

Oggetto: Patologie da Dipendenza. Approvazione Allegato 1 "Fabbisogno assistenziale Patologie da Dipendenza.

IL PRESIDENTE IN QUALITA' DI COMMISSARIO AD ACTA

VISTO lo Statuto della Regione Lazio approvato con L.R. 11 novembre 2004, n.1;

VISTA la legge regionale 18 febbraio 2002, n.6 e successive modificazioni ed integrazioni;

VISTO il regolamento di organizzazione degli uffici e dei servizi della Giunta regionale n.1 del 6 settembre 2002 e successive modificazioni ed integrazioni;

DATO ATTO che, con deliberazione del Consiglio dei ministri del 21 marzo 2013, il Presidente della Regione Lazio Nicola Zingaretti è stato nominato Commissario ad Acta per la realizzazione degli obiettivi di risanamento finanziario previsti nel Piano di Rientro dai disavanzi regionali per la spesa sanitaria;

VISTA la deliberazione della Giunta Regionale dell'11 dicembre 2017, n. 837, con la quale è stato attribuito al Segretario generale pro tempore il potere di adozione di atti e di provvedimenti amministrativi inerenti la Direzione Regionale Salute e Politiche Sociali;

VISTA la legge 27 dicembre 1978, n. 833 e successive modificazioni, concernente l'istituzione del Servizio Sanitario Nazionale;

VISTO il D.Lgs. 30 dicembre 1992, n.502 e successive modificazioni ed integrazioni concernente: "Riordino della disciplina in materia sanitaria, a norma dell'art.1 della legge 23 ottobre 1992, n. 421 e successive modificazioni";

VISTA la legge regionale 16 giugno 1994 n.18, e successive modificazioni recante "Disposizioni per il riordino del SSR ai sensi del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n.502 e successive modificazioni e integrazioni. Istituzioni delle aziende unità sanitarie locali";

VISTA la Legge Regionale 3 marzo 2003, n.4 "Norme in materia di autorizzazione alla realizzazione di strutture e all'esercizio di attività sanitarie e socio - sanitarie, di accreditamento istituzionale e di accordi contrattuali", e successive modificazioni ed integrazioni;

VISTO il Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri 12 gennaio 2017 "Definizione e aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza, di cui all'art. 1, comma 7, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502.";

VISTI l'Accordo della Conferenza Stato Regioni del 21.01.1999 che individua le specifiche prestazioni delle unità operative pubbliche specializzate nel settore delle tossicodipendenze ed il Provvedimento della Conferenza Stato Regioni del 05.08. 1999 che individua i requisiti minimi autorizzativi e di accreditamento per servizi privati;

VISTO il "Testo Unico aggiornato delle leggi in materia di disciplina degli stupefacenti e sostanze psicotrope prevenzione e cura e riabilitazione dei relativi stati di tossicodipendenza" (D.P.R.

n.309/90 e successive modificazioni) ed in particolare l'articolo 127 comma 1, concernente il "finanziamento di progetti (...) finalizzati alla prevenzione e al recupero delle tossicodipendenze e dell'alcoldipendenza (...) e il comma 7 che enuncia le finalità di detti progetti: " a) alla promozione di programmi sperimentali di prevenzione sul territorio nazionale; b) alla realizzazione di iniziative di razionalizzazione dei sistemi di rilevazione e di valutazione dei dati; c) alla elaborazione di efficaci collegamenti con le iniziative assunte dall'Unione europea; d) allo sviluppo di iniziative di informazione e di sensibilizzazione; e) alla formazione del personale nei settori di specifica competenza; f) alla realizzazione di programmi di educazione alla salute; g) al trasferimento dei dati tra amministrazioni centrali e locali.";

PRESO ATTO che molti dei servizi per le dipendenze previsti dall'Atto di Intesa Stato Regioni del 1999, rientranti nei vigenti LEA, sono accreditati nella maggioranza delle Regioni, e che nella Regione Lazio, in attesa che fosse completato il percorso dell'accreditamento istituzionale, sono stati assicurati nell'ambito dei Progetti regionali Lotta alla Droga con gli atti di seguito elencati:

Fondo Nazionale Lotta alla Droga 1997/98/99: Bando regionale DGR 5057/1999, approvazione progetti DGR 1111/2000. Con DGR 686/2003 approvazione proroga di 12 mesi

Fondo Nazionale Lotta alla Droga 2000: Bando regionale DGR 1229/2001, approvazione progetti DGR 1672/2002

Fondo Nazionale 2001/2002/2003: Bando Regionale 634/2004, approvazione progetti 632/2005. Periodo di attuazione progetti agosto 2005/gennaio 2007.

Fondo Regionale: Con DGR 226/2007 approvazione proroga 9 mesi (fino a novembre 2007). Con DGR 1045/2007 approvazione proroga di ulteriori 5 mesi (fino ad aprile 2008). Con Determinazione 2260/2009 ulteriore proroga di 88 giorni (fino al 20 luglio 2008, in attesa risultati bando)

Fondo Regionale: Bando DGR 186/2008 per progetti di 22 mesi (dal 21 luglio 2008 al 20 maggio 2010). Con Determinazione n. 3157/2010 approvazione proroga di 6 mesi (fino al novembre 2010). Con Determinazioni 5958/2010 e 0911/2011 proroghe fino al 30 aprile 2011

Fondo Regionale: DGR556/2010 per progetti di 20 mesi fino al 31 dicembre 2012

Fondo Sanitario Regionale DCA 430/2012 (proroga progetti fino al 31 maggio 2013)

Fondo Sanitario Regionale DCA 430/2012 bando 24 mesi fino al 31 maggio 2015;

CONSIDERATO altresì che Gli Enti ammessi alla partecipazione ai suddetti bandi, ai sensi della Legge 45/99, istitutiva del primo Finanziamento per Progetti nella Lotta alla Droga sono (art.1 comma 3): "Le province, i comuni e i loro consorzi, le comunità montane, le aziende unità sanitarie locali, gli enti di cui agli articoli 115 e 116, le organizzazioni di volontariato di cui alla legge 11 agosto 1991, n. 266, le cooperative sociali di cui all'articolo 1, comma 1, lettera b), della legge 8 novembre 1991, n. 381, e loro consorzi, possono presentare alle regioni progetti finalizzati alla prevenzione e al recupero dalle tossicodipendenze e dall'alcoldipendenza correlata e al reinserimento lavorativo dei tossicodipendenti, da finanziare a valere sulle disponibilità del Fondo nazionale di cui al comma 1, nei limiti delle risorse assegnate a ciascuna regione."E che pertanto la Regione ha dichiarato quali soggetti ammessi alla presentazione delle domande di finanziamento:

- Aziende Sanitarie Locali della Regione Lazio
- Enti Locali della Regione Lazio
- Enti Ausiliari, iscritti all'Albo della Regione Lazio

- Organizzazioni di volontariato, iscritte al Registro Regionale delle Organ. di Volontariato della Regione Lazio
- Associazioni di Promozione sociale, iscritte al Registro Regionale (Legge 383/2000)
- Cooperative Sociali (iscritte all'Albo Regionale delle Cooperative Sociali)
- Consorzi e Associazioni di soggetti di cui sopra, giuridicamente costituiti
- Partenariati fra soggetti ammissibili

VISTO il DCA n. 90/2010 e successive modificazioni che nel disciplinare le procedure per l'accreditamento definitivo delle strutture sanitarie e socio-sanitarie private approvava i "Requisiti minimi autorizzativi per l'esercizio delle attività sanitarie e socio sanitarie" nonché i "Requisiti ulteriori per l'accreditamento";

VISTO il DCA 13/2015 "Riorganizzazione della rete dei servizi per le patologie da dipendenza e per i comportamenti di addiction", con il quale la Regione Lazio ha inteso rimodulare e aggiornare l'offerta dei servizi, ivi compresa l'offerta dei servizi pubblici, anche a seguito di cambiamenti avvenuti negli ultimi decenni del fenomeno di uso, abuso e dipendenza da sostanze;

VISTO il DCA 214/2015 con il quale la Regione Lazio ha proceduto all'elaborazione dei requisiti autorizzativi minimi per i servizi per le patologie da dipendenza e per i comportamenti di addiction, prevedendo anche la dotazione minima di personale necessaria a garantire i livelli di assistenza per tutte le tipologie assistenziali previste dal DCA 13/2015;

CONSIDERATO che i requisiti di cui al citato DCA 214/2015 non stabiliscono la dotazione organica dei servizi pubblici per le dipendenze, da definire con successivo provvedimento in relazione all'utenza ed alla popolazione da assistere, nonché ai vincoli normativi previsti per il pubblico impiego;

VISTO il DCA n. U00295 del 26/06/2015 "L.R. n. 4/2003 – R.R. n. 2/2007 - Avvio delle procedure di autorizzazione all'esercizio delle attività sanitarie e socio sanitarie nell'ambito delle patologie da dipendenza e dei comportamenti di addiction, in attuazione del DCA U00013 del 13/01/2015 che delinea il percorso autorizzativo dei progetti di cui trattasi;

VISTO il DCA n. U0017 del 09/03/2010 concernente: "Atto ricognitivo di cui al decreto Commissariale U0096/2009. Piano dei fabbisogni assistenziali per la Regione Lazio ai sensi dell'art. 2, comma 1, lett. A, numero 1) della L.R. 4/2003" (BUR n. 12 del 27 marzo 2010 Supplemento ordinario n. 62) il quale espressamente recita:

"di rinviare a successivi provvedimenti, una nuova e motivata definizione del fabbisogno assistenziale in materia di tossicodipendenza, alcol dipendenza nonché in materia di disturbi alimentari, dando atto che nella fase attuale il fabbisogno medesimo è coincidente con le strutture esistenti";

VISTO il DCA n. U0090 del 10/11/2010 "Requisiti ulteriori per l'accreditamento" (All. 2), e ss.mm.ii;

VISTO il DCA n. U00079 del 14/03/2016 "L.R. n. 4/2003 – R.R. n. 2/2007 - DCA U00013 del 13/01/2015 – Integrazione dell'Allegato 2 "Requisiti ulteriori per l'accreditamento" di cui al DCA U0090 del 10/11/2010 con "AST – Assistenza per patologie da dipendenza e dei comportamenti di

addiction” e con “CMD – Servizi sul campo per le persone con disturbo da uso di sostanza e/o con addiction”;

VISTO il DPCM 12 gennaio 2017 Definizione e aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza di cui all’art.1, comma7, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n.502;

VISTA la proposta di decreto nr.18799 del 26 ottobre 2017 “DCA 214/2015” Requisiti minimi autorizzativi strutturali, tecnologici ed organizzativi per l’esercizio delle attività sanitarie e socio-sanitarie nell’ambito delle patologie da dipendenza e dei comportamenti di addiction di cui al DCA 13/2015. Integrale sostituzione dei paragrafi 3.6, 4.7, 7.6 di cui all’ALL.C del DCA 8/2011”. Modifica Allegato A paragrafi 3.6.3.3; 3.6.3.4; 4.7.1.3.3 e 7.6.;

PREMESSO che la stima del fabbisogno per le attività di prevenzione, cura e riabilitazione delle persone con patologie da dipendenza e di addiction non è supportata da norme nazionali o regionali atte a definire criteri univoci per la sua definizione;

RILEVATO che,

- la stima delle persone affette da patologia da dipendenza risulta difficile data la natura illecita del consumo, la stima del fabbisogno si riferisce al c.d. consumo problematico definito dall’Osservatorio Europeo per le Tossicodipendenze;
- le persone fruitrici dei servizi solitamente appartengono alle classi sociali disagiate;
- l’accesso ai servizi e le caratteristiche delle persone in trattamento risultano condizionate sia dalla prevalenza del consumo sia dalla disponibilità dei servizi sia dal contesto sociale;

CIO’ PREMESSO per la stima del fabbisogno si è fatto riferimento a:

- Dati relativi ai consumi di sostanze nella popolazione generale (15-64 anni) e nella popolazione giovanile alla luce delle rilevazioni europee e nazionali, con riguardo alle stime sulla popolazione con consumi “problematici” di sostanze, che necessiterebbe di trattamento socio sanitario;
- Offerta attuale di assistenza, articolata secondo le diverse tipologie di intervento e di gestione (pubblico,accreditato, progetto)
- Dati relativi all’utenza in trattamento con la specifica di:
 - utenza in trattamento nella rete dei servizi disponibili nel Lazio
 - utenza residente nel Lazio che fruisce di trattamento presso strutture in altre regioni;

ACCERTATO che l’analisi congiunta dei tre fattori sopra detti ha determinato il quadro di fabbisogno assistenziale, secondo le tipologie di cui al DCA 13/2015;

VISTO l’allegato 1 “Fabbisogno Assistenziale Patologie da Dipendenza”, che è parte integrante e sostanziale del presente decreto;

DECRETA

1. Di approvare l’Allegato 1 “Fabbisogno Assistenziale Patologie da Dipendenza”, che è parte integrante e sostanziale del presente decreto;
2. Di trasmettere il presente decreto, ai sensi dell’art.3, comma 1, dell’Accordo del Piano di Rientro, ai Ministeri competenti.

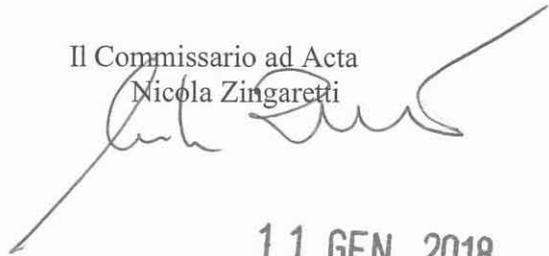


3. Di notificare il presente provvedimento ai Direttori Generali delle Aziende Sanitarie Locali per i provvedimenti di competenza.

Il presente provvedimento sarà pubblicato sul Bollettino Ufficiale della Regione Lazio

Avverso il presente provvedimento è ammesso ricorso giurisdizionale innanzi al Tribunale Amministrativo Regionale del Lazio nel termine di giorni 60 (sessanta) ovvero ricorso straordinario al Capo dello Stato entro il termine di giorni 120 (centoventi) decorrenti dalla data di notifica

Il Commissario ad Acta
Nicola Zingaretti



11 GEN. 2018



**FABBISOGNO ASSISTENZIALE
PATOLOGIE DA DIPENDENZA**

INDICE

1. PREMESSA – METODOLOGIA DELL’ANALISI DI FABBISOGNO	2
2. ENTITÀ DEL FENOMENO	3
2.1. Consumi di sostanze in Europa	3
2.2. Consumi di sostanze in Italia.....	5
2.3. Consumi e dipendenza da Alcol e patologie alcol correlate	6
2.4. Minori coinvolti nel circuito penale	8
2.5. Comorbilità psichiatrica	9
2.6. Tossicodipendenza e marginalità sociale	9
2.7. Gioco d’Azzardo Patologico	9
3. L’ATTUALE OFFERTA DI SERVIZI	10
3.1. Servizi Pubblici per le Dipendenze (Ser.D.):	11
3.2. Servizi privati accreditati.....	12
3.3. Progetti ex Fondo Regionale Lotta alla Droga:	13
3.3.1. Riepilogo Posti tramite Progetti	14
3.4. Sintesi dell’offerta di servizi	14
3.4.1. Ambulatoriali:	16
3.4.2. Semiresidenziali:	17
3.4.3. Residenziali:.....	18
3.4.4. Sul Campo:.....	20
4. UTENZA ATTUALE	21
4.1. Sistema di monitoraggio.....	21
4.2. Domanda di trattamento e utenza.....	21
4.3. Servizi Ambulatoriali	23
4.4. Servizi Accreditati	28
4.5. Progetti ex Fondo Regionale Lotta alla Droga	32
4.5.1. Centri specialistici ambulatoriali	32
4.5.2. Servizi semiresidenziali	33
4.5.3. Servizi residenziali.....	34
4.5.4. Sul campo.....	34
5. FABBISOGNO	35
5.1. Fabbisogno ambulatoriale	35
5.1.1. I Servizi Pubblici per le Dipendenze devono assicurare l’intera gamma di offerta comprendiva di servizio Valutativo Diagnostico, Terapeutico, Specialistico e di Riduzione del Danno.	36
5.1.2. Servizi ambulatoriali terapeutici	36
L’attuale offerta dei Servizi ambulatoriali terapeutici, pur nella necessità di potenziamento di risorse per un migliore funzionamento delle sedi attive, risulta sufficiente per una adeguata distribuzione territoriale.	36
5.1.3. Servizi ambulatoriali specialistici	36
5.1.4. Servizi ambulatoriali Riduzione Danno h.24.....	37
5.2. Fabbisogno semiresidenziale.....	37
5.3. Fabbisogno residenziale	39
5.4. Fabbisogno servizi sul campo	40
5.5. Sintesi Fabbisogno	44

1. PREMESSA – METODOLOGIA DELL'ANALISI DI FABBISOGNO

La determinazione di fabbisogno assistenziale “diretto” dovrebbe discendere dall'intensità dei fattori di rischio e dalla prevalenza delle patologie. Non in tutti i settori sanitari è possibile avere dati certi su entrambi questi elementi. Una seconda modalità di determinazione del fabbisogno, nella consuetudine programmatoria, deriva dalla capacità di offerta di prestazioni e servizi disponibili su scala regionale. In questo caso sarebbe indispensabile valutare l'appropriatezza dell'offerta in relazione alle diverse situazioni di bisogno; anche questa valutazione risente però di una mancanza di dati analitici sistematici ed affidabili.

È da considerare inoltre che non esiste alcun riferimento normativo nazionale o regionale che consenta di fissare a priori un fabbisogno stimato per le attività relative alla prevenzione, cura e riabilitazione delle persone con rischio o con patologia da dipendenza.

