

delle dipendenze elaborati nei Piani di Zona.

L'*Osservatorio Regionale Dipendenze*, che operava già da diversi anni in modo sperimentale tramite le attività del Laboratorio Previsionale, ha visto nel 2009 il suo avvio definitivo. Compito dell’Osservatorio è quello di analizzare il fenomeno “Droga” nelle sue molteplici espressioni, di coordinare la rete degli osservatori territoriali, di monitorare i cambiamenti e di comprendere le possibili evoluzioni, al fine di adeguare per tempo la risposta del sistema di intervento.

I risultati dell’attività di ricerca e la programmazione 2010 sono stati presentati a dicembre 09 in un convegno.

B) Presentazione (Organizzazione e consuntivo sintetico delle principali attività)

La politica di Regione Lombardia è sempre stata quella del contrasto a *tutte* le forme di dipendenza e di *aiuto* a tutti i soggetti deboli e alle loro famiglie. In questa logica si è attuato lo sforzo di questi anni per arrivare – così come lo abbiamo costruito- ad un sistema *diffuso* di servizi pubblici e privati in tutto il territorio regionale, i cui risultati vengono evidenziati qui di seguito:

Conoscere meglio il fenomeno

Specifiche	Quantità
N° Dipartimenti delle Dipendenze	15
N° servizi ambulatoriali	91
N° Utenti	38.000
N° detenuti	9.900
N° Comunità terapeutiche	138
N° Posti accreditati	2.564
N° Utenti con programma terapeutico nelle Comunità	5.500
N° Servizi di prossimità	28
Copertura Piani di Zona	100%
N° Interventi di prevenzione	310
N° Interventi di prevenzione alcol	171
Risorse annue destinate all’area dipendenze	> 100 milioni di €
Incremento risorse economiche per le comunità terapeutiche	+ 65%

C) Principali prospettive emerse nel 2009 nello svolgimento delle attività e soluzioni possibili/auspicate

I profondi mutamenti avvenuti nel campo dei fenomeni d’abuso ha portato negli ultimi anni a ritenere indispensabile, per un efficace contrasto del fenomeno delle dipendenze, l’elaborazione di strategie di intervento complessive.

Anche gli studi previsionali ci confermano che i cambiamenti sono profondi e rapidissimi: le informazioni sulla rete corrono velocissime e le mode, i costumi, gli stili di vita e l’uso di sostanze mutano in continuazione. Dobbiamo misurarci con questa realtà in rapida e continua evoluzione.

Le criticità emerse ed affrontate nel corso del 2009 sono relative a:

- Necessità di riqualificazione del sistema di intervento
- Conoscenza tempestiva delle modificazioni nel consumo di sostanze e negli stili di vita
- Sostegno alla famiglia

Regione Lombardia, nell’intento di stabilizzare e rafforzare il sistema di intervento, così da evolvere verso una maggiore appropriatezza degli interventi, ha avviato un percorso di riqualificazione dei servizi ambulatoriali volto a determinare modalità e prassi organizzative che consentano una presa in carico effettiva ed efficace.

La riqualificazione dei Ser.T.

L’operato dei servizi ambulatoriali deve infatti vedere i suoi capisaldi nel

processo di presa in carico, nell'integrazione delle diverse professionalità, nella valutazione degli esiti degli interventi e in un approccio volto al recupero e ad un effettivo reinserimento della persona in trattamento. Stiamo investendo nella formazione per realizzare una compiuta sinergia tra risorse umane, organizzative e conoscenza.

Le comunità terapeutiche rivestono un ruolo determinante nel percorso di cura, trattamento e reinserimento delle persone dipendenti. Abbiamo introdotto nel sistema ulteriori elementi di forte innovazione: la certificazione dello stato di tossicodipendenza (può essere rilasciata anche da soggetti privati accreditati); la libertà di scelta dell'utente rispetto alla struttura presso la quale iniziare il programma terapeutico; l'estensione del tempo massimo di permanenza in comunità per garantire un effettivo reinserimento sociale. Abbiamo anche introdotto un premio per l'effettivo reinserimento lavorativo delle persone al termine del programma di comunità.

L'Osservatorio Regionale (OReD) nasce come strumento *strategico* per la lettura e l'interpretazione dei dati e delle informazioni sui fenomeni di abuso e dipendenza (da sostanze – legali e illegali - ma anche da comportamenti additivi) in modo da supportare l'elaborazione delle politiche di intervento regionali e da fornire elementi di conoscenza utili a orientare al meglio e tempestivamente gli interventi sociali, sanitari, educativi messi in campo in Lombardia.

Bisogna sviluppare una forte azione preventiva di contrasto che veda un sempre più stretto rapporto tra SerT/SMI, Comunità Terapeutiche, Consultori, Famiglie e scuola, così da offrire un sostegno concreto ad un bisogno familiare sempre più presente. In questa direzione va l'attuazione dei "Progetti sperimentali innovativi per la riorganizzazione dei Consultori familiari al fine di ampliare e potenziare gli interventi sociali a favore delle famiglie". Sono previste 3 modalità di attuazione (3 "misure") che prevedono, in ogni territorio regionale, lo sviluppo e il potenziamento di un sempre più stretto coordinamento tra soggetti pubblici e del Terzo settore per gli interventi a favore della famiglia, nello specifico della droga. In considerazione del costante aumento del contatto tra giovanissimi e droga nel corso degli ultimi anni (ad esempio, tra i 13 e i 15 anni, l'uso di cannabis passa dal 3% al 24%) l'obiettivo di contenere - entro il 2015 - l'aumento del consumo di droghe tra i giovanissimi è una sfida difficile, ma che si deve assolutamente accettare.

Un sistema che si rinnova: il rilancio delle Comunità.

Le conoscenze in rete

La famiglia come risorsa.

V.2.3.10. Regione Marche

A) Strategie e programmazione attività 2009 (o orientamenti generali)

La Regione ha definito la programmazione individuando le priorità e destinando le risorse per l'anno 2009. Le principali strategie adottate sono le seguenti:

- garantire la continuità ad alcuni servizi residenziali specialistici, semiresidenziali e di strada;
- individuare le priorità per i Dipartimenti per le Dipendenze Patologiche (DDP) (consolidamento dell'organizzazione dei DDP, riqualificazione del sistema di offerta articolato in macrosettori e livelli d'intervento, così come previsto dall'atto di riordino del sistema integrato dei servizi, consolidamento di servizi di counseling e di trattamento delle dipendenze da alcol, da tabacco, e da gioco d'azzardo patologico);
- indirizzare le attività nelle seguenti aree d'intervento: organizzazione dei servizi, integrazione socio-sanitaria, integrazione pubblico-privato sociale e trattamenti;
- definire le linee d'indirizzo per i percorsi assistenziali ed organizzativi dei DDP;
- programmare un percorso formativo per gli operatori sui percorsi

Strategie adottate

assistenziali e sul modello integrato pubblico-privato sociale di presa in carico degli utenti;

- programmare una campagna informativa regionale sull'uso di sostanze, destinata al target genitoriale;
- aumentare le rette per i trattamenti residenziali e semiresidenziali;
- avviare lo studio della ridefinizione del sistema di offerta residenziale e semiresidenziale, sulla base del fabbisogno;
- recepire l'intesa stato-Regioni in materia di accertamento di non tossicodipendenza in lavoratori che svolgono mansioni a rischio;
- realizzare il Sistema Informativo sulle Dipendenze.

