed efficienza non intacca la sua dimensione creativa, che è intrinsecamente connessa alle esperienze emotive e alle relazioni interpersonali. Al contrario, tale analisi può rivelarsi utile, offrendo conferme o evidenziando criticità nel modo in cui l'educatore si impegna. La quotidianità dell'interazione educativa pone il soggetto in una condizione di coinvolgimento tale che può risultare difficile mantenere una prospettiva critica e una visione globale, che invece Valut-Azione potrebbe garantire.

Questa tensione tra immersione emotiva e analisi critica è cruciale nel contesto educativo. Mentre il coinvolgimento favorisce un legame autentico, è altrettanto necessario distaccarsi per poter valutare e migliorare il proprio operato. La sfida, quindi, è trovare un equilibrio che permetta di integrare la passione educativa con una riflessione consapevole, capace di apportare miglioramenti concreti.

L'esame di realtà

L'esame di realtà si presenta non solo come una tecnica di valutazione clinica, ma anche come un'opportunità preziosa per una riflessione sia personale che sociale sul rapporto con se stessi e con gli altri. Questo esame rappresenta un fondamentale punto di partenza per l'elaborazione di una visione del mondo.

In questo contesto, il gestire il linguaggio e le interazioni nel servizio non può prescindere da una mappa accurata della socialità e della cultura, che abbraccia sia il senso comune sia quello scientifico. Una conoscenza approfondita della struttura sociale ci consente di tracciare un'area priva di pregiudizi, creando uno spazio fertile per il cambiamento, tanto per l'operatore quanto per la persona in programma.

Questo approccio è essenziale per promuovere un ambiente di lavoro che favorisca la crescita e il benessere di tutte le persone coinvolte. La consapevolezza delle dinamiche sociali è cruciale per costruire relazioni di fiducia e rispetto reciproco, rendendo possibile un cambiamento significativo.

L'analisi della fenomenologia dei consumi di sostanze materiali e immateriali che danno origine a forme di dipendenza è fondamentale per la concettualizzazione dell'approccio al problema. Le oscillazioni di intendimento tra proibizionismo e legalizzazione portano con sé scenari di intervento diversi. Pertanto, l'esame della realtà non rappresenta solo uno strumento clinico, ma costituisce la base per aprire a diverse visioni del mondo da parte degli operatori. È importante lasciare uno spazio di possibilità condivisa in cui i linguaggi possano intersecarsi, così che, contaminandosi, si giunga a un senso condiviso nei termini chiave del costruito epistemologico. Una volta costruita la base su cui convergere nella visione interpretativa della realtà, sarà possibile utilizzarla all'interno degli strumenti di intervento tradotti in azioni nei progetti dei servizi di Famiglia Nuova. Di conseguenza, l'esame di realtà - che è anche esame psichico, riconoscimento tra ciò che è prodotto dal nostro interno e ciò che si trova all'esterno, nonché esame culturale e sociale - serve a identificare i comportamenti propri e quelli indotti.

L'idea di una società ispirata ai valori cooperativistici, in particolare quelli appartenenti al terzo settore, emerge come un imperativo per esprimere competenze professionali autentiche nei nostri servizi. Non basta agire individualmente per fare la cosa giusta; è essenziale condividere questi valori con gli altri in modo paritario, senza che vi sia dominanza o imposizione di una visione sull'altra.

La struttura capitalistica della nostra società ha mercificato ogni aspetto della vita, comprese le esperienze di donne, uomini e bambini. Si tratta di un dato di fatto: il nostro comportamento è influenzato dalla nostra performance nel mondo e dalla monetizzazione che ne deriva. Per uscire da questo circolo vizioso, è necessario un processo di riscoperta e valorizzazione dell'essenza umana in un senso spirituale, collegandoci con il mondo senza ridurre le espressioni della vita animale, vegetale e minerale a meri oggetti di consumo.

Nell'ambito dei servizi, l'esame di realtà assume una nuova dimensione: qui, insieme alle persone in programma possiamo esplorare una concezione alternativa e libera dell'azione nel mondo. Questo approccio si oppone al nichilismo che alimenta i mercati della droga, e della dipendenza sia materiale che immateriale. La crescita diventa così un percorso condiviso tra professionista e persona in programma, orientata verso una revisione delle abitudini in una direzione non consumistica e non violenta. In questo contesto, la "cura" si arricchisce di significato, estendendosi al modo in cui attribuiamo valore alla vita. Non si tratta solo di modificare le abitudini, ma di abbracciare una vision più ampia: una vita in cui il rispetto reciproco, la collaborazione e la solidarietà diventano i pilastri fondamentali della nostra esistenza collettiva.

