

**MINISTERO DELLA SALUTE
DIPARTIMENTO DELLA PREVENZIONE E DELLA COMUNICAZIONE
DIREZIONE GENERALE DELLA PREVENZIONE SANITARIA**

*UFFICIO IX "PROMOZIONE COMPORTAMENTI E STILI DI VITA PER LA SALUTE E RELATIVI INTERVENTI IN MATERIA DI
DIPENDENZA DA FARMACI E SOSTANZE DA ABUSO E DI AIDS, COMPRESA LA COOPERAZIONE CON I PAESI ESTERI"*

**RILEVAZIONE ATTIVITÀ
NEL SETTORE TOSSICODIPENDENZE
– ANNO 2002 –**

ROMA, APRILE 2004

Dipartimento della prevenzione e della comunicazione

Direttore: Dott.ssa Antonella Cinque

Direzione generale della prevenzione sanitaria

Direttore: Dott. Fabrizio Oleari

Ufficio IX

Direttore: Dott.ssa Fiorenza D'Ippolito

A cura di:

Fiorenza D'Ippolito

Pietro Canuzzi

Daniela Galeone

Stefania Vasselli

Paola Fanfoni

Romina Pendenza

**MINISTERO DELLA SALUTE
DIPARTIMENTO DELLA PREVENZIONE E DELLA COMUNICAZIONE
DIREZIONE GENERALE DELLA PREVENZIONE SANITARIA**

UFFICIO IX "PROMOZIONE COMPORTAMENTI E STILI DI VITA PER LA SALUTE E RELATIVI INTERVENTI IN MATERIA DI DIPENDENZA DA FARMACI E SOSTANZE DA ABUSO E DI AIDS, COMPRESA LA COOPERAZIONE CON I PAESI ESTERI"

1. Premessa

1.1 L'attuale sistema di monitoraggio dell'utenza dei SERT

Il D.P.R. 309/90 ha demandato al Ministero della sanità il compito di rilevare correntemente informazioni sugli aspetti epidemiologici della tossicodipendenza, sulle patologie correlate e sulle attività svolte dai Servizi pubblici per le tossicodipendenze (SERT) in materia di cura e riabilitazione dei soggetti con problemi di droga.

A tal fine, con decreto ministeriale del 3 ottobre 1991¹, sono stati definiti i modelli per la rilevazione dei dati statistici relativi all'attività e alle caratteristiche strutturali dei SERT. Tali modelli sono stati in vigore fino al giugno del 1997.

Con il decreto ministeriale del 20 settembre 1997 "Modifica delle schede di rilevamento dei dati relativi alle attività dei Servizi pubblici per le tossicodipendenze (SERT)"² sono stati definiti nuovi modelli di rilevazione in vigore a partire dalla rilevazione al 15 dicembre 1997. Tale ridefinizione si è resa opportuna al fine di migliorare la qualità della rilevazione e di adattarla maggiormente alle recenti esigenze informative sul fenomeno della tossicodipendenza.

Le modifiche, a grandi linee, sono consistite nella eliminazione delle informazioni rivelatesi nel tempo poco utili o non attendibili (ad es. analisi delle urine), nella ridefinizione delle modalità richieste per alcuni tipi di informazioni (tipologia di trattamento; tipo di sostanza stupefacente d'abuso) e nella introduzione di informazioni importanti al fine di una migliore valutazione dell'attività dei Servizi (ad es.: soggetti "appoggiati"; personale in rapporto "a convenzione") o di una più adeguata conoscenza del fenomeno tossicodipendenza (ad es.: uso primario per via endovenosa; positività epatite virale C)³.

Attualmente, in base al sopradetto decreto, vengono effettuate due tipi di rilevazioni.

a) La prima ha periodicità annuale e raccoglie dati relativi ad un intero anno solare che i SERT inviano su supporto cartaceo, magnetico o per posta elettronica, al Ministero della salute e alle Regioni. Vengono rilevate le seguenti informazioni:

- dati anagrafici dei SERT (modello SER.01);
- caratteristiche del personale assegnato al servizio (situazione al 31 dicembre di ciascun anno) (modello SER.02);
- utenti (nuovi, già in carico) distribuiti per fasce di età e per sesso (modello ANN.01);
- utenti distribuiti per sostanza stupefacente d'abuso primario e secondario (modello ANN.02);

¹ Allegato 1.