B) Presentazione (Organizzazione e consuntivo sintetico delle principali attività)

E' stata garantita la continuità annuale con un fondo per l'integrazione socio-sanitaria (circa € 1.400.000,00) che integra il sistema tariffario dei servizi residenziali specialistici, dei centri diurni e degli interventi non residenziali (unità di strada, inclusione socio-lavorativa).

L'Azienda Sanitaria Unica Regionale (ASUR) ha presentato il programma annuale degli interventi sulla base degli indirizzi e delle priorità regionali, articolato in Piani attuativi elaborati da ciascuno dei 9 Dipartimenti per le Dipendenze. Il Programma ed i Piani sono stati valutati e finanziati dalla regione con un budget specifico.

I Piani di DDP hanno perseguito l'adeguamento organizzativo (uffici di staff), la ricerca di modalità più efficaci di integrazione con gli Ambiti Territoriali Sociali e con il terzo settore, e l'offerta di trattamenti più efficaci per particolari dipendenze come quelle da droghe legali, da cocaina o da gioca d'azzardo, sulla base della EBM.

La Giunta Regionale ha deliberato le linee d'indirizzo per la definizione dei percorsi assistenziali presso i DDP, ed in particolare ha previsto l'adozione di un modello di accesso diretto al sistema e di presa in carico integrata da parte di equipe specifiche multiprofessionali costituite da operatori pubblici e del privato sociale accreditato. Ciascun DDP ha tradotto le linee d'indirizzo regionali in procedure operative standard, da applicare nel corso del 2010.

Al fine di accompagnare questo cambiamento, è stato organizzato un percorso di formazione e supervisione delle equipe preposte alla presa in carico integrata.

La Giunta Regionale ha poi approvato un progetto di campagna informativa, coerente con la analoga campagna nazionale, finalizzata ad aprire un dialogo tra servizi per le dipendenze ed i genitori di adolescenti e giovani, preoccupati per eventuali comportamenti a rischio da parte dei figli. Le famiglie si rivolgeranno al numero verde regionale che fornirà un primo ascolto e, se necessario, orienterà verso i servizi territoriali appositamente formati nel corso del 2010.

Grande soddisfazione ha destato l'accordo tra Regione ed Enti Ausiliari accreditati, per l'aumento delle rette in misura del 40% per le comunità terapeutiche e del 45% per le strutture con pazienti con comorbidità psichiatrica.

un apposito gruppo di progetto ha avviato lo studio finalizzato alla ridefinizione quantitativa e qualitativa del sistema di offerta residenziale e semiresidenziale sulla base del fabbisogno. Preventivamente la Giunta Regionale ha effettuato la ricognizione dell'offerta (posti letto) disponibile e del fabbisogno (posti letto).

Inoltre, è stato recepito dalla Giunta regionale l'accordo in materia di accertamento di non tossicodipendenza in lavoratori che svolgono mansioni a rischio. E' stato istituito un comitato regionale di monitoraggio per l'attuazione dell'accordo.

Infine, è stato implementato a livello locale il Sistema Informativo Nazionale Dipendenze (SIND), attraverso l'acquisizione ufficiale della piattaforma MFP, l'acquisto di hardware per tutti i DDP, la programmazione di un intervento di formazione sul campo per gli operatori referenti del SIND.

C) Principali prospettive emerse nel 2009 nello svolgimento delle attività e

Equipe
multiprofessionali

soluzioni possibili/auspicate

In generale, adottando un nuovo modello organizzativo del sistema integrato territoriale abbiamo incontrato resistenze al cambiamento, innanzitutto culturali. Riconoscere agli enti ausiliari accreditati pari dignità e responsabilità dei servizi pubblici, pur con ruoli e funzioni diverse, ha determinato la necessità di interventi formativi e di accompagnamento al cambiamento.

Un passaggio determinante del cambiamento è stato quello di aver definito modalità omogenee di accesso ai servizi del DDP e di presa in carico, pur nel rispetto della storia e delle specificità dei territori. Questo fornisce maggiori garanzie di rispetto dei diritti dei cittadini e di qualità del sistema.

Nel corso del 2010 dovremo lavorare sull'inclusione socio-lavorativa, tipologia di intervento sottoutilizzata per mancanza di risorse, a differenza della fine degli anni '90. Anche in questo caso sono necessarie linee guida regionali che garantiscono omogeneità nel trattamento dello svantaggio sociale, pur nel rispetto dei complessi microsistemi locali ove operano numerosi soggetti (centri per l'impiego, enti locali, imprese, terzo settore, organizzazioni sindacali, servizi sanitari, ...).

Uno degli interventi ritenuti strategici per il 2010 sarà il pieno funzionamento del SIND, in modo da soddisfare il debito informativo e da acquisire dati funzionali alla programmazione ed alla valutazione.

Modalità omogenee
di accesso ai servizi
del DDP

V.2.3.11. Regione Molise*A) Strategie e programmazione attività 2009 (o orientamenti generali)*

- Miglioramento della prevenzione primaria sul territorio e delle attività preventive dei servizi territoriali per le dipendenze.
- Incremento delle collaborazioni con le Istituzioni scolastiche territoriali e Associazioni che si occupano della prevenzione.

B) Presentazione (Organizzazione e consuntivo sintetico delle principali attività)

- Prosecuzione delle attività di prevenzione primaria in materia di alcolismo, tabagismo e sostanze stupefacenti, in collaborazione con le Istituzioni scolastiche, LILT, Università degli Studi del Molise e il mondo dell'Associazionismo.
- Elaborazione delle procedure per gli accertamenti sanitari di assenza di tossicodipendenza o di assunzione di sostanze stupefacenti o psicotrope in lavoratori addetti a mansioni che comportano particolari rischi per la sicurezza, l'incolumità e la salute di terzi - CU n. 99 del 30.10.2007 e Accordo Stato/Regioni (rep. atti n. 178 del 18.09.2008).

C) Principali prospettive emerse nel 2009 nello svolgimento delle attività e soluzioni possibili/auspicate

- Predisposizione del Piano Regionale per le Tossicodipendenze per un'articolata strategia regionale in materia di dipendenze e nuove dipendenze, che tengano conto anche di forme di collaborazione con altri soggetti istituzionali.
- Pianificazione di nuove strategie volte al superamento delle criticità dovute alla carenza di informatizzazione e messa in rete dei servizi pubblici per le tossicodipendenze.
- Miglioramento delle collaborazioni con i servizi territoriali e continuità nelle attività con le Istituzioni scolastiche e Associazioni che si occupano di prevenzione.

V.2.3.12. Regione Piemonte

A) Strategie e programmazione attività 2009 (o orientamenti generali)

- Approvazione del provvedimento inerente le linee di indirizzo regionali circa le modalità di “Accertamento di assenza di tossicodipendenza nei luoghi di lavoro” (D.G.R. n. 13-10928 del 9.03.2009).
- Approvazione del nuovo atto di intesa regionale di revisione degli standard organizzativo- strutturali dei servizi privati accreditati per le dipendenze - (D.G.R. n. 61-12251 del 28.09.2009).
- Approvazione del provvedimento sull’accreditamento istituzionale (D.G.R. n. 63-12253 del 28.09.2009).
- Approvazione del provvedimento di riparto di fondi regionali aggiuntivi indirizzati alla rete dei servizi privati provvisoriamente accreditati (D.G.R. n. 15-12608 del 23.11.2009).
- Siglato Accordo Generale Regione CEAPE (Coordinamento Enti Ausiliari del Piemonte) in data 30.11.2009 (l’Accordo è stato recepito con la D.G.R. n. 4-13454 del 8.03.2010)
- Approvazione dell’elenco delle strutture private accreditate, definitivamente o con riserva, nell’area delle dipendenze patologiche (D.G.R. n. 96-13036 del 30.12.2009).