Per determinare il fabbisogno assistenziale per le patologie da dipendenza si è fatto riferimento all'insieme dei dati disponibili su entrambe le componenti: fattori di rischio/prevalenza di patologie e offerta attuale di prestazioni/servizi, tenendo conto sia del livello di affidabilità, anche parziale, del dato sia di alcune caratteristiche specifiche dell'utenza in questione, con particolare riferimento a:

- La stima della prevalenza delle persone dipendenti da sostanze stupefacenti è resa particolarmente difficile dalla natura illecita del consumo. Ai fini della stima del fabbisogno, si fa riferimento al consumo cosiddetto problematico di sostanze stupefacenti secondo la definizione utilizzata dall'Osservatorio Europeo per le Tossicodipendenze
- Le persone che si rivolgono ai servizi sono in generale appartenenti alle classi sociali più disagiate: i dati relativi alle persone tossicodipendenti residenti nel Comune di Roma relativi agli anni 2001-05, mostrano che il numero delle dimissioni è stato il circa 4 volte superiore (RR 3.67) tra le persone svantaggiate; le persone di classe economica bassa hanno il rischio di accedere ai servizi ospedalieri circa 3 volte superiore (RR 2.82); mentre il rischio di morte per tutte le cause è di circa 4 volte maggiore (RR 3.75) (RR. = rischio relativo; *www.asplazio.it*).
- L'accesso ai servizi e le caratteristiche delle persone in trattamento sono condizionati non solo dalla prevalenza del consumo ma anche dalla disponibilità dei servizi e dal contesto sociale.
- L'alta prevalenza di persone tossicodipendenti in regime di reclusione che vengono assistite dal personale dei Ser.D.

Le componenti che sono state pertanto utilizzate per la presente analisi fanno riferimento a :

- Dati relativi ai consumi di sostanze nella popolazione generale (15-64 anni) e nella popolazione giovanile, alla luce delle rivelazioni europee e nazionali, con la specificazione delle stime sulla popolazione con consumi “problematici” di sostanze, che necessiterebbe di trattamento socio-sanitario
- Offerta attuale di assistenza, articolata secondo le diverse tipologie di intervento e di gestione (pubblico, accreditato, progetto)
- Dati relativi all'utenza in trattamento con la specifica di:
 - o Utenza in trattamento nella rete dei servizi disponibili nel Lazio
 - o Utenza residente nel Lazio che fruisce di trattamento presso strutture in altre regioni

Dall'analisi congiunta delle tre componenti si è delineato il quadro del fabbisogno assistenziale, secondo le tipologie di intervento definite nel quadro della “riorganizzazione della rete dei servizi per le patologie da dipendenza” di cui al DCA 13/2015

2. ENTITÀ DEL FENOMENO

2.1 Consumi di sostanze in Europa

I consumi di sostanze sono stimati sulla popolazione generale e sulla popolazione studentesca, in linea con le indicazioni dell'Osservatorio Europeo Droga (OEDT) di Lisbona.

Tali stime non indicano direttamente la popolazione con quadri patologici, bensì danno un quadro di riferimento generale sull'ampiezza e le caratteristiche del fenomeno dei consumi di sostanze legali ed illegali.

È comunque da considerare che le indagini di popolazione prevedono l'esclusione dal disegno di campionamento di alcuni gruppi di popolazione, tra i quali è più frequente l'uso di sostanze stupefacenti, con particolare riferimento alla popolazione detenuta, agli homeless e agli studenti che abbandonano il circuito scolastico, tra i quali è sensibilmente più elevata la quota di consumatori problematici.

Partendo da questi dati viene successivamente stimato, sempre a livello nazionale ed europeo, il "consumo problematico", inteso quale consumo per il quale sia necessario un trattamento.

Dalla Relazione Europea sulla Droga 2015 (OEDT) si dichiara: *"Nell'analisi di quest'anno è evidente quanto siano importanti i fattori globali per l'offerta di droga e i dibattiti politici, mentre sia i modelli di consumo sia le risposte a livello locale sono all'avanguardia delle nuove tendenze. Sta diventando più difficile definire il confine tra le categorie di mercato delle "vecchie" e nuove droghe, e così come le nuove droghe imitano sempre più spesso tipi di sostanze note, le iniziative in risposta alle nuove droghe possono rispecchiare quelle in risposta ai problemi causati dagli stupefacenti noti"*. In altri termini emerge la raccomandazione di porre attenzione ai consumi delle nuove droghe e di offrire servizi capaci di rispondere adeguatamente a questa tipologia di consumo laddove problematico.

Per quanto riguarda i consumi specifici, dalla relazione si evince che i consumi problematici di oppiacei coinvolgono 1,3 milioni di persone nella fascia di età tra i 15 ed i 64 anni; di questi circa il 42% si rivolge ogni anno a servizi per la cura e la riabilitazione.

Tab.1 - Uso problematico di Oppiacei 15-64 anni

Oppiacei	
Consumo problematico tra adulti (15-64 anni) in Europa	1,3 milioni
Richiesta di trattamento della tossicodipendenza	41% delle richieste di trattamento
Trattamento	700.000 consumatori con terapia sostitutiva
Decessi	3,4% di tutti i decessi di cittadini europei in età 15-39 anni è dovuta ad overdose di sostanze stupefacenti (di cui il 66% per oppiacei)

Per i consumi di cannabis e di cocaina, i dati europei indicano che i consumatori nell'ultimo anno corrispondono rispettivamente al 5,7% e all'1% della popolazione tra i 15 e i 64 anni. Nella popolazione giovanile (15-34 anni) i consumatori rappresentano però una percentuale maggiore, pari al 11,7% per la cannabis e al 1,9% per la cocaina.

Tab. 2 - Uso problematico di Cannabis e Cocaina 15-64 anni – 15- 34 anni

Cannabis	
consumo (15-64 anni) in Europa nell'ultimo anno	19,3 milioni
consumo (15-34 anni) in Europa nell'ultimo anno	14,6 milioni
Stime nazionali di consumo	minimo 04% massimo 22,1%
Cocaina	
consumo (15-64 anni) in Europa nell'ultimo anno	3,4 milioni
consumo (15-34 anni) in Europa nell'ultimo anno	1,9 milioni
Stime nazionali di consumo	minimo 0,2% massimo 4,2%

Per quanto riguarda le sostanze stimolanti, quali Amfetamine e Ecstasy, le percentuali di consumo nell'ultimo anno riguardano rispettivamente l'1% e l'1,4% della popolazione giovanile (15-34 anni)

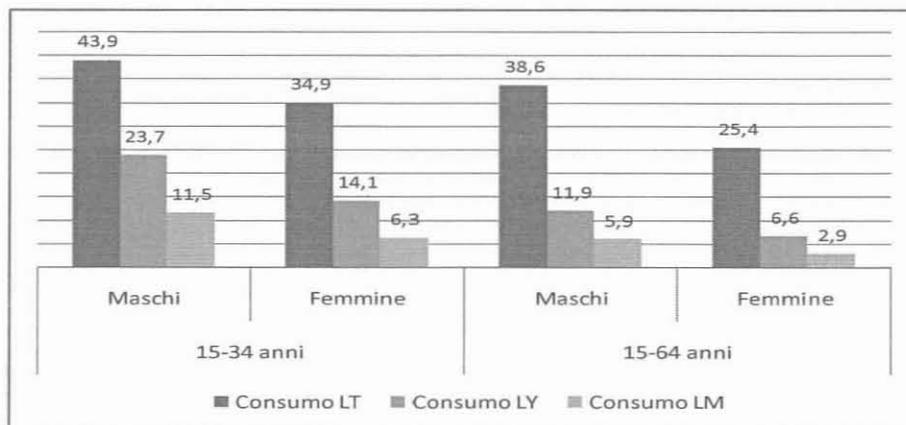
Tab.3 - Uso problematico di Amfetamine e Ecstasy 15-34 anni

Amfetamine	
consumo (15-64 anni) in Europa nell'ultimo anno	1,6 milioni
consumo (15-34 anni) in Europa nell'ultimo anno	1,3 milioni
Stime nazionali di consumo	minimo 0% massimo 25%
Ecstasy	
consumo (15-64 anni) in Europa nell'ultimo anno	2,1 milioni
consumo (15-34 anni) in Europa nell'ultimo anno	1,8 milioni
Stime nazionali di consumo	minimo 0,1% massimo 3,1%

2.2 Consumi di sostanze in Italia

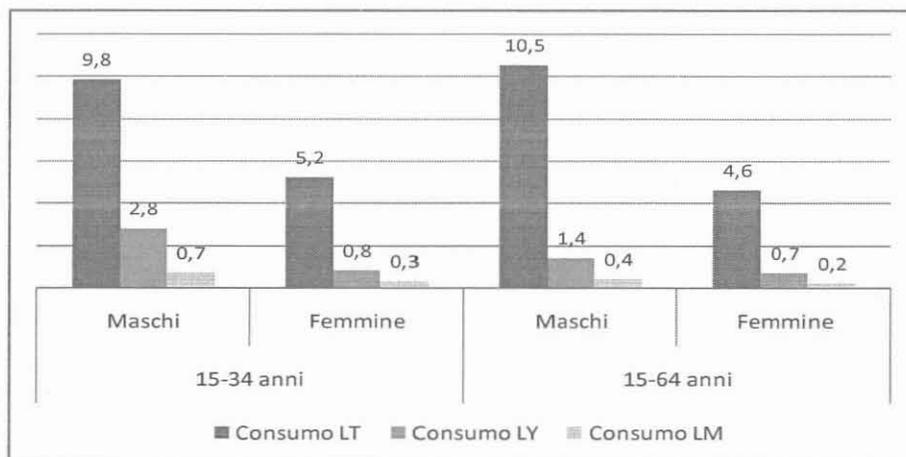
In ambito nazionale le Indagini sulla popolazione generale e giovanile sono riportate nella Relazione Annuale al Parlamento. In riferimento all'ultimo Report del 2015 emerge che la sostanza maggiormente consumata è la cannabis, per la quale si stima che il consumo problematico riguardi circa l'1% della popolazione italiana 15-64enne ed il 2,7% della popolazione giovanile (15-34 anni).

Fig. 1 - Stime di prevalenza dei residenti italiani che hanno consumato cannabis. 2013 -2014



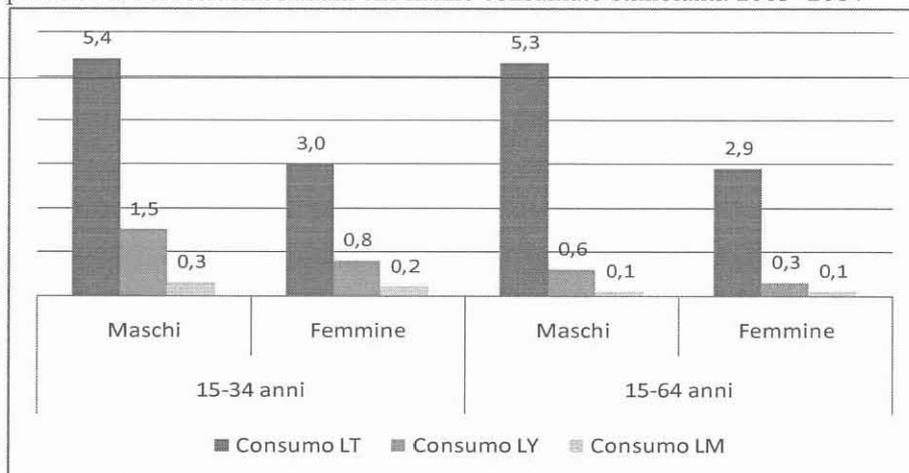
La cocaina è stata utilizzata almeno una volta nella vita da circa il 10% della popolazione, con maggiore prevalenza nella popolazione adulta.

Fig. 2 - Stime di prevalenza dei residenti italiani che hanno consumato cocaina. 2013 -2014



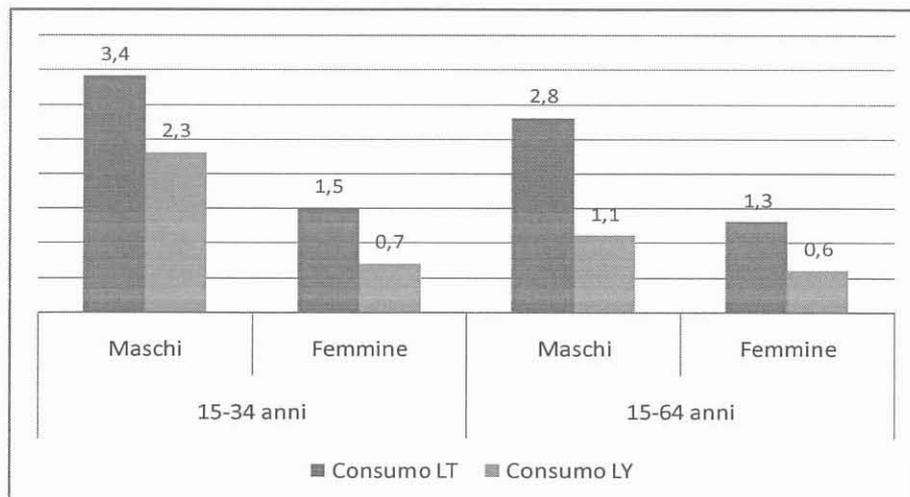
Gli stimolanti sono stati utilizzati almeno una volta nella vita da circa il 5% della popolazione

Fig.3 - Stime di prevalenza dei residenti italiani che hanno consumato stimolanti. 2013 -2014



L'eroina è utilizzata almeno una volta nella vita da circa il 3% della popolazione (maggiore prevalenza tra i giovani), e nell'ultimo anno il consumo riguarda il 2,3% dei 15-34enni. Nella stessa indagine si registra altresì un lieve aumento del consumo recente (ultimo anno) di eroina.

Fig.4 - Stime di prevalenza dei residenti italiani che hanno consumato eroina. 2013 -2014



2.3 Consumi e dipendenza da Alcol e patologie alcol correlate

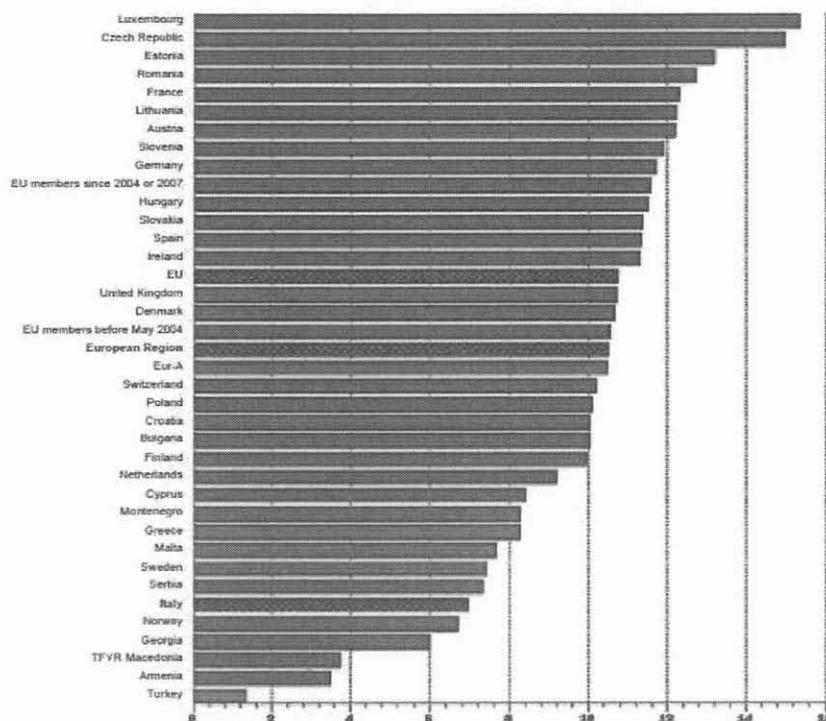
Il consumo di bevande alcoliche costituisce un importante fattore di rischio per malattie croniche, incidentalità stradale, domestica e lavorativa, violenza e omicidi. In Europa l'alcol causa 195.000 morti l'anno ed è inoltre la terza causa di mortalità prematura, dopo l'ipertensione e il consumo di tabacco. In particolare l'alcol risulta essere la principale causa di cirrosi epatica nonché di 60 malattie e condizioni patologiche, incluso il cancro. Il rischio di danni sanitari e sociali cresce generalmente con la quantità di alcol consumata.

Nel decennio 2003-2013 l'ISTAT ha rilevato la diminuzione della quota di consumatori totali – almeno una bevanda alcolica su base annua - (dal 68,7% del 2003 al 63,9% del 2013), la diminuzione della quota di consumatori giornalieri (dal 31% del 2003 al 27% del 2013), l'aumento dei consumatori

occasionali (dal 37,6% del 2003 al 41,2% del 2013), l'aumento dei consumatori fuori pasto (dal 24,8% del 2003 al 25,8% del 2013).

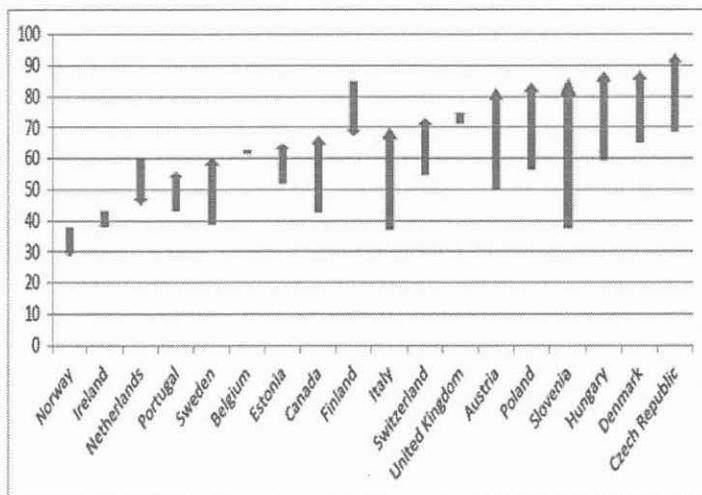
In particolare si è assistito ad un rilevante decremento del consumo di unità alcoliche pro-capite e pro-die in Italia nel corso degli ultimi 30 anni, giungendo ad essere uno dei Paesi OCSE con un consumo individuale inferiore alla media internazionale. Al contrario negli ultimi anni si assiste ad un considerevole incremento dei consumi tra i giovanissimi (riferimento ai 15enni).