² Allegato 2.

³ Allegato 3.

- utenti distribuiti per tipologia e sede del trattamento e numero di utenti, per sesso, trattati presso le strutture socio-riabilitative (modello ANN.03);
 - utenti (nuovi, già in carico) distribuiti per positività al test sierologico HIV e per sesso (modello ANN.04);
 - utenti (nuovi, già in carico) distribuiti per positività al test epatite virale B e per sesso (modello ANN.05).
 - utenti (nuovi, già in carico) distribuiti per positività al test epatite virale C e per sesso (modello ANN.06).
- b) La seconda ha periodicità semestrale e raccoglie dati di tipo puntuale in riferimento ai soggetti in carico alla data del 15 giugno e del 15 dicembre di ciascun anno che i SERT inviano su supporto cartaceo, magnetico o per posta elettronica, al Ministero della salute e alle Regioni. Vengono rilevate le seguenti informazioni (modello SEM.01):
- utenti distribuiti per sesso;
 - utenti distribuiti per sostanza d'abuso primaria;
 - utenti distribuiti per tipologia e sede del trattamento;
 - numero di utenti, per sesso, trattati presso strutture riabilitative.
 - numero di soggetti appoggiati per sesso.

1.2 Evoluzione del sistema di monitoraggio

L'attuale rilevazione si basa sull'utilizzo di schede di dati aggregati; tale metodologia, seppure adeguata per alcune finalità, presenta indubbi svantaggi particolarmente per quanto riguarda la possibilità di effettuare incroci di più variabili (es: numero di utenti maschi di età compresa fra 20 e 25 anni in trattamento farmacologico), come pure di raccogliere informazioni su variabili tipiche dei casi incidenti (es: consumo di eroina nell'ultimo mese).

Da tempo, pertanto, alcune Regioni hanno sperimentato l'utilizzo di sistemi di raccolta di dati individuali, siano essi fondati sulla creazione di banche-dati locali o a livelli superiori. Anche alcuni studi, come ad esempio lo studio "First treatment demand" (FTD) dell'Istituto superiore di sanità, hanno sperimentato l'utilizzo di questa metodologia.

In teoria l'implementazione di banche dati individuali non dovrebbe presentare eccessive difficoltà tenuto conto del fatto che i dati nascono, per definizione, individuali e vengono aggregati solo in occasione della rilevazione del Ministero della salute. In pratica si tratta di un carico di lavoro non indifferente, specie per i servizi ad alta utenza e che, comunque, per essere efficiente deve prevedere l'utilizzo di banche-dati di tipo informatizzato che comprendano sia i nuovi utenti, che la "storia" del servizio.

Inoltre il trattamento di dati nominativi, anche anonimizzati ma caratterizzati da un codice univoco di identificazione (come ad es. il codice fiscale o alcuni codici in uso in determinate regioni), specie se effettuato da persone ed Enti non responsabili della gestione clinica (Regioni, Ministeri, ecc.), presenta problemi di compatibilità con la legge sulla "privacy" (legge 31 dicembre 1996, n. 675); l'utilizzo di codici non univoci (che non consentono, cioè, in alcun modo di risalire direttamente alle generalità anagrafiche del soggetto), da un lato non previene completamente il fenomeno delle "doppie conte", dall'altro comporta comunque un certo rischio di individuazione indiretta degli utenti, specie nei piccoli centri.

La implementazione delle banche dati individuali è ora divenuta una necessità inderogabile in seguito alle iniziative dell'Osservatorio europeo sulle droghe e la tossicodipendenza (OEDT), Agenzia costituita nel 1993 dall'Unione Europea con sede in Lisbona, il cui principale scopo istituzionale è quello di mettere in atto azioni e progetti per la standardizzazione e comparabilità dei dati sul problema della droga raccolti nei vari Paesi europei.