B) Presentazione (Organizzazione e consuntivo sintetico delle principali attività)

- Con la DGR n. 13 del 9.03.2009 sono state approvate le linee di indirizzo regionali sulle procedure atte ad accertare l’assenza di tossicodipendenza nei luoghi di lavoro.
Sono stati identificati i Coordinatori aziendali, figure di riferimento per l’Assessorato con cui poter interloquire e ravvisare ogni tipo di criticità.
- Con la D.G.R. n. 61 del 28.09.09 è stato approvato l’atto di intesa che stabilisce i nuovi standard, strutturali, organizzativi e funzionali delle strutture terapeutiche private provvisoriamente accreditate. Il provvedimento rappresenta una complessa ed approfondita revisione di tutti i parametri di funzionamento delle strutture private, residenziali e semiresidenziali, socio-sanitarie nell’ambito della cura, riabilitazione e reinserimento sociale dei soggetti affetti da patologie della dipendenza, con o senza sostanze, o da HIV/AIDS.
- Con la D.G.R. n. 63-12253 del 28.09.09 sono stati approvati i requisiti e le procedure per l’accreditamento istituzionale delle strutture private per la salute mentale e le dipendenze. Il provvedimento contiene le tipologie di strutture da accreditare, la tempistica da rispettare nei procedimenti amministrativi e i moduli da compilare per la presentazione delle domande.
- Con la D.G.R. n. 15-12608 del 23.11.2009 si assegna, una tantum, un finanziamento regionale integrativo di €. 3.000.000,00 quale riconoscimento del complessivo graduale miglioramento, degli standard strutturali e funzionali-organizzativi, della rete delle strutture terapeutiche private delle dipendenze. L’Amministrazione regionale ha destinato questi fondi prendendo atto che dal 2004 al 2009 le rete delle strutture di cui sopra ha investito nel migliorare la qualità dei servizi nel loro complesso, avvicinandoli considerevolmente agli standard approvati con la D.G.R. n. 63-12253 del 28.09.09.
- Con l’Accordo generale del 30.11.2009, stipulato tra la Regione (Assessorato Sanità) e il CEAPE (Coordinamento Enti Ausiliari del Piemonte), si individua un budget complessivo di spesa regionale da destinare alle attività residenziali e semiresidenziali per l’anno 2010 per complessivi 30.500.000 euro. Tale budget è stato accertato previa

analisi dei costi storicamente sostenuti dalla Regione negli anni 2005-2008 per le attività residenziali e semiresidenziali delle strutture terapeutiche private accreditate, incrementati dai costi della revisione delle rette giornaliere a seguito dell’approvazione dei nuovi standard approvati con la D.G.R. 61/2009. Le nuove rette giornaliere riconoscono la valorizzazione della qualità dei servizi (dal punto di vista strutturale, della professionalità dei loro operatori e del migliorato rapporto operatori/utenti). Inoltre viene dato mandato di istituire un Gruppo regionale di monitoraggio dell’Accordo.

- Con la D.G.R. n. 96-13036 del 30.12.2009 si approva l’elenco delle strutture accreditate definitivamente o con riserva nell’area delle dipendenze, previa comunicazione della valutazione delle Commissioni di Vigilanza delle ASL. Inoltre si approva la proroga dei termini di scadenza per la presentazione della domanda di accreditamento, per tutte quelle strutture risultanti ancora provvisoriamente accreditate, al 31 agosto del 2010.

C) Principali prospettive emerse nel 2009 nello svolgimento delle attività e soluzioni possibili/auspicate

Nel 2009 le principali prospettive emerse sono state soprattutto incentrate sul consolidamento dell’organizzazione dipartimentale delle dipendenze.

Ogni ASL ha il Dipartimento delle Dipendenze organizzato secondo un modello incentrato su una forte integrazione pubblico-privato (Comitato partecipato di Dipartimento).

Il Dipartimento diventa il “luogo” dove programmare gli interventi, orientati in base agli obiettivi generali regionali, e dove far convergere tutti i soggetti che operano nel contrasto alle dipendenze.

Dal 2009 sono avviati i Piani Locali delle Dipendenze, quale strumento che mira a responsabilizzare maggiormente i territori nel programmare ed attuare interventi più aderenti alle peculiarità di ogni territorio.

Queste strategie mirano a far sì che le azioni sulle dipendenze siano maggiormente contemplate nelle politiche generali socio-sanitarie nel loro complesso.

Consolidamento organizzativo

V.2.3.13. Regione Puglia

A) Strategie e programmazione attività 2009 (o orientamenti generali)

L’anno 2009 è stato caratterizzato, per quanto attiene l’area di intervento delle Dipendenze Patologiche, da innovative azioni di sistema volte a definire una modalità di intervento territoriale di contrasto alla diffusione di sostanze e per l’inclusione sociale e lavorativa di tossicodipendenti.

Infatti, nell’anno 2009 sono stati approvati il secondo Piano Regionale delle Politiche Sociali di durata triennale (2009-2011) e il Piano Regionale Salute (2009-2010).

In virtù dei documenti programmati sopra richiamati, da un lato è stato rafforzato il ruolo svolto dal Dipartimento Dipendenze Patologiche di coordinamento di tutti gli interventi attuati nel territorio, da l’altro si è inteso sviluppare la costituzione di sinergie tra gli operatori del pubblico e del privato sociale coinvolti nelle azioni di contrasto e recupero.

A tal riguardo, si fa presente che il Piano Regionale delle Politiche Sociali, ribadisce il contenuto del 4° comma dell’art. 110 del Regolamento regionale n. 4/2007 il quale dispone che “al fine di definire le progettualità nell’ambito dell’area dipendenze dei Piani sociali di Zona, i Comuni e le ASL sviluppano una progettazione integrata, con la partecipazione all’Ufficio di Piano del Direttore del Dipartimento per le Dipendenze Patologiche o suo delegato”.

L’area “Dipendenze” è tra le aree prioritarie di intervento del Piano Regionale

Approvati il Piano Regionale delle Politiche Sociali e quello Salute

delle Politiche Sociali, che si pone l'obbiettivo di costruire un sistema integrato di interventi e servizi, pertanto, tramite i Piani di Zona devono essere attivati negli Ambiti Territoriali specifici progetti e/o servizi, riguardanti soggetti pubblici e del privato sociale, finalizzati alla prevenzione, di supporto al recupero e per l'inclusione sociale e/o lavorativa, comprendenti quindi tutte le attività oggetto della presente rilevazione.