Fig.5 - Consumo di alcol tra gli adulti 2010 (*Relazione al Parlamento in materia di alcol 2015*)



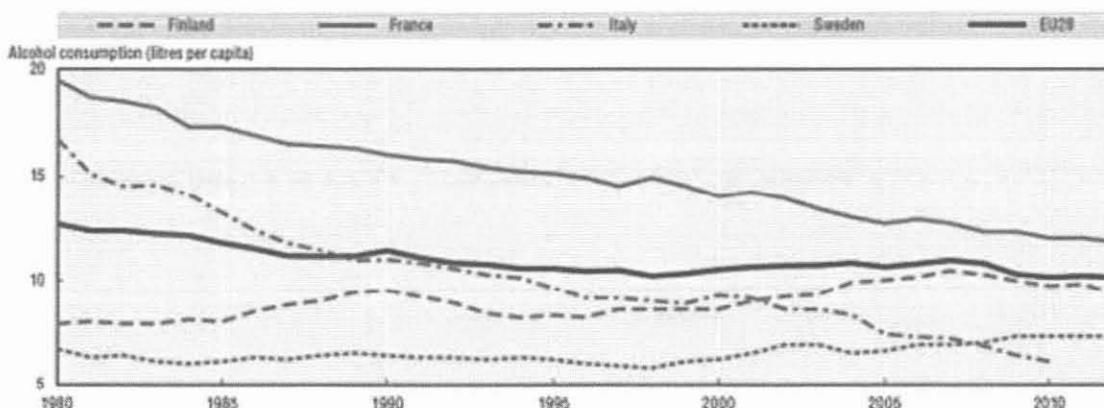
Fonte: WHO/Europe, European HFA Database, April 2014

Fig.6 - Trend di assunzione di alcol tra i 15enni 2002-2010 (val.%)



Fonte: Health Behaviors in School-aged Children Survey – 2001, 2002 and 2009-2010

Fig. 7 - Andamento del consumo di alcol (lt pro capite) in 5 paesi dell'UE 1980-2012.



Fonte: *Health at a glance: Europe 2014, OECD alcohol consumption among adults.*

Il binge drinking, ossia l'abitudine di consumare eccessive quantità di alcol (convenzionalmente 6 o più bicchieri di bevande alcoliche) in una sola occasione, è un comportamento mutuato recentemente dai Paesi del Nord Europa, diffuso nel nostro Paese prevalentemente tra i giovani ma sempre più anche tra gli adulti e gli anziani, soprattutto tra i maschi.

2.4 Minori coinvolti nel circuito penale

Il numero dei soggetti in carico sta risentendo anche degli effetti della modifica normativa introdotta dal Decreto Legge 26 giugno 2014 n. 92, convertito con modificazioni in Legge 11 agosto 2014, n.117, che ha determinato un aumento dell'utenza avendo esteso la competenza dei Servizi minorili fino al compimento dei 25 anni di età dei cosiddetti "giovani adulti".

Durante l'anno 2015 sono stati presi in carico dall'Ufficio Servizio Sociale per i Minorenni, a livello nazionale, 20.250 minorenni (15.729 italiani e 4.521 stranieri), tra cui 6.818 giovani adulti. Il numero di minori/giovani adulti presi in carico per la prima volta nel corso dell'anno sono stati 7.522. I reati dei soggetti presi in carico dall'USSM sono stati principalmente "reati contro la persona" (13.205), in particolare lesioni personali volontarie e violenza privata (anche se compaiono dati importanti sugli omicidi volontari (276) e alle violenze sessuali e a sfruttamento, pornografia e prostituzione (1.158), ma anche "reati contro il patrimonio" (24.727). Gli ingressi in Comunità private con il Centro di Giustizia Minorile del Lazio inviante sono stati 255 (su 1.772 totali a livello nazionale) con una presenza media di 59 giorni.

Nel corso dell'anno 2015 sono avvenuti 1.438 ingressi presso i Centri di Prima Accoglienza di cui 653 italiani (613 maschi e 40 femmine) e 785 stranieri (579 maschi e 206 femmine). Le uscite dai CPA con applicazione della misura cautelare del "collocamento in comunità" sono stati 498 (di cui 220 italiani e 278 stranieri). Presso il Centro di Prima Accoglienza di Roma sono avvenuti 436 accessi con una presenza media giornaliera di 4 giorni.

Per quanto concerne gli Istituti Penali per Minorenni (IPM) nell'anno 2015 a livello nazionale si registra un calo costante negli ultimi anni dai 1.362 ingressi del 2006 ai 1.068 ingressi avvenuti nel 2015, di cui 506 italiani (480 maschi e 26 femmine) e 562 stranieri (di cui 425 maschi e 137 femmine). Particolarmente importante appare sottolineare che 45 ingressi provenivano dalla comunità terapeutica per trasformazione della misura cautelare e 270 da comunità per aggravamento.

Nell'IPM di Roma vi sono stati 219 ingressi con una presenza media giornaliera di 61 giorni.

(Fonte: Servizio Statistico del Dipartimento Giustizia Minorile e di Comunità).

2.5. Comorbilità psichiatrica

La comorbilità per disturbi correlati all'uso di alcool e sostanze è un problema sempre più rilevante nei soggetti affetti da SMI ("Doppia Diagnosi", DD): ciò sia per l'aumento della prevalenza che per l'associazione con esiti clinici (Margolese et al, 2006) e psicosociali peggiori (Hunt et al, 2003). Le risultanze degli studi sulla la prevalenza di comorbilità tra Disturbo da uso di sostanze (DUS) e altra patologia mentale mostrano range variabili in funzione dei territori di analisi, delle categorie diagnostiche di riferimento, di criteri di inclusione. Si stima che 17% della popolazione generale presenta un disturbo da uso di sostanze, il 29% dei soggetti con almeno un disturbo mentale ha un disturbo da uso di sostanze in comorbilità (Regier et al, 1990), ed il 47% dei soggetti con schizofrenia ha un disturbo da uso di sostanze in comorbilità (Regier et al, 1998).

Alcuni studi statunitensi sulla popolazione generale (Epidemiological Catchment Area Survey,, il National Comorbidity Survey e il National Longitudinal Alcohol Epidemiologic Survey), che hanno utilizzato sistemi diagnostici standardizzati, hanno fornito alcuni importanti dati di epidemiologia della c.d. "doppia diagnosi". Tra i soggetti affetti da malattia mentale è risultata una prevalenza lifetime di disturbi da abuso di alcool o droghe del 29% (OR = 2,7). Tra i pazienti con DUS, il 45% presenta un disturbo mentale (OR = 2,9). Negli studi in ambito europeo, si confermano ampie variazioni dei tassi di prevalenza di comorbilità DUS/altra patologia mentale: 20-37% nei setting della salute mentale; 6-15% nei servizi per uso di sostanze, il 38-50% nei servizi di degenza e nei crisis team (Carrà & Johnson, 2008) In particolare è stato suggerito che la prevalenza sia inferiore nelle aree rurali rispetto a quelle urbane. (Fonte dei dati: Conferenza nazionale sulle Politiche Antidroga, 2009, Prof. M. Clerici).

2.6. Tossicodipendenza e marginalità sociale

L'Osservatorio europeo delle droghe e delle tossicodipendenze rileva che in numerosi Stati sono stati realizzati studi e ricerche sul rapporto tra la condizione abitativa ed il consumo di stupefacenti, anche se i dati sono ancora non comparabili. Risultano stimati il 17,9% di persone con problemi di alloggio tra la popolazione tossicodipendente. I dati più stabili parlano dell'80% di consumatori di sostanze psicoattive tra i senza fissa dimora della Danimarca, Francia, Paesi Bassi, Regno Unito. In Italia i dati più aggiornati provengono dalla Caritas e stimano oltre 17 mila senza fissa dimora, con oltre 6000 a Roma. Tra questi il 20% sono alcolisti, il 15% sono TD ed il 15% con problematiche psichiatriche. (Fonte dati: OEDT 2009, Caritas 2009)

2.7. Gioco d'Azzardo Patologico

Il volume di gioco legale nel 2014 è pari a 84.485 milioni di euro (quindi più di 84 miliardi), di cui rientrano all'erario 7.959 milioni di euro, ai giocatori tramite vincite 66.954 milioni di euro e la restante quota superiore ai 17 miliardi di euro è considerata "spesa dei giocatori", corrispondente alle entrate alle concessionarie di gioco. La maggioranza degli studi condotti sulla prevalenza dei giocatori patologici nella popolazione generale adulta varia dall'1 al 3% (Raylu e Oei, 2002; Biganzoli et al., 2005; Bellio e Fiorin, 2003). In Italia la stima dei giocatori d'azzardo problematici varia dall'1,3% al 3,8% della popolazione generale (pari ad un range tra 750 mila - 2 milioni e 300 mila soggetti) mentre la stima dei giocatori d'azzardo patologici varia dallo 0,5% al 2,2% della popolazione (pari ad un range tra 300 mila - 1 milione e 300 mila soggetti) (Ministero della Salute, 2012).

3. L'ATTUALE OFFERTA DI SERVIZI

La Regione Lazio ha negli anni garantito le funzioni di programmazione della rete dei servizi attraverso alcune azioni chiave, con particolare riferimento a:

1. Formulazione di progetto obiettivo dipendenze, che definisce missione istitutiva, obiettivi, azioni e risultati attesi dell'intera offerta
2. Indicazione su modelli organizzativi delle ASL attraverso le diverse e successive linee per la definizione degli Atti di Autonomia Aziendale
3. Riconoscimento dell'autorizzazione e dell'accreditamento di Strutture Pedagogiche-Riabilitative e Terapeutiche-Riabilitative, entrambe in regime residenziale e semiresidenziale
4. Programmazione, approvazione e verifica dei Progetti per assicurare i servizi ed i trattamenti previsti dai LEA non assicurabili con l'ordinaria erogazione
5. Monitoraggio dell'offerta ordinaria e di progetto attraverso il Sistema informativo regionale, gestito dal Dipartimento di Epidemiologia del SSR
6. Formazione e integrazione servizio: definizione del percorso assistenziale, della metodologia e degli strumenti per la valutazione di outcome, attraverso un percorso quadriennale condiviso con i professionisti e gli operatori dei servizi pubblici e privati

L'intero sistema è stato programmato e finanziato in funzione delle disponibilità economiche e dei vincoli regionali, nella prospettiva di garantire una offerta assistenziale capace di cogliere le evoluzioni specifiche delle patologie da dipendenza, che più di altre, subiscono rapide mutazioni sia in relazione alle sostanze immesse nel mercato sia in relazione agli stili comportamentali, sia infine in relazione ai cambiamenti ambientali e normativi.

La regolazione del sistema, inoltre, ha ricalcato quanto disposto dalla Regione per l'intero settore sanitario, in termini di tempistica e modalità di programmazione e di accreditamento.

A partire dal 2013 è stato ripreso il processo di accreditamento a seguito del quale è stato possibile accreditare esclusivamente le strutture residenziali e semiresidenziali terapeutico-riabilitative e pedagogico-riabilitative, nonostante fossero stati individuate anche altre tipologie assistenziali negli Atti di Intesa Stato Regioni e PA dal 1999 e riconosciuti successivamente quali Livelli Essenziali di Assistenza.

Pertanto tutti i servizi previsti negli ambiti della specialistica e della riduzione del danno non hanno trovato risposta nella erogazione ordinaria, pubblica e/o accreditata.

La Regione ha pertanto stabilito di impegnare alcuni Fondi, come di seguito indicato sia per colmare il settore dell'offerta assistenziale inedito, sia per promuovere innovazione e sperimentazioni in un settore che, come già evidenziato, è in continua mutazione.

Tale caratteristica ha d'altra parte determinato che, anche su scala nazionale, fosse previsto sin dalla legge "in materia di disciplina degli stupefacenti e sostanze psicotrope prevenzione e cura e riabilitazione dei relativi stati di tossicodipendenza" (D.P.R. n.309/90 e successive modificazioni) il "finanziamento di progetti" finalizzati alla prevenzione e al recupero delle tossicodipendenze e dell'alcoldipendenza. Tra le varie finalità previste per gli stessi vengono enunciate, al comma 7 dell'art. 127, le seguenti: promozione di programmi sperimentali di prevenzione, iniziative di razionalizzazione dei sistemi di rilevazione e di valutazione dei dati, sviluppo di iniziative di informazione e di sensibilizzazione, formazione del personale nei settori di specifica competenza. A tal fine era stato istituito uno specifico Fondo Nazionale Lotta alla Droga che, negli anni dal 1997 al 2004, ha finanziato progetti ritenuti validi per perseguire alcuni obiettivi cardine.

Dopo tale data il Fondo Nazionale è confluito nel Fondo Nazionale per le Politiche Sociali, andando quindi a garantire le azioni in capo ai Comuni/ Municipi, con particolare riferimento alla prevenzione primaria o universale e al reinserimento lavorativo.

Come già descritto, con l'Atto di Intesa Stato Regioni del 1999 sono stati individuati gli interventi e le tipologie di servizi previsti per il trattamento delle patologie da dipendenza e ripresi dai LEA del 2001.

La Regione Lazio, pertanto, ha integrato dal 2004 con propri fondi la realizzazione dei progetti sanitari che assicurassero i servizi previsti dai LEA non garantiti con l'ordinaria offerta, promuovendo al contempo l'innovazione e la rimodulazione periodica delle attività.

Pertanto negli anni, sono stati realizzati Progetti Fondo Lotta alla Droga come di seguito elencato:

- Fondo Nazionale Lotta alla Droga:
 - 1997/98/99: Bando regionale DGR 5057/1999, approvazione progetti DGR 1111/2000. Con DGR 686/2003 approvazione proroga di 12 mesi
 - Fondo Nazionale Lotta alla Droga 2000: Bando regionale DGR 1229/2001, approvazione progetti DGR 1672/2002
 - Fondo Nazionale 2001/2002/2003: Bando Regionale 634/2004, approvazione progetti 632/2005. Periodo di attuazione progetti agosto 2005/gennaio 2007.
- Fondo Regionale:
 - Proroghe precedenti progetti: DGR 226/2007 approvazione proroga 9 mesi (fino a novembre 2007); DGR 1045/2007 approvazione proroga di ulteriori 5 mesi (fino ad aprile 2008); Determinazione 2260/2009 ulteriore proroga di 88 giorni (fino al 20 luglio 2008, in attesa risultati bando)
 - DGR 186/2008 Bando per progetti di 22 mesi (dal 21 luglio 2008 al 20 maggio 2010). Con Determinazione n. 3157/2010 approvazione proroga di 6 mesi (fino al novembre 2010). Con Determinazioni 5958/2010 e 0911/2011 proroghe fino al 30 aprile 2011
 - DGR 556/2010 Bando per progetti di 20 mesi (dal 1 maggio 2011 al 31 dicembre 2012);
 - DCA 430/2012 Proroga 5 mesi (1 gennaio 2013 al 31 maggio 2013) e Bando per progetti 24 mesi (1 giugno 2013 al 31 maggio 2015); Determinazione G09425/2015 e G09425/2015 proroga 10 mesi (1 giugno 2015 al 31 marzo 2016)

L'attuale offerta è garantita da tre differenti modalità di erogazione del servizio:

- a) Servizi Pubblici per le Dipendenze (Ser.D.);
- b) Servizi Privati accreditati;
- c) Progetti Fondo Regionale Lotta alla Droga.

3.1. Servizi Pubblici per le Dipendenze (Ser.D.):

Costituiscono la sede di erogazione degli interventi di prevenzione, diagnosi, terapia e attività di reinserimento sociale delle persone con dipendenza da sostanze psicoattive e dipendenze comportamentali quali ad es. il gioco d'azzardo patologico, anche presso i 14 Istituti penitenziari presenti nella Regione. Sul territorio regionale del Lazio operano 43 Ser.D. con 47 sedi territoriali. Ogni ASL è dotata di più sedi, in relazione alla popolazione e alla estensione del territorio, come di seguito illustrato:

Tab.4 - Elenco sedi dei Servizi Pubblici Ambulatoriali per le Dipendenze distribuiti per ex ASL

ASL	RM1		RM2		RM3	RM4	RM5	RM6	VT	RI	LT	FR
ex ASL	RM A	RME	RMB	RMC	RMD	RMF	RMG	RMH	VT	RI	LT	FR
sedi	Montesacro	Fornovo	Teodorico*	Appia	Casaletto	Capena	Tivoli	Anzio	Viterbo	Rieti	Latina	Frosinone
	Rovani	S.M.Pietà	Casilina	Umanesimo	Ostia	Bracciano	Colferro	Frascati	Civitacastellana	Poggio Mirteto	Aprilia	Ceccano
	Riari	Val Cannuta*	Platani	Casilina		Civitavecchia	Monterotondo	Genzano	Montefiascone		Formia	Cassino
	Frentani		Sestili	S.Giovanni		Palestrina	Ciampino	Tarquinia			Priverno	Sora
	"Regina Coeli"		"Rebibbia"			Subiaco	Velletri				Terracina	

*Sedi in via di riorganizzazione

3.2. Servizi privati accreditati

Sono attualmente presenti 18 Enti del Privato sociale che operano su 29 sedi accreditate con un totale di 739 Posti, di cui 238 semiresidenziali e 501 residenziali

I Servizi accreditati garantiscono le seguenti tipologie assistenziali:

- Residenziale Pedagogico Riabilitativi (R.P.R)
- Residenziale Terapeutico Riabilitativo (R.T.R.)
- Semi-Residenziale Pedagogico Riabilitativi
- Semi-Residenziale Terapeutico Riabilitativo (SR.T.R.- D)

Tab.5 - Elenco sedi del privato sociale accreditato distribuiti per ex ASL e tipologia rilevata da SIRD.