Tra i vari "indicatori" da armonizzare nell'immediato futuro, compare al primo posto nei programmi dell'OEDT proprio quello relativo alla "Domanda di trattamento" cioè il flusso delle informazioni provenienti dai centri di cure.

A questo proposito, a seguito di vari progetti sperimentali, l'OEDT ha messo a punto, con il consenso dei rappresentanti degli Stati membri, un documento di Linee guida sulla raccolta dei dati dai centri di trattamento che deve costituire la base tecnico-scientifica per le normative nazionali, regionali e locali.

Il documento Europeo, insieme con una serie di informazioni generali, è disponibile anche in formato scaricabile dal sito internet dell'OEDT alla seguente pagina:

http://www.emcdda.org/situation/themes/demand_treatment.shtml

ovvero può essere richiesto al Ministero della Salute, Direzione Generale della prevenzione Sanitaria, Ufficio IX (anche alla e-mail: p.canuzzi@sanita.it). I principali contenuti del documento sono: la lista delle "informazioni minime" ("core items") che devono essere raccolte dai centri di trattamento per tutti i nuovi pazienti e quelli "rientrati" in trattamento nel corso dell'anno; il protocollo contenente le direttive sulle modalità di raccolta dei dati (definizione di caso, "timing" della raccolta, ecc.); le "schede-tipo" di dati aggregati che le autorità nazionali devono inviare annualmente all'OEDT come proprio debito informativo.

In riferimento a quanto predetto, il Ministero della Salute coordina con la Regione Veneto un progetto su scala nazionale denominato "Potenziamento delle dotazioni informatiche dei SERT e implementazione di un sistema di monitoraggio dell'utenza dei servizi basati sull'utilizzo di standard Europei" (SESIT), finanziato con il Fondo Nazionale per la Lotta alla droga per la realizzazione degli obiettivi europei relativi alle schede utenti per dati disaggregati.

In particolare, il Gruppo tecnico, coordinato dalla Regione Veneto e dal Ministero della Salute, sta predisponendo, d'intesa con i rappresentanti delle Regioni, e alla luce delle indicazioni europee, le linee-guida per la raccolta delle informazioni sul settore dei trattamenti delle dipendenze, compresi gli standard per i prodotti informatici e le relative modalità di interconnessione fra i sistemi regionali.

2. Risultati della rilevazione statistica delle attività dei Servizi Pubblici per le tossicodipendenze relativa all'anno 2002

PARTE I - I Servizi Pubblici per le Tossicodipendenze e l'organizzazione del personale

Al 31 dicembre 2002 sono risultati attivi 557 Servizi pubblici per le tossicodipendenze (SERT) distribuiti regionalmente come riportato nella tabella 1; le informazioni relative al personale sono state rilevate, a livello nazionale, per 514 Servizi (92,3%).

A tale data il personale complessivamente assegnato ai Servizi per le attività nel settore tossicodipendenza è pari, per il totale Italia, a 7.020 unità: il 78,8 % (n=5.535) svolge il proprio servizio esclusivamente in tale settore; l'11,7 % (n=827) presta attività anche in altre settori; il 9,3 % (n=658) ha, infine, un rapporto a convenzione con il Servizio⁴.

Nel tempo, in termini assoluti, l'ammontare del personale totale addetto al settore aumenta fino al 1997 per poi stabilizzarsi intorno alle 6.700 unità negli anni successivi (tab.2; graf.1). Analizzando il personale per tipo di rapporto si evidenzia fino al 1996 la crescita della quota degli addetti esclusivamente alle tossicodipendenze e, conseguentemente, la diminuzione di quella di coloro che sono inseriti solo parzialmente nel settore; successivamente, contestualmente all'introduzione della rilevazione del personale con rapporto a convenzione, il personale esclusivo si è stabilizzato intorno al valore del 79% (tab.3; graf.2).