Gli obiettivi specifici per la programmazione 2009-2011 del Piano Regionale delle Politiche Sociali nell'ambito delle dipendenze patologiche, sono i seguenti: Mettere a sistema le azioni progettuali di prevenzione universale e selettiva, sviluppate negli anni dai servizi per le dipendenze e da enti e associazioni che operano nel settore, superando la logica del lavoro per progetti e individuando modelli di intervento che prefigurino la costituzione di "tavoli permanenti locali" della prevenzione e dell'inclusione, in cui si confrontino e operino congiuntamente gli operatori dei servizi pubblici, i referenti scolastici, gli operatori del terzo settore;

Favorire il collegamento trasversale, programmatico, gestionale e operativo, tra le molteplici politiche che influenzano la promozione di stili di vita positivi e la prevenzione delle dipendenze: politiche giovanili (ad es., il programma regionale "Bollenti Spiriti"), politiche scolastiche, politiche della formazione / lavoro, politiche sociali e sanitarie;

Attuare metodologie di intervento di tipo partecipativo, mediante adeguata formazione rivolta agli adulti che hanno responsabilità educative verso bambini, adolescenti e giovani (genitori, insegnanti, educatori, allenatori sportivi, insegnanti di scuola guida, ecc.), e che favoriscano le modalità orizzontali di trasmissione delle informazioni, quali l'educazione tra pari negli adolescenti;

Favorire interventi a bassa soglia sui giovani nei contesti aggregativi (concerti, rave party, mondo della notte, ecc.) dove maggiore è il rischio dell'uso e abuso di sostanze.

Anticipare il momento di inizio delle attività di prevenzione delle dipendenze, differenziando gli approcci e puntando anche sullo sviluppo dei fattori protettivi, soprattutto nelle fasce giovanili (es. lavorare con i genitori nella scuola elementare e media inferiore);

Abbassare la soglia di fruibilità dei servizi al fine di ridurre il periodo di latenza tra primo uso e primo trattamento anche attraverso interventi di riduzione del danno;

Istituire a livello di Ambito Territoriale almeno un Centro Permanente Territoriale di Contrasto alle dipendenze patologiche (C.P.T.C.) per l'emersione e la progettazione di interventi mirati alle dipendenze patologiche nell'area della prevenzione e dell'inclusione sociale e lavorativa delle persone con dipendenze. Il centro, collegato con i servizi del welfare d'accesso dell'ambito territoriale, con la PUA e con il Centro per l'Impiego, si configura come un servizio sperimentale ai sensi dell'art. 33, comma 4 del Regolamento regionale n. 4/2007, con funzioni di prevenzione sul territorio dell'ambito territoriale, di inserimento sociale e lavorativo delle persone con dipendenze e di riduzione del danno. Fanno parte del C.P.T.C. il Tavolo permanente locale per la prevenzione e l'inclusione sociale, gli operatori del welfare d'accesso dell'Ambito Territoriale, i soggetti del terzo settore individuati attraverso la procedura della cooprogettazione pubblica, i referenti del Dipartimento delle dipendenze e/o Ser.T. territorialmente competente.

In relazione ai predetti obiettivi specifici, si evidenzia che le risorse minime disponibili per la realizzazione degli obiettivi operativi, da integrare secondo la programmazione definita dal Piano sociale di Zona, sono costituite:

- dalla percentuale minima del 5% delle risorse rivenienti dal Fondo Nazionale Politiche Sociali e Fondo Globale Socio Assistenziale assegnate al II triennio di programmazione;

Obiettivi specifici

Risorse disponibili

- dalla quota di spesa a valere su risorse proprie comunali apportata quale cofinanziamento delle risorse trasferite;
- dai fondi non utilizzati nell'area prioritaria "Dipendenze" rivenienti dalla programmazione del primo triennio;
- dai fondi aggiuntivi erogati agli Ambiti Territoriali con la determinazione dirigenziale 13 novembre 2008, n. 870, relativi alla quota del Fondo nazionale lotta alla droga assegnata alla Regione Puglia per l'anno 2002, ammontanti complessivamente a € 7.424.204,46;
- dalle quote del Fondo sanitario regionale di parte corrente indistinta assegnate alle Aziende Sanitarie Locali ai sensi dell'art. 14 della legge regionale 6 settembre 1999, n. 27, da individuare nell'ambito dei PAT distrettuali;
- dai fondi attivabili in relazione alle linee d'azione del Piano pluriennale di attuazione 2007–2010 FESR Asse III "Inclusione sociale e servizi per la qualità della vita e l'attrattività territoriale", dai fondi attivabili nell'ambito del PO FSE 2007-2013 e del PAR FAS.

Con determinazione della Dirigente del Settore Politiche di Benessere Sociale e Pari Opportunità 6 febbraio 2009, n. 68, ai sensi del Regolamento regionale 28 febbraio 2000, n. 1 "Criteri e modalità per il finanziamento regionale dei progetti di lotta alla droga" è stata approvata la graduatoria finale delle domande di finanziamento dei progetti triennali di lotta alla droga, predisposta da una apposita Commissione consultiva regionale istituita ai sensi dell'art. 11, comma 1, dello stesso Regolamento, a valere sulla quota del Fondo nazionale assegnata alla Regione Puglia per l'anno 2001.

A fronte della disponibilità finanziaria di € 7.296.255,00, sono stati complessivamente finanziati 76 progetti, di cui 38 finanziati agli enti pubblici e 38 agli enti del privato sociale, tenendo conto dei requisiti disposti dal richiamato Regolamento 1/2000 e avendo cura di assicurare, laddove possibile, una distribuzione tale da attivare progetti nel maggior numero di Ambiti Territoriali, tenendo altresì conto dei progetti già in corso di realizzazione.

Dei 38 progetti finanziati agli enti pubblici, 31 progetti sono stati finanziati ai Comuni, o loro associazioni, tenuto conto del ruolo fondamentale che rivestono i Piani Sociali di Zona relativamente agli interventi di prevenzione e di reinserimento sociale e lavorativo dei tossicodipendenti.

Dei progetti finanziati agli enti del privato sociale ben 21 sono finalizzati al reinserimento lavorativo dei tossicodipendenti.

I predetti progetti, sono parte sostanziale del sistema di offerta dei servizi attivato dai Piani Sociali di Zona, collocandosi tra gli interventi assicurati dal sistema integrato dei servizi sociali, di cui alla legge regionale 10 luglio 2006, n. 19, nell'area "Dipendenze", per cui sono stati selezionati in quanto configurano l'istituzione di servizi che possono continuare ad esistere in relazione anche agli interventi da attuare nell'ambito del Piano Regionale delle Politiche Sociali.

Nel corso dell'anno 2009 per quanto riguarda altri interventi ascrivibili a pieno titolo nell'ambito della prevenzione universale, sono stati finanziati:

- le associazioni di promozione sociale e le organizzazioni di volontariato che operano negli ambiti delle responsabilità familiari, pari opportunità, disabilità, minori, contrasto alla povertà, immigrazione, progetti volti alla realizzazione di "Azioni di Sistema per l'associazionismo familiare" nell'ambito degli interventi per le politiche familiari, con l'obiettivo di promuovere e valorizzare le risorse di solidarietà delle famiglie e delle proprie associazioni di rappresentanza, in un'ottica di superamento di logiche di assistenzialismo verso forme di cittadinanza attiva delle famiglie;
- interventi a carattere innovativo e sperimentale con riferimento alle politiche di prevenzione del disagio, sulla base di progetti presentati anche da Enti ausiliari per le tossicodipendenze.