ASL (ex)	STRUTTURA	TIPOLOGIA	POSTI
RMB	CEIS Appia	Semiresidenziale Terapeutico Riabilitativo	50
	La Tenda	Semiresidenziale Terapeutico Riabilitativo	8
	CPPT	Semiresidenziale Terapeutico Riabilitativo	8
	CEIS Appia	Residenziale Terapeutico Riabilitativo	21
RMC	CEIS Ambrosini	Semiresidenziale Pedagogico Riabilitativo	120
RMD	Villa Maraini	Semiresidenziale Terapeutico Riabilitativo	30
RMF	Mondo Nuovo- Sergetto	Residenziale Pedagogico Riabilitativo	8
	Serve dei poveri - G. Cusmano	Residenziale Terapeutico Riabilitativo	48
	Cooperate-Fratello Sole	Residenziale Terapeutico Riabilitativo	28
	Parsec	Residenziale Terapeutico Riabilitativo	8
RMG	Il Ponte	Residenziale Terapeutico Riabilitativo	24
	Dianova	Residenziale Terapeutico Riabilitativo	18
RMH	Approdo-	Semiresidenziale Pedagogico Riabilitativo	12
	CEIS S. Carlo	Residenziale Pedagogico Riabilitativo	57
	Approdo	Residenziale Pedagogico Riabilitativo	8
	Massimo	Residenziale Pedagogico Riabilitativo	11
	Nuovi orizzonti - Casa Gioia	Residenziale Pedagogico Riabilitativo	16
VT	AIVA - 10 posti	Residenziale Terapeutico Riabilitativo	10
	Mondo Nuovo- Paradiso	Residenziale Pedagogico Riabilitativo	27
	Mondo Nuovo- Speranza	Residenziale Pedagogico Riabilitativo	8
	Mondo Nuovo- Ciulepi	Residenziale Pedagogico Riabilitativo	8
	CEIS S.CRISPINO Palanzana	Residenziale Terapeutico Riabilitativo	20
RI	CEIS S.CRISPINO La quercia	Residenziale Terapeutico Riabilitativo	40
	Emmanuel	Residenziale Pedagogico Riabilitativo	13
FR	Exodus -	Semiresidenziale Pedagogico Riabilitativo	10
	Exodus -	Residenziale Pedagogico Riabilitativo	20
	IN Dialogo S. Rocco	Residenziale Pedagogico Riabilitativo	50
	IN Dialogo Il Casale-	Residenziale Pedagogico Riabilitativo	34
	Nuovi orizzonti - il Piglio	Residenziale Pedagogico Riabilitativo	24

Tab. 6 - Riepilogo Posti Accreditati

	n. strutture	n. Posti accreditati
Semiresidenziale Pedagogico Riabilitativo	3	142
Semiresidenziale Terapeutico Riabilitativo	4	96
Totale Semiresidenziali	7	238
Residenziale Pedagogico Riabilitativo	13	284
Residenziale Terapeutico Riabilitativo	9	217
Totale Residenziali	22	501
	29	739

3.3. Progetti ex Fondo Regionale Lotta alla Droga:

Alcuni servizi sono stati garantiti negli anni, tramite Progetti specifici, in quanto previsti dai Livelli Essenziali di Assistenza. La Regione, al termine del processo di accreditamento delle strutture in possesso di accreditamento provvisorio, ha potuto emanare i Decreti di riorganizzazione dell'intera rete dei servizi e dei requisiti per l'accreditamento delle nuove tipologie assistenziali, gestite appunto attraverso i 45 Progetti.

Tab.7 - Elenco dei Progetti ex Fondo Regionale Lotta alla Droga (DCA 430/2012)

	Descrizione	n. progetti	Posti singolo progetto	Posti Totali
Ambulatoriale	Centro Specialistico Ambulatoriale di Consulenza Alcol	2	–	–
	Centro Specialistico Ambulatoriale di Consulenza Cocaina	3	–	–
	Centro Specialistico Ambulatoriale per Tossicodipendenti Immigrati	1	–	–
	Centro Specialistico Ambulatoriale per la prevenzione e cura delle dipendenze senza sostanza	1	–	–
	Centro Specialistico Ambulatoriale e Semiresidenziale per Alcolisti	1	12	12
Semiresidenziale	Centro Specialistico Semiresidenziale per trattamento psicopatologia	6	12	72
	Centro di Prima Accoglienza Semiresidenziale (Centro di prima Accoglienza bassa soglia , Drop in)	8	12	96
	Centro di Accoglienza Notturna Semiresidenziale	2	8	16
Residenziale	Centro Specialistico Residenziale per trattamento Cocaina	1	8	8
	Centro Specialistico Residenziale per trattamento Alcolisti	1	10	10
	Centro Specialistico Residenziale per trattamento pazienti con comorbidità psichiatrica	1	8	8
	Centro Specialistico Residenziale per minori coinvolti nel circuito penale a rischio di dipendenza	1	8	8
Sul campo	Unità Mobile di prevenzione / riduzione dei rischi in luoghi di aggregazione giovanili	3	–	–
	Unità Mobile di riduzione dei rischi in contesti di esplicito e diffuso consumo	1	–	–
	Unità Mobile per Prevenzione Patologie Correlate diurna	10	–	–
	U.M. Prevenzione rischi e prevenzione patologie Correlate	1	–	–
	Unità Mobile farmacologica	1	–	–
	Unità Mobile per Prevenzione Patologie Correlate (h24)	1	–	–
	TOTALE	45	–	230

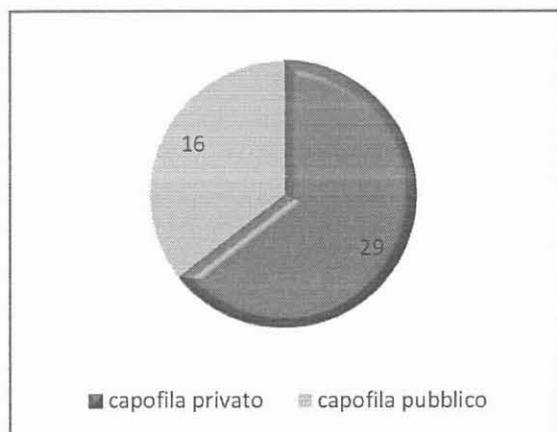
3.1.1. Riepilogo Posti tramite Progetti

Tab. 8 - Riepilogo Posti tramite Progetti

	n. strutture	n. Posti accreditati
Semiresidenziale Specialistico (Alcol)	1	12
Semiresidenziale Specialistico (Doppia diagnosi)	6	72
Semiresidenziale riduzione Danno	10	112
Totale Semiresidenziali	16	196
Residenziale Specialistico (minori)	1	8
Residenziale Specialistico (alcol)	1	10
Residenziale Specialistico (cocaina)	1	8
Residenziale Specialistico (doppia diagnosi)	1	8
Totale Residenziali	4	34
	20	230

I servizi assicurati tramite progetti sono gestiti, anche con forme di partenariato, complessivamente da 38 Enti, di cui 28 del privato sociale, 8 ASL e 2 Comuni. I Capofila di progetto sono in 29 casi Enti Privati ed in 16 casi Enti Pubblici (ASL e 1 Comune)

Fig. 8 - Tipologia dell'ente capofila



Senza partenariato	
11	Privato
6	Pubblico
Con Partenariato	
9	Capofila e Partner solo privati
9	Capofila Privato, Partner anche Pubblico
9	Capofila Pubblico, Partner anche Privato
1	Capofila Pubblico, Partner Pubblico

3.4. Sintesi dell'offerta di servizi

Il DCA13/2015 individua l'offerta assistenziale in base alla finalità del trattamento (valutativo diagnostico / pedagogico riabilitativo / terapeutico riabilitativo / riduzione del danno) e al setting di cura (ambulatoriale /semiresidenziale / residenziale /sul campo).

Per fissar il contesto in cui operano i servizi, si riporta il dato relativo alla popolazione residente, totale e per la fascia di età 15-64 anni, distinta per ex ASL (anno 2015)

Tab. 9 - Popolazione totale residente nel Lazio e fascia di età 15-64 anni

ASL	RM1		RM2		RM3	RM4	RM5	RM6	VT	RI	FR	LT	TOTALE
ex ASL	RMA	RME	RMB	RMC	RMD	RMF	RMG	RMH	VT	RI	FR	LT	
Tutte	502.734	543.462	746.943	555.085	600.370	325.995	500.218	567.239	321.955	158.981	572.472	496.971	5.892.425
15-64	327.323	350.242	496.786	353.645	385.409	217.169	335.489	378.437	208.573	101.684	379.474	326.560	3.860.791
% 15-64	65,1	64,4	66,5	63,7	64,2	66,6	67,1	66,7	64,8	64,0	66,3	65,7	65,5

Le sedi attive su scala regionale sono attualmente 122, ripartite tra ambulatoriali (55), semiresidenziali (24), residenziali (26) e sul campo (17)

Tab. 10 - Servizi offerti a livello regionale distribuzione per ex ASL, tipologia (rilevata da SIRD) e gestione (bianco=pubblici, grigio scuro = privato accreditato, grigio chiaro= progetti)

ASL	RM1		RM2		RM3	RM4	RM5	RM6	VT	RI	FR	LT	Totale			
ex ASL	RMA	RME	RMB	RMC	RMD	RMF	RMG	RMH	VT	RI	FR	LT	sedi regionali	sedi per tipologia	sedi per setting	
Ambul.	n. presidi pubblici SerD	5	3	5	4	2	3	5	5	4	2	4	5		47	55
	specialistico	1	2		1					1	1			2	8	
Semires.	Pedagogico				1			1			1				3	24
	Terapeutico			3		1									4	
	specialistico		1			1	2		1		1			1	7	
	RD	1	1	2	1	2		1		1		1			10	
Resid.	Pedagogico						1		4	3	1	4			13	26
	Terapeutico			1			4	1	1	2					9	
	Specialistico									1				3	4	
Sul Campo	CRD1 (Rischi)			1				1			1	1			4	17
	CRD2 (PPC)	2	1	2	1	1		1	1		1	1			11	
	CRD3 (Grandi eventi)													1	1	
	CRD4 (h24)													1	1	
sedi per ASL / macro-territori	9	8	14	8	7	10	9	13	11	5	12	8	8		122	
	37				32				36				8			

I servizi attualmente offerti consistono in:

3.4.1. Ambulatoriali:

- 43 Ser.D. con 47 sedi territoriali, che garantiscono i trattamenti valutativo diagnostico, terapeutico e di riduzione del danno. I servizi pubblici garantiscono altresì, come previsto dalla normativa istitutiva, interventi di prevenzione mirata e selettiva; partecipano alla realizzazione in interventi di prevenzione universale; svolgono infine funzione di raccordo della rete locale dei servizi per le dipendenze.
- 8 servizi a progetto su 9 sedi, che garantiscono i trattamenti specialistici. I servizi a valenza regionale sono allocati nei territori di ex RMA (Alcol) e ex RMC e Latina (senza sostanza); quest'ultimo progetto, infatti, ha garantito le prestazioni su due sedi.

Tab.11 - Sintesi numerica e grafica dei servizi ambulatoriali (da SIRD e da DCA 119/2013)

ASL	RM1		RM2		RM3	RM4	RM5	RM6	VT	RI	FR	LT	Regionali	TOTALE
ex ASL	RMA	RME	RMB	RMC	RMD	RMF	RMG	RMH	VT	RI	FR	LT		
n.sedi pubbliche	5	3	5	4	2	3	5	5	4	2	4	5		47
n. progetti	1	2	0	1	0	0	0	0	0	1	1	0	2	8
n. accreditati	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0		0
TOTALE	6	5	5	5	2	3	5	5	4	3	5	5	2	55
	RMA	RME	RMB	RMC	RMD	RMF	RMG	RMH	VT	RI	FR	LT	Regionali *	
diagnostico	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x		
terapeutico	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x		
specialistico	alcol (Parsec)	cocaina (ASL RME)		cocaina (CEIS)						alcol (ASL RI)	cocaina (ASLFR)		alcol (Polidamico)	
		immigrati (ASL RME)											Senza sostanza (CEIS)	
RD	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x		

* i servizi a valenza "regionale" sono allocati in: specialistico alcol in RM1; specialistico senza sostanza in due sedi presso la RM2 (ex RMC) e in LT

** nell'offerta dei servizi pubblici è ricompresa l'attività di prevenzione e di coordinamento delle reti locali per le dipendenze

3.4.2. Semiresidenziali:

- 7 sedi accreditate, che garantiscono trattamenti pedagogico riabilitativi (3) e terapeutico riabilitativi (4), per un totale di 238 posti
- 17 sedi a progetto, che garantiscono trattamenti specialistici (7) e di riduzione del danno (10) per un totale di 184 posti

Tab.12 - Sintesi numerica e grafica dei servizi semiresidenziali (da SIRD e da DCA 119/2013)

ASL	RM1		RM2		RM3	RM4	RM5	RM6	VT	RI	FR	LT	Sedi regionali	TOTALE
	RMA	RME	RMB	RMC										
n.sedi pubbliche	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0		0
n. progetti	1	2	2	1	3	2	1	1	1	1	0	1	1	17
n. accreditati	0	0	3	1	1	0	0	1	0	0	1	0		7
TOTALE	1	2	5	2	4	2	1	2	1	1	1	1	1	24

ex ASL	RMA	RME	RMB	RMC	RMD	RMF	RMG	RMH	VT	RI	FR	LT	Sedi regionali
Pedagogico				CEIS Antrosini - 120 posti				Aperide - 12 posti			Exodus - 10 posti		
Terapeutico			CEIS Appia - 50 posti		Villa Maraini - 31 posti								
			La Tenda - 8 posti										
			CPPT - 8 posti										
specialistico		Doppia Diagnosi (ASL RME) - 12 posti			Doppia Diagnosi (magliana 80) - 12 posti	Doppia Diagnosi (Mondo Nuovo) - 12 posti		Doppia Diagnosi (ASL RMH) - 12 posti			Doppia Diagnosi (ASL RI) - 12 posti		alcol (Policlinica)
						Doppia Diagnosi (Cooperate) - 12 posti							
RD	prima Accoglienza (Parsec) - 12 posti	prima Accoglienza D (Villa Maraini) - 12 posti	prima Accoglienza D (LA Tenda) - 12 posti	prima Accoglienza D (CEIS) - 12 posti	prima Accoglienza D (ASL RME) - 12 posti		prima Accoglienza D (Acquario 85) - 12 posti				prima Accoglienza D (ASL VT) - 12 posti		prima Accoglienza D (SAMAN) - 12 posti
			prima Accoglienza N (LA Tenda) - 8 posti		prima Accoglienza N (Villa Maraini) - 8 posti								

Tab.13 - Numero posti offerti attraverso i servizi semiresidenziali

	erogazione	n. strutture	n. Posti
Semiresidenziale Pedagogico Riabilitativo	accreditat.	3	142 *
Semiresidenziale Terapeutico Riabilitativo	accreditat.	4	96
Semiresidenziale Specialistico (Alcol)	progetti	1	12
Semiresidenziale Specialistico (Doppia diagnosi)	progetti	6	72
Semiresidenziale Riduzione Danno	progetti	10	112
Totale Semiresidenziali		24	434

* posti con utilizzo limitato, come descritto nel capitolo sull'utenza

3.4.3. Residenziali:

- 22 sedi accreditate, che garantiscono trattamenti pedagogico riabilitativi (13) e terapeutico riabilitativi (9), per un totale di 501 posti
- 4 sedi a progetto, che garantiscono trattamenti per un totale di 34 posti

Tab.14 Sintesi numerica e grafica dei servizi residenziali (da SIRD e da DCA 119/2013)

ASL	RM1		RM2		RM3	RM4	RM5	RM6	VT	RI	FR	LT	TOTALE
ex ASL	RMA	RME	RMB	RMC	RMD	RMF	RMG	RMH	VT	RI	FR	LT	
n. pubblici	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
n. progetti	0	1	0	0	0	1	0	1	1	0	0	0	4
n. accreditati	0	0	1	0	0	5	1	5	5	1	4	0	22
TOTALE	0	1	1	0	0	6	1	6	6	1	4	0	26

ex ASL	RMA	RME	RMB	RMC	RMD	RMF	RMG	RMH	VT	RI	FR	LT
Pedagogico						Mondo Nuovo-Sergetto- 8 posti		CEIS S. Carlo- 57 posti	Mondo Nuovo-Paradiso- 27 posti	Emmanuel- 13 posti	Exodus- 20 posti	
								Approdo- 8 posti	Mondo Nuovo-Speranza- 8 posti		IN Dialogo S. Rocco- 50 posti	
								Massimo- 11 posti	Mondo Nuovo-Cialepi- 8 posti		IN Dialogo II. Casale- 34 posti	
								Nuovi orizzonti - Casa Giula- 16 posti			Nuovi orizzonti - Il Piglio- 24 posti	
Terapeutico			CEIS Appia- 21 posti			Cooperative-Fratello Sole- 28 posti	Dianova- 18 posti	AVA- 10 posti	CEIS S.CRISPINO Palanzana- 20 posti			
						Parsec- 8 posti			CEIS S.CRISPINO La quercia- 40 posti			
						Serve dei poveri - G. Cusmano- 48 posti						
						Il Ponte- 24 posti						
Specialistico		Minori (ASL RME) - 8 posti				Cocaina (Il Carmina)- 8 posti 40 pazienti		Alcol (ASL RME) 10 posti	Doppia Diagnosi (CEIS S.CRISPINO) - 8 posti			

Tab.15 Numero posti offerti attraverso i servizi residenziali

	erogazione	n.	n. Posti
Residenziale Pedagogico Riabilitativo	accreditat.	13	284
Residenziale Terapeutico Riabilitativo	accreditat.	9	217
Residenziale Specialistico (minori)	progetti	1	8
Residenziale Specialistico (alcol)	progetti	1	10
Residenziale Specialistico (cocaina)	progetti	1	8
Residenziale Specialistico (doppia diagnosi)	progetti	1	8
Totale Residenziali		26	535

In totale sono disponibili 969 posti per programmi residenziali e semiresidenziali, utilizzando sia l'offerta dei servizi accreditati, sia l'offerta garantita dagli ex progetti.