Il percorso di cambiamento interessa tutte le persone coinvolte, in ruoli diversi, nella relazione di cura. L'analisi della situazione di partenza, formulata in parte nei contesti di vita quotidiana attraverso una comunicazione di senso comune, risulta insufficiente nei contesti di cura, dove la relazione costituisce il principale strumento terapeutico. In queste realtà, il sapere scientifico, veicolato da un linguaggio appropriato, è fondamentale per trasmettere la pregnanza della parola come input per la modificazione di comportamenti disfunzionali.

La ricerca e la valutazione pongono le basi per una lettura critica delle prassi interne, offrendo l'opportunità di esaminare la descrizione della realtà esterna in funzione dei "saperi" applicati nei Servizi. Questo approccio consente di integrare le competenze e le conoscenze degli operatori, favorendo un miglioramento continuo nello svolgersi dei programmi individualizzati.

La relazione

L'analisi della relazione si concentra sulla sua interpretazione all'interno delle interazioni umane nei servizi socio-sanitari di Famiglia Nuova. Dalla ricerca condotta attraverso il progetto Valut-Azione emerge non solo un quadro statico della situazione, ma anche il vissuto dinamico delle persone. Pertanto, è fondamentale fornire una descrizione chiara e coerente di cosa si intenda per interazione di cura tra operatori e assistiti.

Senza addentrarci nelle definizioni che le varie scienze attribuiscono al concetto di relazione, in questo breve scritto desideriamo mettere in evidenza la nostra comprensione del tema, basata sulla nostra esperienza nella pratica clinica e sociale quotidiana. Il fondamento del sistema, e la chiave interpretativa per comprendere la cura, risiede nel 'cambiamento'. Questo implica un tentativo di collaborazione con individui che affrontano situazioni di disagio. Insieme, si cerca di trasformare una condizione attuale in un'ipotesi di miglioramento del benessere.

L'intervento, pertanto, è di natura dinamica: le persone coinvolte, attraverso la comunicazione, creano le condizioni di cura nel loro presente. In altre parole, le persone all'interno dei servizi plasmano la propria cultura, che diventa il punto di riferimento per le interazioni. Se questo modello non viene compreso appieno, può dar luogo a ingiustizie o a richieste eccessive di prestazioni non in linea con il livello di cambiamento richiesto.

In questo contesto, l'impiego di strumenti di valutazione risulta essenziale per sviluppare la consapevolezza necessaria a un'azione informata e rispettosa delle diverse sensibilità umane che si incrociano. Questo approccio permette di affinare le pratiche professionali e migliorare la qualità dell'intervento.

Nella nostra pratica quotidiana, la relazione rappresenta forse l'unica "medicina" a nostra disposizione. Le parole significative sono, per eccellenza, il veicolo attraverso cui gestiamo i rapporti umani, i quali devono tendere al miglioramento degli obiettivi personali delle persone in programma. Porre l'accento su come interpretiamo la realtà e sul significato che attribuiamo ai nostri discorsi significa scoprire e combattere i pregiudizi che possono infiltrarsi nella nostra azione educativa, mantenendo sempre il rispetto delle diverse visioni del mondo.

Ciò che ci deve distinguere è la consapevolezza di essere interpreti: in base ai bisogni dell'altro. È quindi fondamentale avere la capacità di adattare le nostre convinzioni al fine di migliorare lo stato di consapevolezza e di equilibrio della persona in programma. La parola o il silenzio diventano, quindi, i veri medicinali, mentre il modo in cui stiamo in presenza dell'altro rappresenta un elemento fondamentale della nostra pratica. La padronanza consapevole della relazione si configura dunque come il fondamento del nostro lavoro, che non può essere lasciato in balia del senso comune.

È essenziale raccogliere i dati in modo esaustivo, affinché possano fungere da guida nella ricostruzione dei contenuti. Così facendo, ciò che siamo e quello che facciamo con le persone può divenire fonte di formazione continua e di miglioramento del servizio. La relazione umana non è mai priva di emozioni e sentimenti quando si esprime; per questo motivo, l'operatore ha bisogno di strumenti interpretativi per comprendere cosa accade a se stesso durante l'interazione. La descrizione degli eventi offre l'opportunità di elaborare il vissuto ed è il riscontro del nostro lavoro insieme alle persone in programma.

Per l'operatore, la relazione d'aiuto si configura come la comprensione del proprio mondo interiore, arricchita dalla presenza dell'altro, creando così uno spazio neutro in cui poter accogliere le parole e il loro corollario emotivo. Quando emergono le condizioni favorevoli, si instaura una cooperazione volta all'elaborazione narrativa della biografia dell'altro, un processo che può rivelarsi essenziale per il suo percorso di crescita.

La dignità dei luoghi in cui offriamo il servizio riveste un'importanza cruciale; infatti, l'attenzione riservata al contesto fisico di accoglienza è un indicatore della qualità con cui desideriamo occupare uno spazio relazionale. Lo spazio e il tempo scandiscono quotidianamente la trasformazione del significato delle parole disfunzionali, creando quella torsione necessaria per sviluppare una visione alternativa di come percepire non solo gli oggetti e le persone, ma anche gli animali, la vegetazione e tutto ciò che ci circonda.