- diversi “Laboratori Urbani” all’interno del Programma “Bollenti Spiriti” Immobili dismessi, edifici scolastici in disuso, palazzi storici abbandonati, ex monasteri, mattatoi, mercati e caserme sono stati ristrutturati, dotati di attrezzature, arredi e strumenti per diventare nuovi spazi pubblici per i giovani, affidati con bando pubblico ad organizzazioni giovanili, per diventare luoghi per l’arte, lo spettacolo e il recupero delle tradizioni; luoghi di uso sociale e sperimentazione delle nuove tecnologie; servizi per il lavoro, la formazione e l’imprenditorialità giovanile; spazi espositivi, di socializzazione e di ospitalità (complessivamente 165 Comuni coinvolti su tutto il territorio regionale, 132 fabbricati interessati da interventi, un investimento complessivo di oltre 50 milioni di Euro, 40 dei quali a carico della Regione Puglia, trattasi della più importante operazione di infrastrutturazione materiale a servizio della creatività e del protagonismo giovanile mai varata da una regione italiana).

V.2.3.14. Regione Toscana

A) Strategie e programmazione attività 2009 (o orientamenti generali)

Nei propri atti di programmazione, sanitaria e sociale, la Regione Toscana ha perseguito con continuità il principio dell’integrazione delle offerte terapeutiche così da favorire la continuità assistenziale ed assicurare un razionale utilizzo dei servizi e dei livelli di assistenza.

In questo processo è stato decisivo il ruolo dei Servizi Tossicodipendenze (SERT) che oltre ad assicurare le attività di prevenzione, di diagnosi, cura, riabilitazione e reinserimento sociale si sono fatti promotori della cooperazione tra soggetti pubblici e non, per un’integrazione tra Pubblico e Terzo Settore che è stata fortemente valorizzata a partire dalla Legge Regionale 72/97.

Le controversie ideologiche sono state pertanto superate a favore di una “politica del fare”, rispettosa delle differenze e con l’obiettivo comune di dare risposte concrete ed efficaci alle persone con problemi di dipendenza.

I servizi pubblici e privati sono stati dotati di un software gestionale unico per tutto il territorio regionale e specifici atti hanno precisato il diverso apporto dei servizi al circuito di cura e definito gli standard minimi da assicurare ai cittadini in ordine sia alla valutazione diagnostica multidisciplinare sia nella predisposizione dei programmi terapeutici e socio-riabilitativi.

È stata realizzata una rete di Centri Antifumo unica in Italia e sono stati anche introdotti nei Livelli Essenziali di Assistenza regionali specifici pacchetti assistenziali per la disassuefazione dal tabagismo.

Per altre patologie (ad es. gioco d’azzardo patologico), ad oggi non comprese nei LEA, sono state favorite specifiche sperimentazioni, anche residenziali.

È stato dato un concreto impulso alla formazione professionale per dipendenze, come quella da cocaina, per la quale sono tuttora carenti terapie farmacologiche di comprovata efficacia.

Per l’alcolismo e le problematiche alcolcorrelate si è provveduto ad istituire sia il Centro Alcologico Regionale che le equipe alcologiche territoriali e rafforzata la rete dell’associazionismo e dell’auto mutuo-aiuto.

È stato attuato il riordino delle strutture residenziali e semiresidenziali per garantire risposte appropriate ai molteplici bisogni di cura ed un sistema tariffario articolato per intensità di cura nelle quattro diverse aree di intervento in cui si articolano oggi i servizi di accoglienza, terapeutico-riabilitativi, specialistici (doppia diagnosi, osservazione diagnosi e orientamento, madri con figli) e pedagogico-riabilitativo.

Sono state avviate concrete azioni a sostegno di progetti di riduzione del danno e per persone a forte marginalità sociale.

È stato infine avviato il processo di accreditamento istituzionale dei SERT in

un’ottica di qualità e di efficacia nell’erogazione delle prestazioni.

Al fine di favorire il consolidamento della rete del sistema integrato regionale dei servizi rivolti a fronteggiare le dipendenze, di realizzare strategie di intervento condivise ed uniformi nei vari ambiti territoriali, di elaborare piani di rilevanza interaziendale e regionale, la Giunta regionale con apposita delibera ha istituito il Comitato Regionale di Coordinamento sulle Dipendenze.

Il Comitato ha funzioni di rilevazione dei bisogni, verifica sull’adeguatezza degli interventi e supporto tecnico all’azione di governo della Giunta regionale.

Al Comitato partecipano rappresentanti dei servizi pubblici e del privato sociale operanti nel settore delle dipendenze.

Al Comitato compete altresì il supporto ai competenti assessorati per l’organizzazione e la realizzazione, almeno una volta ogni tre anni, di una Conferenza regionale degli operatori del sistema dei servizi pubblici e del privato sociale con la finalità di favorire la più ampia partecipazione degli operatori, di evidenziare le buone prassi esistenti nel territorio regionale sui temi della tossicodipendenza da sostanze illegali, sull’efficacia del sistema dei servizi.

Il riordino delle strutture semiresidenziali e residenziali, sia a gestione pubblica che degli Enti Ausiliari, avviato dal 2003, ha perfezionato la specificità dei servizi e si è dimostrato di fondamentale importanza nel percorso di cura e riabilitazione per le persone con problemi di tossico–alcoldipendenza.

Tutte le strutture, sia pubbliche che degli Enti Ausiliari, hanno raggiunto l’adeguamento ai requisiti minimi strutturali, organizzativi e funzionali previsti, così che sono regolarmente autorizzate tutte le strutture che operano sul territorio regionale. In virtù di questo risultato, possiamo affermare che, ad oggi, la Toscana è l’unica regione d’Italia ad aver concluso un percorso di riordino così complesso che, con un quinquennio di lavoro comune tra operatori pubblici e privati ha prodotto, quale ulteriore risultato, un’approfondita ed estesa conoscenza dei punti di forza e delle criticità del sistema.

Con riferimento a quanto previsto dal PISR 2007–2010 e nel PSR 2008-2010 “Gli interventi a bassa soglia”, è stato dato un forte impulso programmatico regionale su tali interventi che, in particolare per quanto concerne i soggetti tossico/alcoldipendenti, si è concretizzato con progettualità specifiche sviluppatesi in quelle aree territoriali (Firenze, Pisa, Livorno) dove il fenomeno è più presente.

La Regione Toscana, con una precisa scelta tecnico–metodologica e di innovazione tecnologica, ha realizzato da anni un articolato sistema di verifica e di valutazione degli interventi dei SERT con particolare cura per la formazione degli operatori sulla raccolta, elaborazione e utilizzo dei dati (cartella elettronica SIRT). La cartella elettronica SIRT è divenuta il principale strumento per la gestione unificata dei percorsi assistenziali da parte di tutti i soggetti pubblici e privati operanti in Toscana ed il sistema regionale, allineato anche con il Sistema Informativo Nazionale sulle Dipendenze (SIND), è stato certificato come conforme rispetto a quanto richiesto dall’Osservatorio europeo.

Il fabbisogno di dati e informazioni per la ricerca epidemiologica e per il monitoraggio di efficienza e di efficacia dei servizi impongono di mantenere un elevato livello di integrazione tra il nuovo sistema informativo e le strutture preposte al monitoraggio, studio ed intervento sulle dipendenze.

A tale scopo è già stato prodotto un insieme di indicatori, alimentati dall’enorme patrimonio informativo prodotto dal SIRT e funzionali al governo del sistema regionale e locale delle dipendenze. La sfida del prossimo triennio consiste nel portare a regime l’utilizzo degli indicatori per far sì che i dati raccolti siano adeguatamente valorizzati, a fini conoscitivi e gestionali, sia per soddisfare le sempre maggiori richieste di approfondimento della conoscenza del fenomeno sia per orientare le scelte programmatiche in modo più mirato ed appropriato ai bisogni ed alla loro continua evoluzione.