A livello regionale il personale addetto esclusivamente alle tossicodipendenze, nel 2002, quasi sempre rappresenta almeno il 70% del totale del personale e in alcune Regioni (Provincia autonoma di Trento, Liguria, Abruzzo, Molise, Sicilia e Sardegna) è superiore al 90%. Fanno eccezione la Valle d'Aosta (64,7% di addetti esclusivamente), la Provincia Autonoma di Bolzano (55,6%) e le Marche (65,8%) dove vi è una consistente presenza di personale addetto parzialmente (44,4% nella Provincia autonoma di Bolzano) o di personale con rapporto a convenzione (29,4 % in Valle d'Aosta, 28,8 % nelle Marche) (graf.3a-b).

Le tabelle 4-7 riportano la distribuzione regionale del numero di medici, psicologi, operatori socio-sanitari (infermieri, assistenti sanitari, assistenti sociali, educatori), personale amministrativo e personale di altro dal 1991 al 2002. I grafici 4-5 visualizzano gli andamenti temporali, nello stesso periodo, del personale addetto esclusivamente (grafico 4) e del personale addetto parzialmente (grafico 5) distinto per qualifica⁵. Il grafico 6 mostra la composizione dell'organico complessivo dei SERT nell'anno 2002 secondo la qualifica: il 48,7% del personale totale è rappresentato da operatori socio-sanitari, i medici costituiscono il 23% del totale e gli psicologi il 17,1 %; il restante 11,2 % include personale amministrativo o di altra qualifica.

La composizione dell'organico dei Servizi per qualifica è piuttosto variabile regionalmente (tab.9, graf.6bis): facendo sempre riferimento al personale totale, si nota che la quota dei medici è maggiore nel Lazio (32,2%), nel Molise (28,2%), in Calabria (27,2%) e in Sardegna (27,3%); nelle Province autonome di Bolzano e di Trento, nel Lazio e in

⁴ Tale informazione (personale a convenzione) è disponibile dal 1997 poiché, come indicato nella premessa, a partire da tale anno sono stati adottati nuovi modelli di rilevazione, di cui al D.M. 20 settembre 1997, che prevedono tale voce.

⁵ Come già indicato, i dati relativi al 1997-2001 sul personale con rapporto esclusivo e parziale con il Servizio non sono direttamente confrontabili con quelli precedenti poiché per questi anni si ha anche l'informazione relativa alla quota di personale a convenzione.

Basilicata poco più del 20% di tutto il personale è rappresentato da psicologi, mentre gli operatori socio-sanitari rappresentano la tipologia più frequente in ogni Regione (almeno il 41% con un massimo, pari a 58,8%, in Valle d'Aosta).

Tali percentuali, nel periodo 1991-2002, hanno assunto i valori riportati nella tabella 8 e nel grafico 7; si nota un aumento della quota di operatori socio-sanitari (dal 43,8% nel 1991 all'attuale 48,7%), mentre il personale di livello dirigenziale (medici e psicologi), diminuito nei primi anni di osservazione, risulta stabile, con un valore complessivo intorno al 40% (circa 23% medici e 17% psicologi) a partire dal 1997.

Nei grafici 8-9 viene visualizzata la stessa serie storica distintamente per il personale addetto esclusivamente e parzialmente ai Servizi; gli andamenti precedentemente descritti risultano evidenti soprattutto per il personale esclusivo.

Infine, nelle tabelle 10-12 sono visualizzate le distribuzioni, a livello regionale, del personale per qualifica distintamente per gli addetti esclusivamente, parzialmente e a convenzione con il Servizio. Analizzando il dato nazionale si nota che il personale medico è presente in maniera simile negli addetti esclusivamente e parzialmente al settore (21,9% e 22,6% rispettivamente), mentre rappresenta ben il 33,1% del totale del personale che ha un rapporto a convenzione con il Servizio; lo stesso avviene per gli psicologi, relativamente più numerosi per gli addetti a convenzione (31,4%) rispetto agli esclusivi (15,5%) e ai parziali (16,7%). Il personale che opera in maniera esclusiva per la tossicodipendenza è costituito per più della metà (51,9%) da operatori socio-sanitari.