Tab. 16 - Numero di posti residenziali e semiresidenziali disponibili per ASL/ex ASL e tipologia rilevata da SIRD

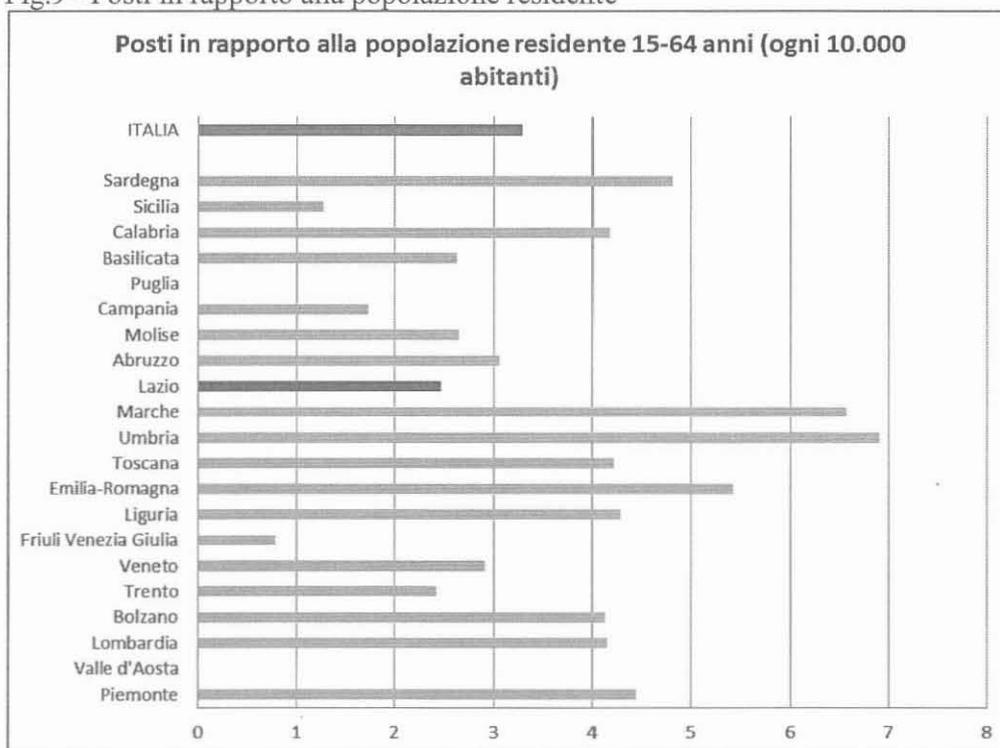
ASL	RM1		RM2		RM3	RM4	RM5	RM6	VT	RI	FR	LT	Totale		
ex ASL	RMA	RME	RMB	RMC	RMD	RMF	RMG	RMH	VT	RI	FR	LT	sedi regionali	posti per tipologia	posti per setting
Semires.	Pedagogico			120				12			10			142	434
	Terapeutico		66		30									96	
	specialistico		12		12	24		12		12			12	84	
	RD	12	12	20	12	20		12	12			12		112	
Resid.	Pedagogico					8		92	43	13	128			284	535
	Terapeutico			21		108	18	10	60					217	
	Specialistico								8				26	34	
sedi per ASL/ macro-territori	12	24	107	132	62	140	30	126	123	25	138	12	38		969
	337				296				298				38		

Il rapporto tra posti disponibili (accreditati e/o a progetto) e popolazione della fascia 15-64 anni corrisponde a 2,5 posti ogni diecimila abitanti.

In relazione alla attuale offerta di trattamento residenziale e semiresidenziale è necessario considerare il rapporto medio nazionale posti/abitanti, che è pari a 3,3 ogni 10 mila abitanti. Le regioni del Nord Italia hanno una media pari al 4, il Centro al 3,9 ed il Sud e Isole al 1,9.

Applicando il rapporto medio nazionale alla popolazione del Lazio, si ottiene un fabbisogno pari a 1.254 posti di residenzialità / semiresidenzialità; applicando la media delle regioni del Centro Italia si ottiene un fabbisogno pari a 1.480 posti di residenzialità / semiresidenzialità.

Fig.9 - Posti in rapporto alla popolazione residente



Attualmente, come descritto, la Regione Lazio offre in tutto 969 posti tra Residenziali accreditati (terapeutico 217; pedagogico 287), Residenziali specialistici da Progetti (34), Semiresidenziali accreditati (terapeutico 96; pedagogico 146) e Semiresidenziali specialistici da progetto (84).

È evidente che l'offerta di posti attualmente accreditati o disponibili da progetto non è equiparabile all'offerta delle altre regioni del Centro Nord: ciò indica che la popolazione residente nel Lazio ha minore accessibilità a tali trattamenti in ambito locale e, per fruire delle cure, deve ricorrere anche a servizi extraregionali.

3.4.4. Sul Campo:

- 17 Unità Mobili, a progetto, che garantiscono prevenzione patologie correlate (11), riduzione dei rischi (4), riduzione dei rischi e prevenzione patologie correlate in luoghi di diffuso consumo (1) e intervento h24 (1). Il progetto dell'Unità Mobile della ASL Frosinone gestisce due differenti Unità Mobili (riduzione dei rischi + prevenzione patologie correlate)

Tab.17 - Sintesi numerica e grafica dei servizi sul campo (da DCA 119/2013)

ASL	RM1		RM2		RM3	RM4	RM5	RM6	VT	RI	FR	LT	Sedi regionali	TOTALE
ex ASL	RMA	RME	RMB	RMC	RMD	RMF	RMG	RMH	VT	RI	FR	LT		
n. pubblici	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
n. progetti	2	1	3	1	1	0	2	1	0	0	2	2	2	17
n. accreditati	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
TOTALE	2	1	3	1	1	0	2	1	0	0	2	2	2	17

ex ASL	RMA	RME	RMB	RMC	RMD	RMF	RMG	RMH	VT	RI	FR	LT	Sedi regionali
CRD1 (Prevenzione Patologie Correlate)	UPP (Parsec)	UPP (ASL RME)	UPP (Villa Maraini)	UPP (IBIS)	UPP (Magliana SD)		UPP (Il Cammino)	UPP (ASL RMH)			UPP (ASL FR)	UPP (Il Cammino)	
	UPP Stazione Termini (Villa Maraini)		UPP Stazione Tiburtina (La tendai)										
CRD2 (Riduzione dei Rischi)			UG (Parsec)				UG (Folias)				UG (ASL FR)	UG (Astralabio)	
CRD3 (Esplicito consumo - Grandi eventi)													Grandi eventi (Il Cammino)
CRD4 Unità h24													UPP h 24 (Villa Maraini)

4. UTENZA ATTUALE

4.1. Sistema di monitoraggio

Sia i Ser.D. che gli Enti del Privato sociale accreditato, sono tenuti, dal 1991, a rispondere al Sistema Informativo regionale, gestito dal Dipartimento di Epidemiologia SSR, che ha permesso nel tempo di seguire la popolazione in trattamento.

Al termine del 2015 tutte le ASL, ad eccezione della RMG, sono rispondenti al Sistema di Sorveglianza regionale, anche se non tutti i presidi garantiscono una adeguata rispondenza.

Per motivi tecnici, non vengono ancora analizzate le prestazioni relative alla somministrazione farmacologica che sono registrate su altro sistema, che sarà interfacciato con quello regionale nella seconda metà del 2016. Inoltre le sedi operative dei Ser.D. interne agli Istituti penitenziari non sono collegate alla rete informatica regionale; pertanto solo parzialmente sono registrati i dati relativi alla popolazione detenuta (laddove sia possibile effettuare la registrazione presso i Ser.D. esterni di riferimento territoriale): rimangono attualmente esclusi totalmente i presidi presso i 2 più popolosi Istituti riferiti alla ASL ex-RMA (Regina Coeli) e alla ASL ex-RMB (Rebibbia). Si sottolinea inoltre che il passaggio al nuovo software regionale e alla nuova sede del DEP, ha comportato interruzioni nel flusso informativo ed ha penalizzato la completezza dei dati, in particolare per i nuovi utenti. Per tutte queste motivazioni, il dato complessivo sull'utenza presso i Ser.D. è da ritenersi sottostimata.

Gli Enti del Privato Sociale, nel periodo tra il 2004 e il 2015 non hanno più inviato, per motivi tecnici, dati sull'utenza/prestazioni in concomitanza con l'introduzione del software regionale per il Sistema di Sorveglianza Dipendenze. Dal 2016, con l'avvio del nuovo software SIRD (Sistema Informativo Regionale Dipendenze) tutti gli Enti accreditati sono tenuti alla corretta rispondenza.

I servizi gestiti attraverso i progetti Fondo Regionale Lotta alla Droga attualmente rispondono al Sistema regionale di Monitoraggio, analogamente gestito dal Dipartimento di Epidemiologia SSR. Tutti i servizi a progetto rispondono in modo puntuale e completo al debito informativo previsto. È in programmazione l'integrazione del software regionale SIRD, al fine di rilevare utenza e prestazioni dei servizi attualmente gestiti a livello progettuale. Per quanto riguarda i servizi ambulatoriali, semiresidenziali e residenziali la rispondenza al sistema informativo è prevista entro il secondo trimestre del 2016. Per quanto riguarda i servizi Sul Campo, la rispondenza al SIRD sarà attuata nel secondo semestre 2016.

4.2. Domanda di trattamento e utenza

Dalla numerosità della popolazione della fascia di età 15-64 anni, pari a circa 3.861.000 abitanti (65% del totale), si può stimare per il territorio della Regione Lazio:

- popolazione con uso problematico di cannabis: circa 38 mila persone, in base a quanto proposto nell'ambito della Relazione al Parlamento 2015 sulle Droghe (1% della popolazione 15-64 anni)
- popolazione che necessita trattamento per eroina: circa 15mila e 500 persone, in base a quanto proposto dalla Relazione Europea 2015 dell'OEDT, relativamente all'Italia (0,4% della popolazione 15-64 anni)
- popolazione che necessita trattamento per cocaina: circa 8mila e 900 persone, in base a quanto proposto dalla Relazione Europea 2015 dell'OEDT, relativamente all'Italia (0,23% della popolazione 15-64 anni)
- popolazione che necessita di trattamento per alcol: circa il 13,2% della popolazione oltre 11 anni presenta comportamenti a rischio per consumo di alcolici, in relazione consumo quotidiano non moderato, binge drinking, consumo di giovani con età inferiore ai 16 anni (relazione al Parlamento 2014)



- popolazione che necessita di trattamento per doppia diagnosi: stima non attualmente disponibile in relazione all'ampia variabilità di range riportati in letteratura in funzione delle categorie diagnostiche, dei territori di riferimento e dei criteri di inclusione. L'unica dato di riferimento stabile, risulterebbe essere il 15% della popolazione in trattamento presso i servizi per le dipendenze, pari a circa 2.400 già in carico ai servizi rispondenti al sistema (riferimento Carrà & Johnson, 2008)
- popolazione che necessita di trattamento per patologia da gioco d'azzardo: tra 25.000 e 110.000 persone, corrispondenti rispettivamente allo 0,5 ed al 2,2 % della popolazione con più di 14 anni, in base a quanto stimato nello studio del Ministero della Salute del 2012.



4.3. Servizi Ambulatoriali

Tendendo conto che il dato complessivo sull'utenza presso i Ser.D. è da ritenersi sottostimata, come già descritto, si rileva che:

- L'utenza dei Servizi per le dipendenze del Lazio si rileva stabile nel tempo, con circa 14.000 – 16.000 utenti l'anno
- L'utenza accede ai servizi soprattutto per uso problematico di sostanze illegali (nel 2015 il 76,2%)
- L'utenza che accede ai Ser.D. per problemi di alcolismo è pari al 16,2% dei pazienti Ser.D.
- Recentemente si rileva l'accesso ai servizi per problematiche legate al gioco patologico (2,6%) ed ad altre dipendenze (tecnologie digitali, problemi legati all'alimentazione ecc.).
- Ogni anno tra il 20% ed il 25% dei pazienti in carico ai servizi sono nuovi utenti.

Per quanto concerne gli alcolisti, è da evidenziare che all'utenza in carico ai Ser.D. (pari a circa 2.300 persone) si aggiungono circa 2.200 utenti in carico presso le due strutture ospedaliere monitorate dal Centro di Riferimento Alcolologico del Lazio (Ospedale San Camillo con circa 800 pazienti e lo stesso CRAL con circa 1.400 pazienti) (Fonte dati: CRAL - 2014). Il totale degli alcolisti in carico ai servizi pubblici e monitorati dei sistemi regionali risulta essere pari a circa 4.500 persone.

Tab. 18 - Utenza * Ser.D. distinti per area primaria di intervento. Lazio 2015

Sostanze Stupefacenti		Alcol		Gambling		Altra Dipendenza**		Totale	
n°	%	n°	%	n°	%	n°	%	n°	%
11.125	76,1	2.372	16,2	384	2,6	778	5,3	14.617	100,0

Fonte: Sistema Informativo Dipendenze Regione Lazio

* esclusi i plurimi ricorsi ** farmaci dopanti, sesso, tecnologie digitali.

Tab. 19 – Utenza * Ser.D. distinti per genere e nuovi utenti o prevalenti. Lazio 2015

Pazienti con dipendenza primaria da:	Nuovi				Già in Carico o Rientrati				Totale			
	Maschi	Femmine	Totale	%	Maschi	Femmine	Totale	%	Maschi	Femmine	Totale	%
Sostanze stupefacenti	1934	237	2171	65,0	8102	1119	9221	79,8	9841	1324	11163	76,2
Alcol	574	162	736	22,0	1372	287	1659	14,4	1935	449	2384	16,3
Gambling	143	32	175	5,2	180	31	211	1,8	322	63	385	2,6
Altre dipendenze	196	60	256	7,7	385	82	467	4,0	571	139	710	4,8
TOTALE	2847	491	3338	100,0	10039	1519	11558	100,0	12669	1975	14642	100,0

Fonte: Sistema Informativo Dipendenze Regione Lazio

* esclusi i plurimi ricorsi

Tab. 20 - Utenza Ser.D. distinti per area primaria di intervento e sostanze stupefacenti primaria. Lazio 2015

ASL	RMI				RM2				RM3		RM4		RM5		RM6		VT		RI		FR		LT		TOTALE			
es-ASL	RMA*		RME		RMB*		RMC		RMD		RMF		RMG		RMI		VT		RI		FR		LT					
rispondenza al SIRD	n.	Ser.D. rispond.																										
		5	3	3	3	5	4	4	4	2	2	3	3	5	0	5	5	4	4	2	1	4	4	5	5	47	37	
Utenza totale	606		1539		2696		1220		1586		931		n.r.		1694		1518		467		1667		1134		15059			
	n. pazienti	%																										
Sostanze stupefacenti illegali	512	84,5	1312	85,3	2230	86,4	952	78,0	1343	84,7	716	76,9	n.r.	n.r.	1223	72,2	906	59,7	219	46,9	1173	70,4	944	83,2	11630	77,2		
Alcool	78	12,9	187	12,2	221	8,2	134	11,0	173	10,9	162	17,4	n.r.	n.r.	381	22,5	517	34,1	216	46,3	174	10,4	150	13,2	2393	15,9		
Gambling	1	0,2	6	0,4	74	2,7	78	6,4	25	1,6	16	1,7	n.r.	n.r.	52	3,1	55	3,6	21	4,5	44	2,6	13	1,1	385	2,6		
Altra dipendenza o n.r.	15	2,5	35	2,3	72	2,7	56	4,6	47	3,0	38	4,1	n.r.	n.r.	40	2,4	47	3,1	11	2,4	280	16,8	44	3,9	685	4,5		
Dettaglio sostanza primaria per utenti in carico per problema principale "sostanze stupefacenti illegali"																												
oppiace	414	80,9	667	50,8	1463	62,8	617	64,8	913	68,0	480	67,0	n.r.	n.r.	707	57,8	568	62,7	173	79,0	658	56,1	752	79,7	7412	63,7		
cocaina	36	7,0	197	15,0	515	22,1	106	11,1	173	12,9	114	15,9	n.r.	n.r.	192	15,7	92	10,2	8	3,7	165	14,1	101	10,7	1699	14,6		
cannabinoide	21	4,1	83	6,3	82	3,5	23	2,4	68	5,1	33	4,6	n.r.	n.r.	42	3,4	126	13,9	7	3,2	40	3,4	37	3,9	562	4,8		
altro	2	0,4	16	1,2	12	0,5	3	0,3	6	0,4	6	0,8	n.r.	n.r.	6	0,5	4	0,4	1	0,5	3	0,3	1	0,1	80	0,5		
non noto**	7,6		26,6		11,1		21,3		13,6		11,6		n.r.		22,6		12,8		13,7		26,2		5,6		16,3			

Fonte: Sistema Informativo Dipendenze Regione Lazio

* tra i Ser.D. non rispondenti delle ASL ex RMA ed ex RM/B sono compresi il Ser.D. interno all'istituto penitenziario di Regina Coeli che dichiara oltre 800 pazienti e quello interno all'istituto penitenziario di Rebibbia che dichiara oltre 2000 pazienti annui

** la categoria "non noto" corrisponde in larga misura ai nuovi utenti, per i quali l'interruzione del funzionamento del SIRD durante il 2015 ha comportato l'impossibilità temporanea di immissione dati

La distribuzione regionale mostra una forte concentrazione dell'utenza nel territorio del comune di Roma, che accoglie il 60% dei pazienti del Lazio a fronte del 50% della popolazione residente sempre nel Lazio. La media degli utenti per singola sede è pari a 390 utenti l'anno, con una media superiore nelle sedi situate nel Comune di Roma, (pari a circa 500 utenti l'anno). Si registra, in ogni caso, una grande variabilità tra i servizi ubicati nei capoluoghi di provincia e quelli situati in aree territoriali più piccole.

Il Sistema Informativo ha permesso di registrare oltre 760.000 prestazioni che sono comunque largamente sottostimate, per i motivi già descritti.

La variabilità di utenza in carico, in funzione della tipologia di addiction e della singola sostanza in caso di droghe illegali, è da attribuire a possibili fattori, anche concomitanti: differente offerta da parte dei servizi in funzione delle professionalità disponibili (conseguente differenza di attrattività), differenza nella prevalenza di specifici disturbi di uso di sostanza (es. alcolismo o GAP).