La rete dei servizi residenziali e semiresidenziali

Gli interventi di bassa soglia

La rete informativa e l’osservazione epidemiologica regionale

*B) Presentazione (Organizzazione e consuntivo sintetico delle principali attività)**- I SERT*

Sul territorio regionale sono attivi 40 SERT (più di uno in ogni Zona-Distretto). I requisiti strutturali, tecnologici e organizzativi per l'accreditamento istituzionale dei SERT sono disciplinati dalla Deliberazione del Consiglio regionale n. 70 del 19 luglio 2005.

Le Aziende USL e le Società della Salute adottano i necessari atti affinché i SERT assicurino la disponibilità dei principali trattamenti relativi alla cura, riabilitazione e reinserimento sociale delle persone con problemi di uso, abuso e dipendenza da sostanze stupefacenti legali e illegali e da dipendenza senza sostanze, nonché la prevenzione e la cura delle patologie correlate, anche in collaborazione con altri servizi specialistici, e svolgano le funzioni ad essi assegnati da disposizioni regionali e nazionali.

I SERT sono riconosciuti come strutture complesse qualora abbiano un'utenza in trattamento con dipendenze da sostanze illegali e legali non inferiore alle 400 unità.

- I Dipartimenti delle Dipendenze

Le Aziende USL, al fine di assicurare l'omogeneità dei processi assistenziali e delle procedure operative nonché l'integrazione tra prestazioni erogate in regimi diversi, si avvalgono dei Dipartimenti di coordinamento tecnico delle dipendenze.

Il Dipartimento è coordinato da un professionista nominato dal Direttore Generale, in base alle vigenti norme.

Il Coordinatore del Dipartimento partecipa ai processi decisionali della direzione dell'Azienda USL e delle Società della Salute nelle forme e con le modalità stabilite nei rispettivi atti.

Nelle Aziende USL monozonali il coordinatore del Dipartimento coincide con il responsabile del SERT.

- I Comitati delle Dipendenze

Al fine di realizzare una cooperazione improntata all'ottimizzazione della rete degli interventi del pubblico, degli Enti Ausiliari e degli organismi rappresentativi del Terzo Settore nell'ambito delle risposte preventive, di cura e reinserimento sociale e lavorativo per le persone con problemi di dipendenza è costituito in ogni Azienda USL il Comitato delle Dipendenze.

Il Comitato è lo strumento di supporto alla programmazione territoriale per le azioni di governo nel settore delle dipendenze.

È presieduto dal coordinatore del Dipartimento delle Dipendenze ed è composto, oltre che dai rappresentanti dei servizi pubblici e del privato sociale operanti nel settore, da soggetti rappresentativi delle realtà locali interessate alle azioni di contrasto alle droghe ed alle dipendenze (Uffici territoriali del Governo-Prefecture, Questure, Forze dell'Ordine, Amministrazione Penitenziaria, Istituzioni scolastiche, Cooperative e associazioni di mutuo-auto-aiuto).

Il Comitato del Dipartimento delle Dipendenze supporta le Società della Salute e l'Azienda USL nel coordinamento e nella verifica delle attività di prevenzione, diagnosi, cura e reinserimento sociale e lavorativo nel settore delle dipendenze e opera per favorire l'integrazione operativa tra servizi pubblici e del privato sociale nella copertura dei servizi esistenti e sull'attivazione di eventuali nuovi servizi.

Al fine di favorire il consolidamento della rete del sistema integrato regionale dei servizi rivolti a fronteggiare le dipendenze, di realizzare strategie di intervento condivise ed uniformi nei vari ambiti territoriali, di elaborare piani di rilevanza interaziendale e regionale, la Giunta regionale ha costituito il Comitato Regionale di Coordinamento sulle Dipendenze.

Il Comitato ha funzioni di rilevazione dei bisogni, verifica sull'adeguatezza degli interventi e supporto tecnico all'azione di governo della Giunta regionale.

È presieduto dal Direttore Generale del Diritto alla Salute o suo delegato e ad

L'Organizzazione
dei servizi per le
dipendenze e la
partecipazione

Il Comitato
Regionale di
Coordinamento
sulle Dipendenze

esso partecipano rappresentanti dei servizi pubblici e del privato sociale operanti nel settore delle dipendenze.

Al Comitato compete altresì il supporto ai competenti assessorati per l'organizzazione e la realizzazione, almeno una volta ogni tre anni, di una Conferenza regionale degli operatori del sistema dei servizi pubblici e del privato sociale con la finalità di favorire la più ampia partecipazione degli operatori, di evidenziare le buone prassi esistenti nel territorio regionale sui temi della tossicodipendenza da sostanze illegali, sull'efficacia del sistema dei servizi.

I posti in comunità residenziali e semiresidenziali autorizzati e convenzionati con le Aziende USL nell'anno 2009 sono 1109 di cui 950 gestiti da Enti Ausiliari e 159 a gestione diretta delle Aziende USL).

In ogni SERT è attiva una Equipe Alcologica. Nell'anno 2009 risultano operative 40 equipe alcologiche. A livello regionale è presente il Centro Alcologico Regionale.

In ogni Azienda USL è attivo almeno un Centro Antifumo (nell'anno 2009 risultano operativi 27 Centri Antifumo ubicati sia in ambito ospedaliero che a livello territoriale presso i SERT).

Nel corso dell'anno 2009 sono state realizzate le seguenti azioni/attività:

- costituito il Comitato Regionale di Coordinamento sulle Dipendenze;
- sottoscritto un Protocollo di Intesa tra la Regione Toscana e il Coordinamento regionale degli Enti Ausiliari della Regione Toscana che innova il precedente Patto di collaborazione sottoscritto nel 1998 e che ha definito il sistema tariffario per le prestazioni residenziali e semiresidenziali per gli anni 2009 e 2010;
- sottoscritto un Protocollo di Intesa tra la Regione Toscana, il Coordinamento Toscano Comunità di Accoglienza, le Società della Salute di Pisa e Firenze, la Conferenza dei Sindaci di Livorno per attività e azioni sul versante della marginalità sociale e della riduzione del danno;
- sottoscritto un Protocollo di Intesa tra la Regione Toscana, l'Azienda Ospedaliero Universitaria di Careggi, l'Azienda USL 8 di Arezzo, l'Azienda USL 10 di Firenze, l'Azienda USL 7 di Siena e la Provincia di Lucca, per il rafforzamento dei Centri di Documentazione sulle Dipendenze (RETECEDRO);
- emanate linee di indirizzo per la prevenzione e cura delle persone con problemi di Gioco d'Azzardo Patologico,
- emanate linee di indirizzo per la prevenzione dei problemi alcolcorrelati;
- ampliata la sperimentazione regionale degli inserimenti lavorativi per persone con problemi di tossico/alcoldipendenza;
- avviate 5 sperimentazioni regionali per la cura delle persone con problemi di uso, abuso e dipendenza da cocaina;
- promossi e finanziati i master universitari di Firenze e Pisa sulle dipendenze;
- partecipazione alla V Conferenza Nazionale sulle Droghe di Trieste;
- organizzazione e partecipazione al Convegno promosso dalla Conferenza dei Presidenti delle Regioni e P.A. sulla Governance nelle Dipendenze di Torino;
- coordinamento del gruppo tecnico interregionale tossicodipendenze istituito in seno alla Commissione Salute delle Regioni e P.A.;
- proseguito il processo di accreditamento dei SERT;
- implementato e sviluppato il Sistema Informativo Regionale sulle Dipendenze Patologiche (SIRT) con l'approvazione della tabella di classificazione delle prestazioni del sistema integrato regionale delle dipendenze;
- promosse e finanziate numerose progettualità/azioni per la prevenzione,

La rete dei servizi residenziali e semiresidenziali

Le equipe alcologiche

I Centri Antifumo

la cura, il reinserimento sociale e lavorativo nell'area delle Dipendenze da sostanze illegali, legali (alcol e tabacco) e da dipendenza senza sostanze (GAP) nonché per la promozione di stili di vita sani.