In questo modo, si apre, accanto alla persona in programma e alle sue consuetudini, un diverso percorso che può essere intrapreso nella ricerca della propria libertà di scelta.

L'architettura

Un aspetto spesso sottovalutato è la conformazione architettonica del "contenitore", ovvero la struttura fisica in cui vengono offerti i servizi comunitari e ambulatoriali. Nel corso delle epoche, le scuole hanno preso il nome dalle peculiarità degli spazi in cui si svolgevano le lezioni; pensiamo al "Giardino" di Epicuro o al "Peripato" di Aristotele. Questo evidenzia come l'ambiente in cui si erogano i servizi non sia un elemento asettico, ma un fattore che coadiuva le modalità di interazione e azione che vi si svolgono.

Considerando il cambiamento come il principale indicatore dell'atto educativo, è fondamentale che il contenitore supporti una situazione dinamica nel contesto della cura. Nella ricerca "Valut-Azione", sono state descritte diverse unità operative, ma va sottolineato che queste unità sono vincolate per indicazioni di accreditamento che ne irrigidiscono le variabilità strutturali. Pertanto, la questione diventa: fino a che punto è possibile spingere i confini delle norme architettoniche affinché si adeguino al disegno educativo e clinico di cura?

Abbiamo già riconosciuto la caratteristica dinamica della "cura", e per questo necessitiamo di luoghi che la favoriscano. In primo luogo, le strutture devono essere gradevoli per contrastare il senso di degrado che può accompagnare comportamenti disfunzionali, sia all'esterno che all'interno dell'individuo. Queste strutture non devono essere isolate; è cruciale combattere l'auto-isolamento dei comportamenti disfunzionali. Devono offrire a chi è timoroso un rifugio sicuro, ma anche avere uno sguardo attento verso la comunità civile, poiché è nel mondo che occorre ritornare.

Comunità e ambulatori devono essere al contempo un riparo e un ponte verso la società. È imperativo rimuovere non solo le barriere architettoniche per le persone con disabilità, ma anche tutte le barriere invisibili che hanno contribuito ad emarginare determinate problematiche. Infine, è fondamentale che l'organizzazione si interroghi su quale ambiente possa esprimere al meglio la propria visione di miglioramento del benessere per le persone in programma.

La struttura non deve essere vista come un mero contenitore, ma piuttosto come un agente attivo nella definizione del gesto educativo. Essa rappresenta il modo in cui scegliamo di abitare il mondo e il modo in cui dimostriamo rispetto per le risorse della Terra. L'ideale cooperativistico che ci guida dovrebbe riflettersi nel nostro modo di accogliere.

Negli anni Settanta del secolo scorso, si riteneva che la cura per la "devianza" implicasse il ritiro in luoghi appartati e isolati, questo isolamento era spesso necessario per poter abitare un luogo senza subire l'ostracismo dei vicini che mortificavano l'agire dell'accoglienza nello stereotipo delle paure del "drogato" visto come mostro portatore di vizio e malattia. Oggi, tuttavia, questa visione non è più accettabile, soprattutto per abbattere lo stigma associato al consumo di sostanze e a comportamenti dipendenti. È necessario creare spazi in cui diversi servizi possano interagire non solo a livello teorico, ma anche fisico, e siano contigui alle dinamiche sociali.

Adottando un modello di condominio solidale, è importante promuovere l'interazione tra diverse tipologie di servizi nel contesto di politiche di quartiere inclusive. La nostra visione dovrebbe essere quella di una testimonianza attiva nella città in cui viviamo, per dimostrare che esiste una modalità di convivenza solidale e non violenta.

L'accento posto sulla questione architettonica non è solo una questione strumentale, ma rappresenta una testimonianza viva della cultura dell'accoglienza, della cura e dell'inserimento sociale, che caratterizzano il nostro intervento socio-sanitario. Questa enfasi mira a essere un modello, sollecitato dalla ricerca scientifica e da Valut-Azione, per rimodulare l'episteme pedagogico, adottando uno sguardo visionario che promuova forme innovative di abitare i luoghi della sofferenza e dei percorsi volti ad alleviarla.

Vogliamo riscoprire una possibile felicità nelle relazioni, creando spazi in cui le persone possano stare bene, proiettandosi verso una realtà odierna che si presenta difficile e insidiosa per i rapporti umani pacifici. Il cambiamento nella cura richiede, infatti, una cultura del mondo che non sia nichilista.

VALUT-AZIONE

Ricerca sulle performance dei Servizi residenziali e ambulatoriale
per le dipendenze della Cooperativa Sociale Famiglia Nuova

Autori del rapporto

Claudia **Luppi**

Silvia **Biagioni**

Simone **Sacco**

Sabrina **Molinaro**



Famiglia Nuova