Tab. 21 - Pazienti in carico ai 33 Ser.D. (corrispondenti a 37/47 sedi attive) rispondenti al sistema, distinti per area primaria di intervento. Lazio 2015

Rispondenza SerD Lazio 2015	Sostanze stupefacenti illegali	Alcool	Tabacco	Gambling	Tecn Digitali	Farmacî o Dopanti	Disturbi Alimentari	Dipendenza da sesso	Altra Dipendenza	n.r.	Totale
	11654	2415	54	399	11	37	1	13	94	763	15441
ASL ROMA 1 (EX RMA) via dei riari*	n.r.	n.r.	n.r.	n.r.	n.r.	n.r.	n.r.	n.r.	n.r.	n.r.	n.r.
ASL ROMA 1 (EX RMA) via dei frentani	173	19	0	0	0	0	0	0	0	12	204
ASL ROMA 1 (EX RMA) montesacro / rovani	318	57	3	1	0	0	0	0	0	25	404
ASL ROMA 1 (EX RME) p.zza delle 5 giornate	524	74	0	0	0	1	0	0	3	18	620
ASL ROMA 1 (EX RME) via di val cannuta	163	16	0	0	0	1	0	0	0	0	180
ASL ROMA 1 (EX RME) p.zza s.m. piet�	589	95	1	6	0	0	0	0	0	9	700
ASL ROMA 2 (EX RMB) via teodorico	575	27	1	40	0	2	1	0	0	33	679
ASL ROMA 2 (EX RMB) via dei platani	464	102	0	0	1	2	0	0	0	2	571
ASL ROMA 2 (EX RMB) via casilina	943	40	0	1	0	1	0	1	12	0	998
ASL ROMA 2 (EX RMB) via sestili	407	53	0	36		1	0	0	2	13	512
ASL ROMA 2 (EX RMC) via casilina	277	9	0	0	0	0	0	0	0	2	288
ASL ROMA 2 (EX RMC) s. giovanni in laterano	173	10	0	2	0	0	0	0	1	0	185
ASL ROMA 2 (EX RMC) via appia antica	266	87	40	71	0	0	0	0	1	4	469
ASL ROMA 2 (EX RMC) p.le umanesimo	178	26	0	5	0	1	0	0	0	8	218
ASL ROMA 3 (EX RMD) via tagaste	687	107	4	16	0	3	0	0	5	28	850
ASL ROMA 3 (EX RMD) via del caseletto	665	64	0	9	2	2	0	0	2	15	759
ASL ROMA F civitavecchia	316	33	0	4	0	0	0	0	0	6	359
ASL ROMA F bracciano	162	53	0	5	0	1	0	0	3	12	236
ASL ROMA F capena	230	79	0	11	1	3	0	0	1	59	384
ASL ROMA G tivoli	n.r.	n.r.	n.r.	n.r.	n.r.	n.r.	n.r.	n.r.	n.r.	n.r.	n.r.
ASL ROMA G subiaco	n.r.	n.r.	n.r.	n.r.	n.r.	n.r.	n.r.	n.r.	n.r.	n.r.	n.r.
ASL ROMA G palestrina	n.r.	n.r.	n.r.	n.r.	n.r.	n.r.	n.r.	n.r.	n.r.	n.r.	n.r.
ASL ROMA G colferro	n.r.	n.r.	n.r.	n.r.	n.r.	n.r.	n.r.	n.r.	n.r.	n.r.	n.r.
ASL ROMA H Frascati / Ciampino	378	153	0	17	1	3	0	0	7	7	566
ASL ROMA H velletri	133	43	0	2	0	1	0	0	0	5	184
ASL ROMA H genzano	199	79	1	11	0	1	0	1	1	16	309
ASL ROMA H nettuno	520	111	0	24	0	1	0	0	0	6	662
ASL LATINA aprilia	134	45	0	1	0	0	0	0	0	21	201
ASL LATINA priverno	177	21	0	0	0	1	0	0	1	3	203
ASL LATINA terracina	226	8	1	4	0	0	0	0	0	2	241
ASL LATINA formia	211	12	0	10	0	0	0	0	0	39	272
ASL FROSINONE frosinone / ceccano	549	71	1	19	0	0	0	2	0	55	697
ASL FROSINONE sora	235	31	0	3	0	1	0	2	0	35	307
ASL FROSINONE cassino	420	73	0	24	0	2	0	7	3	45	574
ASL RIETI rieti/poggiomirteto	196	219	0	21	0	1	0	2	0	6	445
ASL VITERBO montefiascone	102	130	0	1	0	1	0	0	1	0	235
ASL VITERBO tarquinia	29	4	0	1	0	0	0	0	0	18	52
ASL VITERBO viterbo	624	241	0	48	1	2	0	1	5	116	1038
ASL VITERBO civit� castellana	172	155	0	6	3	1	0	0	1	9	347

Fonte: Sistema Informativo Dipendenze Regione Lazio

*Iniziata rispondenza dal 1° gennaio 2016

Nel 2015, tra i nuovi utenti in trattamento, il 21% sono consumatori di cocaina e il 25% di eroina, ma il dato mancante su questa informazione per i nuovi utenti è del 48%. Tale mancanza di informazione è dovuta ai cambiamenti del SIRD già descritti nel precedente punto “sistema di monitoraggio”.

I vecchi utenti continuano ad essere prevalentemente consumatori di eroina e costituiscono il 72% del totale, i cocainomani sono il 13% e le persone in trattamento per uso di cannabis sono il 3,9%. È invece irrilevante il ricorso ai servizi per consumo di altre sostanze, tra cui anche le cosiddette “nuove droghe”.

Tab.22 - Utenti Ser.D.: Dipendenza da sostanze stupefacenti illegali

sostanza o comportamento primario	Nuovi				Gia' in Carico o Rientrati				Totale			
	Maschi	Femmine	Totale	%	Maschi	Femmine	Totale	%	Maschi	Femmine	Totale	%
Oppiacei	507	89	596	25.3	5785	887	6672	72.2	6208	963	7170	63.5
Cocaina	459	41	500	21.2	1115	88	1203	13	1556	128	1684	14.9
Cannabis	160	10	170	7.2	326	33	359	3.9	485	43	528	4.7
Allucinogeni	0	0	0	0	6	1	7	0.1	6	1	7	0.1
Psicofarmaci	4	3	7	0.3	23	5	28	0.3	27	8	35	0.3
Stimolanti	3	0	3	0.1	12	3	15	0.2	15	3	18	0.2
Altro	2	0	2	0.1	1	1	2	0	3	1	4	0
Non noto	1010	122	1132	48.1	947	107	1054	11.4	1950	225	2175	19.3
TOTALE	2095	260	2355	20.8	8126	1115	9241	81.8	9959	1340	11297	100

Le persone in trattamento per dipendenza da alcool nel 2015 sono state 2434, in questo caso i nuovi pazienti sono stati il 33% del totale.

Tab. 23 - Utenti Ser.D.: Dipendenza da alcool

sostanza o comportamento primario	Nuovi				Gia' in Carico o Rientrati				Totale			
	Maschi	Femmine	Totale	%	Maschi	Femmine	Totale	%	Maschi	Femmine	Totale	%
Superalcolici	21	14	35	4,8	27	1	28	1,7	48	15	63	2,6
Aperit,amari,digest	3	2	5	0,7	9	1	10	0,6	12	3	15	0,6
Vini	91	37	128	17,4	124	36	160	9,6	215	73	288	12,1
Birra	61	18	79	10,7	52	12	64	3,9	113	30	143	6,0
Energy drink	0	0	0	0,0	0	0	0	0,0	0	0	0	0,0
Binge drinking	0	0	0	0,0	0	0	0	0,0	0	0	0	0,0
Alcol generico	204	24	228	31,0	920	202	1122	67,6	1120	226	1346	56,5
Altre bevande	0	0	0	0,0	0	0	0	0,0	0	0	0	0,0
Non noto	197	67	264	35,9	244	36	280	16,9	441	103	544	22,8
TOTALE	574	162	736	100,0	1372	287	1659	100,0	1935	449	2384	100,0

Nel corso del 2015 hanno richiesto ai Ser.D. un intervento per gioco d'azzardo 385 soggetti, il 45% dei quali sono nuovi utenti; grazie al nuovo sistema informativo che ne permette la codifica, si riescono a rilevare le varie tipologie di gioco dei pazienti.

Tab.24 - Utenti Ser.D.: Gioco d'azzardo patologico

	Nuovi				Gia' in Carico o Rientrati				Totale			
	Maschi	Femmine	Totale	%	Maschi	Femmine	Totale	%	Maschi	Femmine	Totale	%
Gioco d'azzardo (non specificato)	93	20	113	65,7	170	31	201	95,3	262	51	313	82,1
Gioco d'azzardo (specificato)	50	12	62	35,4	10	0	10	4,7	60	12	72	18,7
TOTALE	143	32	175	100,0	180	31	211	100,0	322	63	385	100,0
Specifica Gioco d'azzardo												
Corse animali	2	1	3	1,7	0	0	0	0,0	2	1	3	0,8
Giochi di carte	1	0	1	0,6	0	0	0	0,0	1	0	1	0,3
Casinò	12	3	15	8,6	3	0	3	1,4	15	3	18	4,7
Videogiochi	18	4	22	12,6	6	0	6	2,8	24	4	28	7,3
Lotterie	10	4	14	8,0	1	0	1	0,5	11	4	15	3,9
Scommesse	4	0	4	2,3	0	0	0	0,0	4	0	4	1,0
Azzardo su internet	3	0	3	1,7	0	0	0	0,0	3	0	3	0,8

N.B. La specifica sulla tipologia di Gioco d'Azzardo è disponibile per i dati inseriti dopo la revisione del SIRD. che ne ha permesso l'immissione

In ambito penitenziario risultano assistiti dai Ser.D. (in relazione a giornata indice del 31 dicembre 2015) 2.062 persone adulte, di cui 1877 soggetti per problemi connessi all'uso di sostanze illegali e 185 per problemi di alcolismo, su 5730 detenuti totali. Nel corso dell'intero anno 2014 risultano essere stati in carico (droghe e alcol) ai Ser.D. interni alle strutture penitenziaria circa 4400 persone. Ad essi si aggiungono i minori reclusi presso l'Istituto Penitenziario Minorile di Casal del Marmo che insiste nella ex RME.

Va segnalato che alcuni servizi rispondono al monitoraggio regionale sul carcere, unicamente facendo riferimento a dati cartacei (Regina Coeli, Rebibbia e Rieti), gli altri utilizzano, almeno in parte, i dati già immessi nel Sistema Informativo SIRD.

Tab. 25 - Utenti detenuti in carico al Ser.D.

	RMA		RMB		RMF		RMH		LT		FR			VT	RI	Totale	
	Regina Coeli	Rebibbia	Rebibbia Fem	CC. NC. Civit.	CR Civit	CC Velletri	CC Latina	CC. Frosinone	CR. Pallano	CC. Cassino	CC. VT	CC. RI					
	maschi	maschi	femmine	maschi	femmine	maschi	maschi	maschi	femmine	maschi	maschi	femmine	maschi	maschi	maschi		
	853	1756	298	462	28	84	521	121	28	564	70	6	239	441	259	5730	
Dipendenza da sostanze illegali al	18-24 anni	54	53	19	10	1	1	22	2	0	7	0	0	2	0	8	179
	25-34 anni	128	245	22	35	4	5	51	2	0	34	0	0	20	18	37	601
	35-44 anni	70	316	31	33	3	6	55	13	0	48	0	0	17	24	33	649
	45-54 anni	67	162	17	28	0	4	25	3	0	18	0	0	9	6	23	362
	55-64 anni	5	54	2	3	0	1	6	1	0	2	0	0	0	2	6	82
	>64 anni	0	1	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	2	4
	totale	324	831	91	109	8	17	160	21	0	109	0	0	48	50	109	1877
dipendenza da alcol al	30	102		2	0	24		0		9			4	0	14	185	
% in carico al SerD su	41,5	53,1	30,5	24,0	28,6	20,2	35,3	17,4	0,0	20,9	0,0	0,0	21,8	11,3	47,5	36,0	
Totale annuo 2014	855	2.410		311	34	166	75	234		52	171	92	4400				

4.4. Servizi Accreditati

È stato richiesto a tutti i Ser.D. la rilevazione puntuale sui singoli invii per trattamenti residenziali o semiresidenziali effettuati nel corso di 18 mesi (gennaio 2014 - giugno 2015). Sono stati rilevati, per ogni invio effettuato:

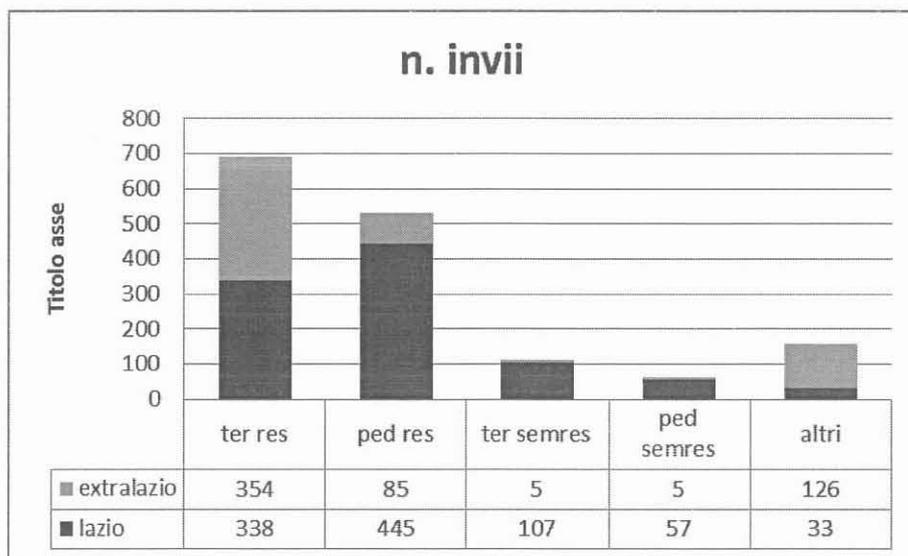
- Ser.D. inviante
- Denominazione struttura accreditata di accoglienza
- Luogo di collocazione della struttura (regione /extra-regione)
- tipologia assistenziale (pedagogico riabilitativa, terapeutico riabilitativa, specialistica)
- importo della retta giornaliera
- n. giornate di degenza nel periodo di osservazione

Dall' analisi emergono alcuni elementi significativi:

Risultano essere stati effettuati dai Ser.D. (nel corso del periodo di osservazione) 3.110 invii per trattamenti residenziali e semiresidenziali. Tali invii per circa il 90% dei casi riguarda trattamenti di tipo residenziale. Poco meno della metà degli invii è rivolto a programmi terapeutico riabilitativi residenziali. Un 10% è relativo a invii per trattamenti specialistici ("Altri"), nella maggioranza dei casi per comorbidità psichiatrica. In questo caso, l'utilizzo di strutture extra-regionali corrisponde alla mancanza di strutture accreditate in tal senso in regione. I casi comunque trattati nel Lazio, sono stati inviati a strutture esclusivamente psichiatriche, in accordo con i DSM e con rette pagate al 50% tra i Ser.D. e DSM. Tali strutture psichiatriche, pur disponibili ad accogliere utenti con problemi anche di dipendenza, non hanno un accreditamento specifico.

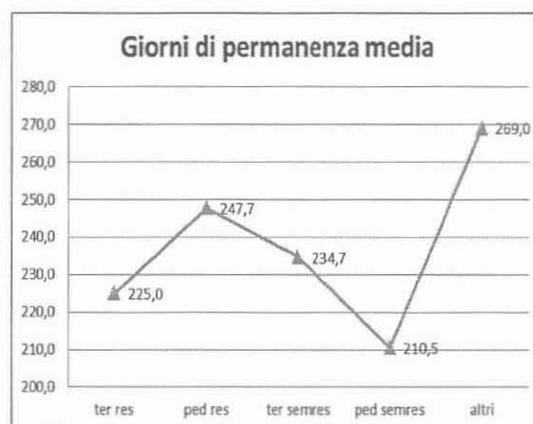
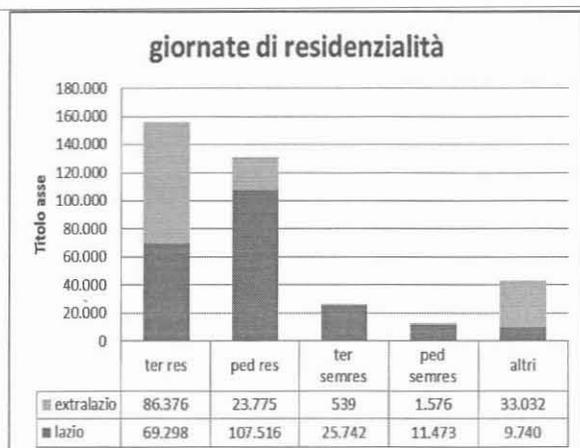
Altro dato rilevante, per l'analisi del fabbisogno, risulta essere l'elevato numero di invii extraregionali per trattamenti terapeutico riabilitativo (circa il 51% degli invii). Tale dato è da leggere in collegamento alle corrispondenti giornate di residenzialità, come di seguito illustrato.

Fig. 10 - Invii alle strutture residenziali e semiresidenziali dai Ser.D. del Lazio nel corso di 18 mesi



Gli invii effettuati corrispondono, nel loro insieme, a 369.067 giornate nell'arco del periodo di osservazione: tali giornate corrispondono ad una occupazione media giornaliera di 675 posti. Le giornate totali di degenza media, nel periodo di osservazioni, variano in funzione della tipologia assistenziale: la presenza più prolungata è per programmi specialistici, cui seguono programmi pedagogico riabilitativi e terapeutico riabilitativi. Tale dato va letto congiuntamente con la numerosità delle interruzioni precoci dei programmi stabiliti.

Fig.11 - Giornate di residenzialità per tipologia assistenziale e luogo di erogazione - giorni medi di assistenza



In particolare è da segnalare la tipologia “terapeutico riabilitativo residenziale” che determina la maggiore richiesta extra regionale e per la quale sono occupati mediamente al giorno 127 posti nel Lazio e 158 fuori Lazio. Non in tutti i casi la scelta è direttamente proposta dal Ser.D.; infatti in alcuni casi è la stessa struttura di accoglienza che invia il paziente dalla sede situata nel Lazio ad altra propria sede situata in altre regioni; in altri casi si tratta di detenuti presi in carico dal Ser.D. intracarcerario ed inviati a strutture della regione di residenza originaria del paziente; in altri casi, infine, si tratta di scelta, sulla base delle esigenze e delle richieste del paziente, sulla specifico programma ritenuto più idoneo al Profilo clinico.

Per le strutture “altro”, corrispondenti nella grande maggioranza a specialistico doppia diagnosi, il rapporto tra posti occupati in regione ed extra regione è circa 1:3, come già evidenziato in relazione al numero di invii.

Tab. 26 - Media dei posti occupati giornalmente

	ter res	ped res	ter semres	ped semres	altri	totale
lazio	127	197	47	21	18	409
extralazio	158	43	1	3	60	266
totale	285	240	48	24	78	675

In sintesi è possibile confrontare le giornate di trattamento residenziale /semiresidenziale erogate (intra ed extraregione) con le giornate “teoricamente” disponibili con gli attuali posti accreditati, valorizzati al 100% della loro occupazione. Da tale analisi si evince che l’offerta semiresidenziale accreditata è in esubero ed è poco utilizzata, soprattutto per i trattamenti pedagogico-riabilitativi semiresidenziali. Tale tipologia, d’altra parte, non è più ricompresa nella riorganizzazione della rete dei servizi di cui al DCA 13/2015. L’analisi della domanda di trattamento di questa tipologia determina la presa d’atto che i posti accreditati non sono utilizzati e rispondono ad una offerta teorica e non operativa.