C) Principali prospettive emerse nel 2009 nello svolgimento delle attività e soluzioni possibili/auspicate

L'impegno programmatico profuso dalla Regione Toscana, si è concretizzato in alcune realtà territoriali che sono divenute veri e propri punti di eccellenza per il modello organizzativo, mentre altrove sono state riscontrate difficoltà che hanno ostacolato un'omogenea applicazione del modello nell'intero territorio regionale.

Tali difficoltà possono così riassumersi:

- aumento assai rilevante delle persone in cura ai servizi; tale incremento, cui si associa un diverso e più dinamico approccio diagnostico terapeutico, in alcune realtà non è stato affiancato da un parallelo e adeguato potenziamento delle risorse necessarie;
- istituzione del Fondo Nazionale per le Politiche Sociali nel quale è confluito anche l'ex Fondo Nazionale per la Lotta alla Drogia, privando così di fatto il settore di risorse economiche finalizzate per la realizzazione di interventi organici e innovativi, soprattutto a livello locale;
- progressiva diminuzione dei trasferimenti statali agli enti locali a fronte di un aumento delle competenze degli stessi e delle risposte socio-assistenziali e socio-sanitarie da garantire;
- difficoltà operative legate alle recenti modifiche dell'assetto organizzativo del sistema socio-sanitario regionale (Società della Salute, Aree Vaste);
- disomogeneità da parte delle Aziende USL nell'applicazione delle disposizioni regionali; le criticità maggiori sono state riscontrate nelle Aziende USL dove non sono stati costituiti i Dipartimenti delle Dipendenze;
- permanere in molte parti della società civile e dei servizi di uno stigma delle dipendenze come comportamenti devianti, immorali, criminali; tali orientamenti contribuiscono a ritardare l'accesso ai servizi, ad impedire diagnosi precoci e a deresponsabilizzare i pazienti verso le cure;
- notevole incremento e diffusione delle droghe, legali e illegali, con nuove modalità e abitudini di consumo in particolare nelle fasce giovanili.

Per rimuovere tali difficoltà la Regione Toscana intende agire nel corso dell'anno 2010 attraverso le seguenti azioni:

- avviare un percorso di condivisione a livello di Azienda USL e di Zona-Distretto (SdS) sulle politiche per le dipendenze e sui servizi dedicati sia attraverso incontri specifici che all'interno del Comitato Regionale di Coordinamento sulle Dipendenze.
- Stimolare le Direzioni Aziendali alla costituzione dei Dipartimenti delle Dipendenze e dei Comitati delle Dipendenze nelle Aziende USL dove non sono ancora presenti.
- Avviare una forte azione regionale per la prevenzione delle sostanze legali (alcol e tabacco).
- Avviare una collaborazione più strutturata e formalizzata con l'ARS e con il CAR per la ricerca, l'innovazione, l'informazione e l'osservazione epidemiologica regionale.
- Inserire nel Nomenclatore Tariffario Regionale le prestazioni erogate dai SERT.
- Ampliare la sperimentazione regionale sugli inserimenti lavorativi e renderne il modello stabile e con finanziamenti certi dedicati.
- Valutare e rendere stabili le varie sperimentazioni regionali avviate

(GAP; Alcol; Cocaina; Tabacco, Prevenzione. Riduzione del Danno).

- Ridefinire la rete dei servizi residenziali e semiresidenziali e il relativo sistema tariffario attraverso un rafforzamento della concertazione e integrazione tra Regione/Servizi Pubblici/Enti Ausiliari.

V.2.3.15. Regione Umbria

A) Strategie e programmazione attività 2009 (o orientamenti generali)

Tra le attività regionali sviluppate nel 2009 nell’area delle dipendenze, sono da evidenziare alcuni ambiti di particolare rilevanza:

Nel 2009 sono stati elaborati ed approvati il Piano Sanitario Regionale 2009-2011 ed il Piano Sociale Regionale 2010-2012, che trattano entrambi, in maniera coerente, il tema delle dipendenze. In particolare, per quanto riguarda il Piano Sanitario Regionale, il tema delle dipendenze è inserito tra le azioni prioritarie individuate per il prossimo triennio; attraverso percorsi di confronto ampiamente partecipati, che hanno visto il coinvolgimento di tutti gli attori impegnati a vario titolo nel campo, sono stati definiti:

- le linee generali di intervento,
- le priorità di azione
- gli elementi fondamentali per la riorganizzazione del sistema di intervento.

Programmazione regionale

Sono proseguite le attività rivolte alla prevenzione dei decessi per overdose, avviate negli anni precedenti sia per iniziativa regionale che nell’ambito di progetti nazionali.

I dati relativi alla mortalità per overdose, infatti, hanno posto per anni (fino al 2007) la Regione Umbria tra i territori maggiormente interessati dal fenomeno; al 31 dicembre 2009, i dati risultano, rispetto al 2007, praticamente dimezzati.

Priorità di salute pubblica: campagna di prevenzione della mortalità per overdose

Oltre al monitoraggio continuo del fenomeno, sono state attivate le seguenti azioni:

- azioni di collaborazione interistituzionale
- potenziamento degli interventi di riduzione del danno
- campagna informativa diretta ai target a rischio, ai familiari, ai potenziali testimoni di overdose, associata alla distribuzione di naloxone fl.
- azioni integrate tra i servizi coinvolti (Servizi di emergenza-118, Ser.T, Unità di strada).

Formazione

E’ stato definito, attraverso un percorso partecipato e sulla base dei bisogni formativi evidenziati, e quindi realizzato, il corso di formazione regionale “Il fenomeno cocaina: chiavi di lettura e strumenti per un approccio integrato”, che ha visto la partecipazione di circa 120 operatori, afferenti a servizi sociosanitari di diversa tipologia sia pubblici che del privato sociale accreditato, e ad altre istituzioni interessate al tema.

Innovazione del sistema di intervento

Sono state sviluppate iniziative di confronto e lavoro comune in ambito interistituzionale, in particolare sul tema della prevenzione selettiva, poiché tale strategia di intervento, articolata secondo le indicazioni dell’EMCDDA, appare la più idonea in relazione agli obiettivi di intercettare precocemente i fenomeni problematici emergenti ed offrire risposte specifiche adeguate ai bisogni ed ai linguaggi di target molteplici.

Attività di livello regionale

E’ stata assicurata la partecipazione costante alle attività di confronto e coordinamento interregionale, in particolare nell’ambito del Coordinamento tecnico interregionale e, sul piano operativo, attraverso la partecipazione a numerosi progetti nazionali.