Per quanto riguarda i trattamenti residenziali, sembra essere adeguata l’offerta di trattamento pedagogico-riabilitativo, mentre è comunque insufficiente l’offerta terapeutico-riabilitativa. In questo ultimo caso, è da notare comunque, come già illustrato, che non vengono utilizzati completamente i posti disponibili, ma si ricorre all’offerta extraregionale.

Tab. 27 - Giornate erogate in 18 mesi /n° posti corrispondenti per assistenza residenziale/semiresidenziale tramite strutture accreditate

		Lazio utilizzate	extra Lazio utilizzate	totale utilizzate	Attuale offerta regionale
Semiresidenziale Pedagogico Riabilitativo	n. giornate	11.473	1.576	13.049	77.674
	posti equivalenti al giorno	21	3	24	142
Semiresidenziale Terapeutico Riabilitativo	n. giornate	25.742	539	26.281	52.512
	posti equivalenti al giorno	47	1	48	96
Totale Semiresidenziali	n. giornate	37.236	2.118	39.354	130.186
	posti equivalenti al giorno	68	4	72	238
Residenziale Pedagogico Riabilitativo	n. giornate	107.516	23.775	131.291	155.348
	posti equivalenti al giorno	197	43	240	284
Residenziale Terapeutico Riabilitativo	n. giornate	69.298	86.376	155.674	118.699
	posti equivalenti al giorno	127	158	285	217
Totale Residenziali Ped e Terapeutico	n. giornate	176.814	110.151	286.965	274.047
	posti equivalenti al giorno	323	201	525	501

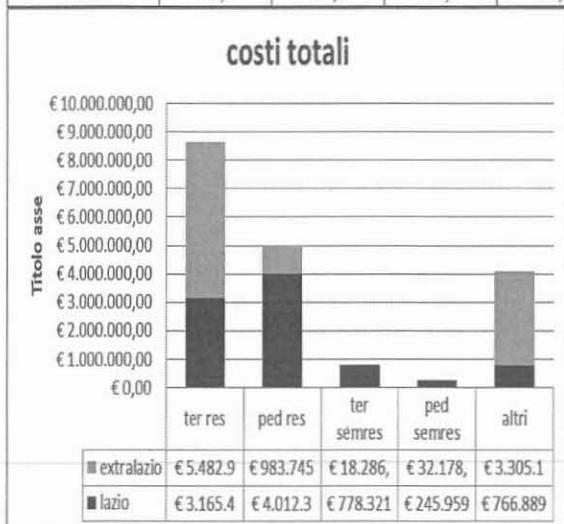
Relativamente ai costi sostenuti dal sistema per garantire queste tipologie di trattamento, si rileva che nel periodo gennaio 2014-giugno 2015 la spesa complessiva è stata pari a circa 18.800.000 euro, corrispondente ad una spesa annua di 12 milioni e 240 mila euro.

La percentuale di spesa extra regionale è pari al 52,3% dell'intero importo. Tali dati devono tener conto che, nel periodo di osservazione, le rette in vigore nella Regione Lazio erano sensibilmente inferiori alla media dei costi delle rete delle altre regioni, per tutte le tipologie assistenziali.

Da gennaio 2016, con l'adeguamento delle rette, la previsione di spesa intra-regionale viene modificata.

Tab. 28 - Spesa per tipologia assistenziale e ripartizione percentuale

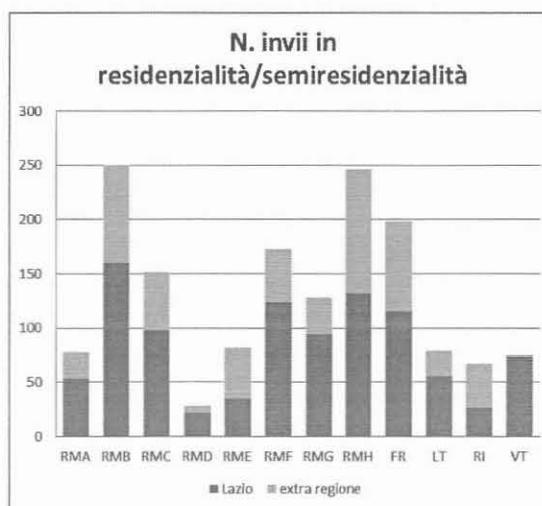
	ter res	ped res	ter semres	ped semres	altri	Totale
lazio	36,6	80,3	97,7	88,4	18,8	47,7
extralazio	63,4	19,7	2,3	11,6	81,2	52,3
totale	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0



Altro dato significativo da analizzare è la differenziazione di utilizzo di programmi residenziali/semiresidenziali effettuata tra le ASL, che si riflette sia sul numero totale di invii sia, di giornate impegnate sia, ovviamente, sui costi totali. In tale differenziazione va tenuto conto che nelle ASL su cui insiste Istituto Penitenziario, i programmi per misure alternative alla detenzione per tossicodipendenti ai sensi del DPR 309/90 e s.m.i. sono a carico della ASL inviante, in relazione alle indicazioni regionali previste nella DGR 230/2009. Pertanto le ASL RMB, FR, RMA, RMH, RMF, VT, RI, LT (in ordine per numerosità di detenuti presenti) hanno un carico superiore rispetto a quello previsto in base alla popolazione residente.

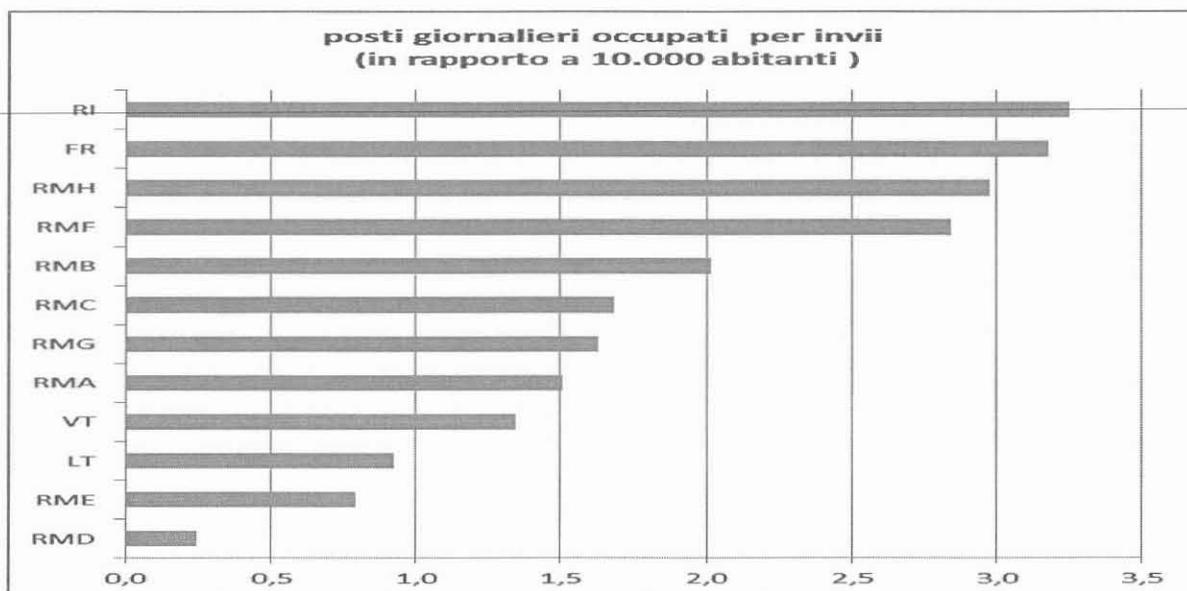
Tab.29 - Invii ai servizi regionali ed extraregionali da parte delle ex ASL

	Lazio	extra regione	Totale
RMA	53	25	78
RMB	160	90	250
RMC	98	53	151
RMD	22	6	28
RME	35	47	82
RMF	124	49	173
RMG	94	34	128
RMH	132	114	246
FR	115	83	198
LT	55	24	79
RI	26	41	67
VT	73	2	75
Totale	987	568	1555



Tali dati devono essere rapportati alla popolazione residente in ogni territorio, per analizzare il grado di accessibilità al trattamento assicurato da ogni ASL. È da considerare che, su scala nazionale, sono programmati una media di 3,5 posti di residenzialità/semiresidenzialità ogni 10 mila abitanti (con una media di poco inferiore ai 4 posti nelle regioni del Centro e del Nord). Dai dati regionali disponibili si evince che gli invii presso strutture accreditate, quindi con esclusione degli invii presso i servizi gestiti a progetto, corrispondono ad una media regionale pari a 1,7 posti occupati giornalmente ogni 10 mila abitanti (minimo 0,2 – massimo 3,2). Tale variabilità sembra dipendere da vincoli (criteri clinici, economici, logistici o altro) posti da ogni singola azienda. In ogni caso risulta estremamente differente l'accessibilità al trattamento per singola ASL e comunque inferiore a quello nazionale.

Fig.12 - Rapporto tra posti occupati giornalmente in residenzialità/semiresidenzialità e abitanti, suddivisi per ASL



4.5. Progetti ex Fondo Regionale Lotta alla Droga.

4.5.1. Centri specialistici ambulatoriali

Gli 8 centri specialistici ambulatoriali sono rivolti a target di utenza specifici.

I capofila di questi progetti sono equamente distribuiti tra ASL e Privato Sociale e fino ad oggi hanno risposto a flussi informativi diversificati e quindi non sono strettamente confrontabili:

- i progetti il cui capofila è la ASL hanno risposto con al Sistema Informativo Regionale Dipendenze attraverso il programma SIRD che associa ogni singola prestazione al singolo paziente,
- i progetti con capofila Privato hanno risposto attraverso la compilazione e l'invio di schede mensili, riportanti informazioni relative alla erogazione di prestazioni con dati aggregati.

Nel 2015 le persone in trattamento presso i centri ambulatoriali specialistici di riferimento, attivi da circa 5 anni sul territorio regionale, sono state oltre 1300, ogni giorno complessivamente gli 8 ambulatori hanno erogato 219 prestazioni con un totale quasi 50.000 nel periodo di 12 mesi considerato.

Tab. 30 - Centri ambulatoriali specialistici di riferimento – 12 mesi di attività

	RMA Alcol (dati aggregati)	RI Alcol (SIRD)	REGIONALE Alcol (dati aggregati)	RMC Cocaina (dati aggregati)	RME Cocaina (SIRD)	FR Cocaina (SIRD)	REGIONALE Senza Sostanze (dati aggregati)	RME Immigrati (SIRD)	Totale
Persone in carico	86	317	132	57	73	168	90	414	1337
Prestazioni	3927	11495	11300	3930	979	3019	4500	10760*	49910
Prestazioni medie giornaliere	19	55	43	19	5	15	22	41	219

*comprende prestazioni relative alla somministrazione farmaci sostitutivi

4.5.2. Servizi semiresidenziali

Tramite Servizi semiresidenziali sono garantiti 184 Posti.

Tali tipologia di servizi va ad integrare l'offerta erogata dal privato accreditato:

- con i semiresidenziali specialistici per psicopatologia, la Regione ha voluto dare una risposta alla mancanza di offerta di strutture accreditate per doppia diagnosi. L'utenza totale nel corso di 12 mesi di attività è stata di circa 293 persone, il dettaglio è indicato nella tab. 31.
- con il semiresidenziale specialistico per alcol, la Regione ha assicurato una presa in carico diurna per pazienti alcolisti con alta compromissione dello stato di salute. Tale servizio ha un'utenza annua di 60 persone, con una presenza media giornaliera di 8 soggetti.
- con i semiresidenziali di riduzione del danno, diurni e notturni, la Regione ha garantito per oltre 15 anni, azioni di Prevenzione delle Patologie Correlate al fine di diminuire i rischi connessi alla diffusione di malattie infettive e alla carenza di gestione della salute fisica. Inoltre, attraverso il supporto e l'accoglienza a quelle persone che pur avendo un problema di dipendenza, non sono ancora in grado di intraprendere un percorso terapeutico, questi servizi costituiscono il primo approccio ad un servizio strutturato per favorire la possibilità di avviare un eventuale percorso di trattamento terapeutico. L'utenza totale circa 1400 persone, il dettaglio è indicato nella tab. 32.

Tab.31 - Centri specialistici semiresidenziali per persone con psicopatologia (DD) – 12 mesi di attività

	RMD	RME	RMF	RMF	RMH	RI	Totale
Persone in carico	39	28	34	89	80	23	293
Presenza media giornaliera*	18	6	8	4	6	5	47
Persone in carico mediamente al giorno**	20	12	10	19	28	10	99

* persone presenti mediamente ogni giorno al servizio

** persone in carico nel periodo, indipendentemente dalla presenza giornaliera

Tab.32 - Centri semiresidenziali Riduzione del Danno– 12 mesi di attività

	RMA	RMB	RMB	RMC	RMD	RMD	RME	RMG	VT	LT	Totale
Tipologia	Diurno	Diurno	Notturmo	Diurno	Diurno	Notturmo	Diurno	Diurno	Diurno	Diurno	
Persone accolte	152	307	170	245	193	137	77	113	84	134	1423
Presenza media/ persona	19	23	22	45	33	19	48	27	31	23	29
Presenze media giornaliera	9	23	12	35	20	8	12	10	8	10	147

4.5.3. Servizi residenziali

Tramite Servizi residenziali sono garantiti in totale 34 posti.

Tali tipologie di servizi vanno ad integrare l'offerta erogata dal privato accreditato soprattutto verso target di utenza molto specifica:

- minori del circuito penale con problemi di uso e/o abuso di sostanze stupefacenti. Utenti totali annui 20, inviati dalla Giustizia Minorile. La quasi totalità risulta idonea per l'inserimento in residenzialità
- persone con doppia diagnosi. Il servizio accoglie 26 persone annue, con una presenza media di 9 persone al giorno.
- cocainomani per trattamenti modulari (di 3/7 giorni) ad alta intensità. Sono prese in carico 82 persone l'anno, con una media mensile di 38 persone. Queste ruotano nelle giornate di residenzialità, alternate alle fasi pre-residenziali e infra-residenziali. La presenza media giornaliera nelle residenzialità è di 6 persone per modulo.
- alcolisti per residenzialità brevi. Le persone prese in carico annualmente sono state 38, con una presa in carico per fase residenziale di 15 persone. La presenza media giornaliera nella residenzialità è di 6 persone.

Tab.33 - Centri Residenziali Specialistici – 12 mesi di attività

	VT	REGIONALE		
	Doppia Diagnosi	Cocaina	Alcol	Minori
Persone prese in carico	26	82	38	20
Persone inserite nella fase residenziale	26	56	15	18
Persone presenti mediamente al giorno/modulo	9	6	6	4

4.5.4. Sul campo

Nell'ottica di offerta di servizi di prossimità per la prevenzione della salute delle persone che usano, abusano o sono dipendenti dalle sostanze stupefacenti e di conseguenza della stessa popolazione generale, sono attive dal 1993 le unità mobili di riduzione del danno (11 unità mobili per la prevenzione delle patologie correlate all'uso di sostanze ed 1 unità mobile 24 h per la prevenzione della mortalità per overdose). Dall'inizio del 2000 sono state attivate anche le unità mobili per la prevenzione dei rischi rivolte soprattutto a giovani e giovani adulti con la finalità di informare, sensibilizzare e assicurare azioni di prevenzione ed di primo intervento nei luoghi di maggiore aggregazione e consumo (4 unità mobili giovani ed 1 unità mobile che interviene nei luoghi di forte ed esplicito consumo, come concerti, rave, ecc).

Tab.34 - Unità mobili- 12 mesi di attività

		RM1			RM2			RM3		RM5	RM6	VT	RI	FR	LT	Regionale	Totale
		RMA Stazione Termini	RME	RMB	RMB Stazione Tiburtina	RMC	RMD		RMG	RMH	VT	RI	FR	LT			
Unità Prevenzione Patologie Correlate CRD1	Contatti totali	2243	5337	3411	26217	4912	2136	2517		2020	2566			2849	5699		60107
	Contatti medi giornalieri	9	21	13	100	19	8	10		8	9			11	22		230
	Nuovi contatti	38	100	37	68	41	33	72		32	27			51	47		546
Unità Riduzione Rischi Giovani CRD2	N°uscite				73					101				127	188		489
	Contatti con giovani				4473					3036				7967	3412		18888
	Contatti medi ad uscita				61					30				63	18		172
Unità diffuso ed esplicito consumo CRD3	Contatti totali															12000	12000
	contatti medi ad uscita															87	
Unità h 24 (città di Roma) CRD4	Contatti totali															4146	4146
	contatti medi ad uscita															11	
	n° interventi per overdose															39	

5. FABBISOGNO

Per definire il fabbisogno, come indicato nella premessa (cap.1) si fa riferimento ai seguenti elementi:

- Consumi, anche problematici, di sostanze nella popolazione generale (15-64 anni) e nella popolazione giovanile (cap.2)
- Offerta attuale di assistenza (cap.3)
- Utenza in trattamento presso i servizi regionali (cap.4).

Dai dati sui consumi emerge la necessità di aumentare l'offerta per rispondere alla popolazione con disturbo da uso di sostanza (principalmente cocaina e cannabis) che non accede in modo considerevole alla rete di trattamento. I tempi di latenza (da inizio consumi continuativi a richiesta di trattamento) sono molto elevati per queste sostanze, comportando un aggravamento dei quadri clinici, un aumento di rischio di patologie correlate ed un aumento di costi diretti ed indiretti per le cure.

5.1. Fabbisogno ambulatoriale

I trattamenti ambulatoriali devono essere potenziati al fine di:

- avviare trattamenti precoci, diminuendo il tempo di latenza tra consumo problematico e domanda di trattamento
- garantire una adeguata e appropriata offerta di trattamento ambulatoriale, al fine di ottimizzare la risposta terapeutica nell'ambiente di vita del paziente
- assicurare una offerta anche specialistica adeguata alle diverse tipologie di pazienti, che necessitano di trattamenti per quadri clinici complessi o per forme di addiction attualmente meno trattate
- garantire una risposta per la riduzione danno, anche con apertura in h 24.