V.2.3.16. Regione Valle d'Aosta

A) Strategie e programmazione attività 2009 (o orientamenti generali)

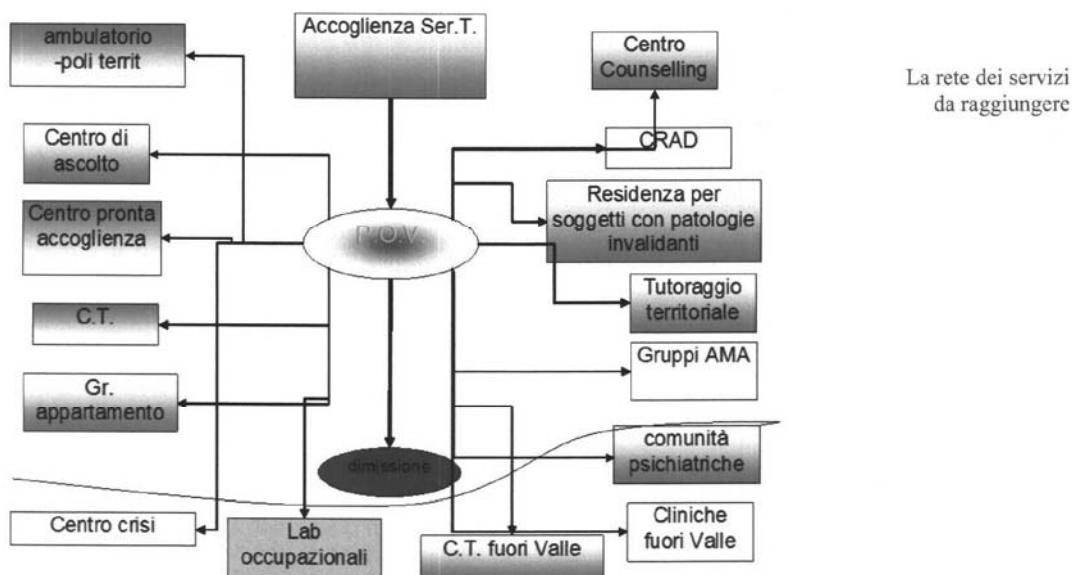
La configurazione del sistema regionale definito nell'Atto di riordino approvato dalla Giunta Regionale il 21 dicembre 2007 con delibera n. 3747 è l'ultimo passaggio di un processo di riorganizzazione che la Regione Valle d'Aosta ha sviluppato con una serie di provvedimenti.

L'Atto di riordino di cui alla DGR n. 3747 del 21 dicembre 2007:

- riconosce centralità alla persona, non disgiunta dalle esigenze della collettività (dalla famiglia agli altri committenti fino alla società civile), obbligando ad un cambiamento concettuale, terminologico e metodologico che porti a superare un approccio centrato sui servizi. Ne è derivata la necessità di un cambiamento forte da un insieme di servizi o trattamenti, ad una rete di servizi nella quale i processi di collaborazione sono esplicativi e costruiti in modo partecipato
- individua una articolazione più ampia di proposte e di programmi, a vari livelli di accesso considerando le dipendenze patologiche come il risultato di un complesso intreccio di fattori individuali, biologici, psicologici, pedagogici, sociali e culturali, che producono quadri diversificati di patologie
- sostituisce le categorie di servizi e i relativi standard della precedente programmazione risalente al 2003 con nuove tipologie di unità di offerta e relativi standard introducendo in particolare un servizio di "tutoraggio" territoriale
- approva la programmazione regionale relativa alla quantità di posti da attivare per ciascuna tipologia di servizi, nonché le relative tariffe.

B) Presentazione (Organizzazione e consuntivo sintetico delle principali attività)

Dalla programmazione è emersa una rete di servizi rappresentabile con la figura seguente. Non si tratta della rete già esistente ma della rete alla quale tendere. Alcuni servizi infatti già sono attivi, altri vanno ridisegnati, altri vanno progettati ex-novo, per altri ancora vanno coinvolti altri attori oltre a quelli esistenti.



Il gruppo P.O.V. è una modalità organizzativa di coordinamento fra i servizi pubblici e privati ed è guidato dal direttore del Ser.T. o suo delegato, non è quindi un servizio, e per il suo funzionamento richiede che i servizi coinvolti propongano

referenti tecnici:

- competenti e orientati allo studio dei nuovi fenomeni,
- che garantiscono continuità di presenza così da favorire la costruzione di un clima di collaborazione stabile, la costruzione di relazioni di fiducia consolidate e un linguaggio comune all'interno del POV,
- che abbiano potere di assumere decisioni per conto del proprio servizio in relazione alla presa in carico dei casi discussi.

C) Principali prospettive emerse nel 2009 nello svolgimento delle attività e soluzioni possibili/auspicate

Ogni modello organizzativo come va accompagnato nel suo processo di costruzione così richiede di essere sostenuto nella fase di implementazione anche se la qualità della partecipazione deve dare i suoi frutti in questa seconda fase.

Ma l'implementazione non va letta come attuazione pedissequa dei dettati, come traduzione operativa, acritica delle decisioni. La fase di implementazione deve essere una fase connotata dalla cultura del miglioramento continuo e quindi della tensione all'apprendimento, allo sviluppo della qualità. Lo sviluppo della rete è un processo continuo nel quale sono attive in contemporanea azioni di progettazione, sperimentazione, messa a regine e valutazione.

In questa prospettiva sono stati individuati alcuni fronti sui quali il presidio deve essere particolarmente attento.

Quattro sono i fronti da presidiare:

- Il governo della programmazione regionale
- Il governo del processo di cura
- Lo sviluppo della qualità dei servizi
- La prevenzione

V.2.3.17. Regione Veneto

A) Strategie e programmazione attività 2009 (o orientamenti generali)

Fra i determinanti dello stato di salute i seguenti tre fattori rappresentano sia una minaccia sia una sfida al Sistema socio sanitario del Veneto.

Il consumo di tabacco costituisce di gran lunga il più importante fattore di rischio per la salute, in particolare per le malattie cardio-vascolari, neoplastiche e respiratorie. Purtroppo il fenomeno della riduzione tra gli adulti è stato compensato dal recente aumento del consumo annuale di tabacco tra i giovani che coinvolge circa 1/3 della popolazione veneta di 15-54 anni, senza sostanziali differenze di genere, ad eccezione di quelle rilevate tra i soggetti più giovani di 15-24 anni, tra i quali le prevalenze riferite al collettivo femminile risultano superiori a quelle dei coetanei.

Ciò costituisce la più forte minaccia ai progressi ottenuti relativamente allo stato di salute della popolazione veneta.

Il consumo di alcol si è ridotto bruscamente e sostanzialmente dagli anni '60 e non rappresenta più una delle cause principali di morte precoce e disabilità anche se possono e devono ancora essere fatti progressi. Similmente al tabacco, però, il consumo e quindi inevitabilmente l'abuso di alcol tra le giovani generazioni è cresciuto nel corso degli ultimi anni.

Il consumo di eroina e altre sostanze psicoattive nelle giovani generazioni rimane una minaccia considerevole per la salute. Più recentemente l'uso di cocaina, ecstasy ed altre droghe sintetiche si è diffuso rapidamente.

Ciò ha determinato l'Amministrazione regionale a sviluppare il *Progetto Dipendenze 2009*, al fine di consolidare i buoni risultati raggiunti ed affrontare le problematiche emergenti.

Il Progetto definisce gli obiettivi e le strategie delle azioni regionali per il corrente esercizio.

Per le finalità di cui sopra, il Progetto individua le aree e le azioni prioritarie