5.1.1. I Servizi Pubblici per le Dipendenze devono assicurare l'intera gamma di offerta comprensiva di servizio Valutativo Diagnostico, Terapeutico, Specialistico e di Riduzione del Danno.

I Ser.D. devono essere potenziati per garantire quanto previsto dalla legge istitutiva degli stessi, in conformità ai LEA; oltre a quanto già previsto per tutti i servizi ambulatoriali, il potenziamento della rete pubblica è finalizzato a:

- migliorare l'offerta valutativa-diagnostica, per assicurare l'appropriatezza dei trattamenti individualizzati, in conformità con quanto previsto dalle indicazioni e normative regionali. Tale funzione è finalizzata anche a garantire specifica appropriatezza di eventuale invio in regime di residenzialità / semiresidenzialità,
- garantire interventi territoriali di prevenzione e di coordinamento della rete dei servizi per le dipendenze
- assicurare l'intera gamma dei trattamenti ambulatoriali all'interno degli Istituti Penitenziari

Devono avere, di norma, un numero di sedi attive pari al numero di Distretti sanitari.

Tab.35 - Numero sedi per i Servizi pubblici per le Dipendenze (Ser.D.)

Sedi Ser.D.					
ASL	numero distretti	Istituti Penitenziari	sedi esistenti	sedi programmate	differenza (sedi da attivare)
RM 1	8	2	8	8	0
RM 2	8	4	9	9	0
RM 3	4		2	3	1
RM 4	4	2	3	3	0
RM 5	6		5	5	0
RM 6	5	1	5	5	0
VT	5	1	4	4	0
RI	6	1	2	2	0
FR	4	3	4	4	0
LT	5	1	5	5	0

5.1.2. Servizi ambulatoriali terapeutici

L'attuale offerta dei Servizi ambulatoriali terapeutici, pur nella necessità di potenziamento di risorse per un migliore funzionamento delle sedi attive, risulta sufficiente per una adeguata distribuzione territoriale.

5.1.3. Servizi ambulatoriali specialistici

Risulta necessario attivare alcune sedi per servizi ambulatoriali specialistici, anche in riferimento alla loro distribuzione territoriale. Tali servizi devono essere potenziati per garantire una adeguata accessibilità ai pazienti che necessitino un trattamento focale mirato in funzione della particolare complessità del loro quadro clinico, come indicato nel DCA 13/2015 (es. craving non controllato, alta frequenza di riuso dopo remissione, alto rischio di compromissione della vita di relazione, ecc).

La distribuzione territoriale tiene conto in modo combinato dei seguenti elementi:

- numerosità della popolazione residente;
- tipologia dell'utenza già in trattamento;
- prevalenza di patologia per tipo di dipendenza;

- capacità attrattiva dei servizi già esistenti.

Tab.36 - Servizi ambulatoriali Specialistici

ASL	Tipologia	Esistenti	Accreditate	Programmate	Differenza (da attivare/accreditare)
RM 1	Alcol	2	0	2	2
	Cocaina	1	0	1	1
	Immigrati	1	0	1	1
RM 2	Alcol	0	0	1	1
	Cocaina	1	0	1	1
	Senza sostanza	1	0	1	1
RM3	Alcol	0	0	1	1
RM 4	Cocaina	0	0	1	1
	Alcol	0	0	1	1
RM 5	Alcol	0	0	1	1
RM 6	Alcol	0	0	1	1
VT	Cocaina	0	0	1	1
	Alcol	0	0	1	1
RI	Alcol	1	0	1	1
FR	Cocaina	1	0	1	1
	Alcol	0	0	1	1
LT	Senza sostanza	1	0	1	1
	Alcol	0	0	1	1

5.1.4. Servizi ambulatoriali Riduzione Danno h.24/ Drop in

L'attività di riduzione del danno è svolta, di norma, dalle Unità di strada. Ad integrazione di queste, per la città metropolitana di Roma, è prevista la presenza di un ambulatorio di riduzione del danno/drop in aperto h24 come punto di riferimento stabile

Tab. 37 - Servizi ambulatoriali Riduzione Danno h.24

ASL	Sedi esistenti	Sedi accreditate	Sedi programmate	Differenza(da attivare/accreditare)
ROMA	1	0	1	1

Fabbisogno semiresidenziale

In relazione al fabbisogno semiresidenziale, considerata l'offerta attuale, l'utenza in trattamento, il confronto con la disponibilità di posti nelle altre regioni italiane, si evidenzia il seguente quadro:

- Pedagogici riabilitativi: il basso utilizzo dei posti semiresidenziali pedagogico-riabilitativi (media 24 posti giornalieri occupati su una disponibilità teorica di 142, senza ricorso a offerta extra-regionale) mostra che questi posti, da tempo, non sono stati attivati nei fatti; pertanto l'attuale teorica "riduzione" indicata corrisponde ad una esclusiva presa d'atto della assenza di operatività;

-Terapeutici riabilitativi: si ritiene necessario aumentare la loro presenza

--Specialistici (doppia diagnosi): attualmente erogati esclusivamente tramite progetti, e Specialistici per alcolisti, attualmente un unico servizio erogato tramite progetto, a seguito dell'entrata in vigore del DPCM 12 gennaio 2017 "Definizione e aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza di cui all'art.1,comma7,del decreto legislativo 30 dicembre 1992,n.502", la tipologia semiresidenziale specialistica non è garantita dai nuovi LEA.

--Riduzione del danno: attualmente erogati esclusivamente tramite progetti, si ritiene necessario attivare, ove non esistenti, almeno un servizio da 12 posti.

Fabbisogno Semiresidenziale

ASL	Tipologia	Esistenti		Accreditati		Programmati		Differenza (da attivare/accreditare)	
		Sedi	Posti	Sedi	posti	Sedi	Posti	Sedi	Posti
RM1	Specialistico doppia diagnosi	1	12	0	0	0	0	0	0
	Specialistico alcol	1	12	0	0	0	0	0	0
	Riduzione danno	2	24	0	0	2	24	2	24
	Terapeutico	0	0	0	0	1	25	1	25
RM2	Terapeutico	3	66	3	66	3	66	0	0
	Pedagogico	1	120	1	120	2	50	1	-70
	Riduzione danno	3	32	0	0	3	32	3	32
RM3	Terapeutico	1	30	1	30	1	30	0	0
	Specialistico doppia diagnosi	1	12	0	0	0	0	0	0
	Riduzione danno	2	20	0	0	2	20	2	20
RM4	Specialistico doppia diagnosi	2	24	0	0	0	0	0	0
	Riduzione danno	0	0	0	0	1	12	1	12
RM5	Riduzione danno	1	12	0	0	1	12	1	12
RM6	Pedagogico	1	12	1	12	1	12	0	0
	Riduzione danno	0	0	0	0	1	12	1	12
	Specialistico doppia diagnosi	1	12	0	0	0	0	0	0
VT	Terapeutico	0	0	0	0	1	20	1	20
	Riduzione danno	1	12	0	0	1	12	1	12
RI	Specialistico doppia diagnosi	1	12	0	0	0	0	0	0
	Riduzione danno	0	0	0	0	1	12	1	12

FR	Pedagogico	1	10	1	10	1	10	0	0
	Riduzione danno	0	0	0	0	1	12	1	12
LT	Terapeutico	0	0	0	0	1	20	1	20
	Riduzione danno	1	12	0	0	1	12	1	12

Regione Lazio

Specialistico doppia diagnosi	6	72	0	0	0	0	0	
Specialistico alcol	1	12	0	0	0	0	0	
Pedagogico	3	142	3	142	4	72	-70	-70
Terapeutico	4	96	4	96	7	161	65	65
Riduzione danno	10	112	0	0	14	160	160	160
Totale complessivo	24	434	7	238	25	393	18	225

5.3. Fabbisogno residenziale

Si rende necessario un incremento complessivo di offerta di posti al fine di allinearsi con l'offerta media nazionale (media nazionale che è comunque inferiore alla media delle regioni del Centro e del Nord) e garantire una adeguata accessibilità alle cure, anche monitorando i criteri di vincolo adottati dalle ASL per gli invii per di trattamenti residenziali. Inoltre risulta necessario recuperare il forte ricorso a strutture extra regionali, presente anche nei casi di non pieno utilizzo delle risorse interne.

- Pedagogici riabilitativi: risultano corrispondere ad una offerta numericamente adeguata
- Terapeutici riabilitativi: risultano non essere sufficientemente adeguati né alla attuale richiesta interna, né alla corrispondenza dell'offerta su scala nazionale.
- Specialistici (doppia diagnosi, cocaina, alcol, minori coinvolti nel circuito penale, GAP, madre bambino): attualmente erogati esclusivamente tramite progetti.
 - Doppia diagnosi: corrisponde alla tipologia per la quale c'è maggiore ricorso a strutture extraregionali specialistiche, ovvero a strutture psichiatriche non accreditate per le dipendenze, pertanto se ne prevede un incremento rispetto a quanto già fornito tramite Progetti.
 - Minori coinvolti nel circuito penale: la disponibilità dei posti, utilizzati in funzione degli invii stabiliti dall'Amministrazione Penitenziaria, deve essere considerata offerta indipendente dai posti giornalmente occupati, che pertanto risultano essere sufficienti.
 - Cocaina: attualmente erogati esclusivamente tramite progetti, che rispondono alle attuali esigenze di cura, tenendo conto che gli 8 posti in residenzialità corrispondono ad una presa in carico di 40 pazienti per periodo. Pertanto il numero di posti messi a disposizione tramite progetti corrisponde in numero adeguato all'attuale fabbisogno
 - Alcol: attualmente erogati esclusivamente tramite progetti; anche per questa categoria vi è ricorso a strutture specialistiche extraregionali, pertanto se ne prevede un incremento rispetto a quanto già fornito .
 - Madre Bambino: attualmente tipologia non erogata, pertanto deve essere prevista almeno un minima offerta
 - GAP : si prevede di attivare una sede di 8 posti

RESIDENZIALI

Tipologia	Esistenti		Accreditati		Programmati		Differenza (da attivare/accreditare)	
	Sedi	Posti	Sedi	posti	Sedi	Posti	Sedi	Posti
Pedagogico	13	284	13	284	13	284	0	0
Terapeutico	9	217	9	217	12	287	3	70
Specialistico minori circuito penale	1	8	0	0	1	8	1	8
Specialistico alcol	1	10	0	0	2	20	2	20
Specialistico cocaina	1	8	0	0	1	8	1	8
Specialistico doppia diagnosi	1	8	0	0	3	24	3	24
Specialistico madre bambino	0	0	0	0	1	10	1	10
Specialistico Gap	0	0	0	0	1	8	1	8
TOTALE	26	535	22	501	34	649	12	148

5.4. Fabbisogno servizi sul campo

Attualmente l'offerta è garantita tramite progetti. Con proposta di DCA nr. 18799/2017 DCA 214/2015" Requisiti minimi autorizzativi strutturali, tecnologici ed organizzativi per l'esercizio delle attività sanitarie e socio-sanitarie nell'ambito delle patologie da dipendenza e dei comportamenti di addiction di cui al DCA 13/2015. Integrale sostituzione dei paragrafi 3.6, 4.7, 7.6 di cui all'ALL.C del DCA 8/2011". Modifica Allegato A paragrafi 3.6.3.3; 3.6.3.4; 4.7.1.3.3 e 7.6., sono state previste due tipologie di unità mobili e precisamente:

-Unità Mobile Prevenzione Patologie Correlate con orario di apertura di 36 ore settimanali, articolate su sei giorni a settimana per almeno sei ore;

-Unità Mobile Riduzione dei Rischi con orario di apertura dalle ore 20 alle ore 8 per 7 giorni alla settimana

Tab. 40 - Servizi sul campo

Tipologia	Esistenti	Accreditati	Programmati	Differenza(da attivare/accreditare)
Unità Prevenzione Patologie Correlate CRD1	11	0	0	0
Unità Riduzione RischiGiovani CRD2	4	0	0	0
Unità diffuso ed esplicito consumo CRD3	1	0	0	0

Unità h24 (Roma e Provincia) CRD4	1	0	0	0
Unità Mobile Prevenzione Patologie Correlate	0	0	11	11
Unità Mobile Riduzione Rischi	0	0	6	6

Delimitazione territoriale Servizi sul Campo										
	RM1	RM2	RM3	RM4	RM5	RM6	VT	RI	FR	LT
Unità Mobile Prevenzione Patologie Correlate	3	3	1		1	1			1	1
Unità Mobile Riduzione Rischi	2	2							1	1

SINTESI FABBISOGNO

AMBULATORIALI

Servizi ambulatoriali Specialistici

ASL	Tipologia	Esistenti	Accreditate	Programmate	Differenza (da attivare/accreditare)
RM 1	Alcol	2	0	2	2
	Cocaina	1	0	1	1
	Immigrati	1	0	1	1
RM 2	Alcol	0	0	1	1
	Cocaina	1	0	1	1
	Senza sostanza	1	0	1	1
RM3	Alcol	0	0	1	1
RM 4	Cocaina	0	0	1	1
	Alcol	0	0	1	1
RM 5	Alcol	0	0	1	1
RM 6	Alcol	0	0	1	1
VT	Cocaina	0	0	1	1
	Alcol	0	0	1	1
RI	Alcol	1	0	1	1
FR	Cocaina	1	0	1	1
	Alcol	0	0	1	1
LT	Senza sostanza	1	0	1	1
	Alcol	0	0	1	1

AMBULATORIALI SEDI SERD

ASL	NUMERO DISTRETTI	ISTITUTI PENITENZIARI	SEDI ESISTENTI	SEDI PROGRAMMATE	DIFFERENZA (DA ATTIVARE)
RM1	8	1	8	8	0
RM2	8	4	9	9	0
RM3	4		2	3	1
RM4	4	2	3	3	0
RM5	6		5	5	0
RM6	5	1	5	5	0
VT	5	1	4	4	0
RI	6	1	2	2	0
FR	4	3	4	4	0
LT	5	1	5	5	0

AMBULATORIALI RIDUZIONE DANNO H24

ASL	ESISTENTI	ACCREDITATE	PROGRAMMATE	DIFFERENZA (DA ATTIVARE/ACCREDITARE)
ROMA E PROVINCIA	1	0	2	2

SEMIRESIDENZIALI

ASL	Tipologia	Esistenti		Accreditati		Programmati		Differenza (da attivare/accreditare)	
		Sedi	Posti	Sedi	posti	Sedi	Posti	Sedi	Posti
RM1	Specialistico doppia diagnosi	1	12	0	0	0	0	0	0
	Specialistico alcol	1	12	0	0	0	0	0	0
	Riduzione danno	2	24	0	0	2	24	2	24
	Terapeutico	0	0	0	0	1	25	1	25
RM2	Terapeutico	3	66	3	66	3	66	0	0
	Pedagogico	1	120	1	120	2	50	1	-70
	Riduzione danno	3	32	0	0	3	32	3	32
RM3	Terapeutico	1	30	1	30	1	30	0	0
	Specialistico doppia diagnosi	1	12	0	0	0	0	0	0
	Riduzione danno	2	20	0	0	2	20	2	20
RM4	Specialistico doppia diagnosi	2	24	0	0	0	0	0	0
	Riduzione danno	0	0	0	0	1	12	1	12
RM5	Riduzione danno	1	12	0	0	1	12	1	12
RM6	Pedagogico	1	12	1	12	1	12	0	0
	Riduzione danno	0	0	0	0	1	12	1	12
	Specialistico doppia diagnosi	1	12	0	0	0	0	0	0
VT	Terapeutico	0	0	0	0	1	20	1	20
	Riduzione danno	1	12	0	0	1	12	1	12
RI	Specialistico doppia diagnosi	1	12	0	0	0	0	0	0
	Riduzione danno	0	0	0	0	1	12	1	12
FR	Pedagogico	1	10	1	10	1	10	0	0
	Riduzione danno	0	0	0	0	1	12	1	12
LT	Terapeutico	0	0	0	0	1	20	1	20
	Riduzione danno	1	12	0	0	1	12	1	12

Regione Lazio

Specialistico doppia diagnosi	6	72	0	0	0	0	0	
Specialistico alcol	1	12	0	0	0	0	0	
Pedagogico	3	142	3	142	4	72	-70	-70
Terapeutico	4	96	4	96	7	161	65	65
Riduzione danno	10	112	0	0	14	160	160	160
Totale complessivo	24	434	7	238	25	393	18	225

RESIDENZIALI

Tipologia	Esistenti		Accreditati		Programmati		Differenza (da attivare/accreditare)	
	Sedi	Posti	Sedi	posti	Sedi	Posti	Sedi	Posti
Pedagogico	13	284	13	284	13	284	0	0
Terapeutico	9	217	9	217	12	287	3	70
Specialistico minori circuitto penale	1	8	0	0	1	8	1	8
Specialistico alcol	1	10	0	0	2	20	2	20
Specialistico cocaina	1	8	0	0	1	8	1	8
Specialistico doppia diagnosi	1	8	0	0	3	24	3	24
Specialistico madre bambino	0	0	0	0	1	10	1	10
Specialistico Gap	0	0	0	0	1	8	1	8
TOTALE	26	535	22	501	34	649	12	148

SUL CAMPO

Tipologia	Esistenti	Accreditati	Programmati	Differenza(da attivare/accreditare)
Unità Prevenzione Patologie Correlate CRD1	11	0	0	0
Unità Riduzione RischiGiovani CRD2	4	0	0	0
Unità diffuso ed esplicito consumo CRD3	1	0	0	0
Unità h24 (Roma e Provincia) CRD4	1	0	0	0
UnitàMobile Prevenzione Patologie Correlate	0	0	11	11
Unità Mobile Riduzione Rischi	0	0	6	6

Delimitazione territoriale Servizi sul Campo

	RM1	RM2	RM3	RM4	RM5	RM6	VT	RI	FR	LT
Unità Mobile Prevenzione Patologie Correlate	3	3	1		1	1			1	1
Unità Mobile Riduzione Rischi	2	2							1	1

TOTALE POSTI RESIDENZIALI/SEMIRESIDENZIALI

Tipologia	Esistenti		Accreditati		Programmati		Differenza (da attivare/accreditare)	
	Sedi	Posti	Sedi	posti	Sedi	Posti	Sedi	Posti
RESIDENZIALI	26	535	22	501	34	649	12	148
SEMIRESIDENZ.	24	434	7	238	25	393	18	225
TOTALE	50	969	29	739	59	1042	30	373