

- approvato e sottoscritto l'Accordo di collaborazione 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);
- approvate e finanziate le progettualità delle Aziende USL e del privato sociale sul GAP così come previsto dalle linee di indirizzo per la prevenzione e cura delle persone con problemi di Gioco d'Azzardo Patologico;
- approvate e finanziate le progettualità delle Aziende USL e del privato sociale sulla tematica alcol così come previsto dalle linee di indirizzo per la prevenzione dei problemi alcolcorrelati;
- approvato l'ampliamento della sperimentazione regionale degli inserimenti lavorativi per persone con problemi di tossico/alcoldipendenza;
- monitorato e governato le 4 sperimentazioni regionali per la cura delle persone con problemi di uso, abuso e dipendenza da cocaina;
- promozione, sostegno e partecipazione a seminari di studio, workshop e convegni sulle dipendenze;
- 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 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 2011 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 Droga, 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;

Punti di eccellenza e criticità

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;

g) 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 Giunta regionale toscana ha approvato la proposta di Piano Sanitario e Sociale Integrato Regionale 2012-2015 che contiene anche la programmazione in materia di dipendenze da sostanze legali, illegali e da dipendenza senza sostanze, elaborata alla luce delle indicazioni emerse nel corso degli ultimi anni di vigenza della programmazione sanitaria e sociale regionale.

#### *VI.2.3.17 Regione Umbria*

##### *A) Strategie e programmazione attività 2011 (o orientamenti generali)*

La programmazione regionale in materia di dipendenze trova una formale esplicitazione, ormai da diversi anni, nei Piani regionali Sanitario e Sociale e negli atti specifici di indirizzo, allegati in particolare ai Piani sanitari 1999-2011 e 2003-2005.

Ulteriori atti strategici fondamentali nel disegnare il sistema regionale di intervento sono identificabili nella DGR n. 1115 del DGR 4 agosto 1999, "Riorganizzazione servizi assistenza a tossicodipendenti", che ha recepito l'Accordo Stato Regioni del gennaio 1999 ed ha istituito i dipartimenti per le dipendenze, e la DGR n. 1057 del 29 luglio 2002, "Nuovo sistema servizi nell'area delle dipendenze. Tariffe regionali di riferimento utenti tossicodipendenti ai sensi della L. n. 45/1999 e dell'accordo Stato-Regioni del 5 agosto 1999", che ha definito le tipologie dei servizi residenziali e semiresidenziali, i requisiti necessari per l'autorizzazione al funzionamento e le rette giornaliere.

A dieci anni circa dalla costituzione di un sistema regionale di intervento organico, basato da un lato sul coordinamento a livello locale di tutte le risorse (sanitarie e non) presenti nel territorio, e d'altro lato su un rapporto di integrazione tra servizio pubblico e privato sociale, è stata rilevata la necessità di monitorare le realizzazioni fin qui operate e prevedere un rinnovamento del sistema stesso, in linea con i profondi cambiamenti registrati nei fenomeni connessi all'abuso di sostanze e alle dipendenze, e nei bisogni ad essi associati.

Il Piano Sanitario Regionale vigente, relativo al periodo 2009-2011, colloca pertanto il campo delle dipendenze tra le aree prioritarie della programmazione regionale e definisce quale obiettivo fondamentale la riorganizzazione di tutto il sistema regionale di intervento, sul piano organizzativo e metodologico, in una duplice direzione:

potenziare il livello di integrazione tra i servizi gestiti direttamente dal pubblico e quelli gestiti dal privato sociale accreditato,

sviluppare maggiormente, accanto alle opzioni terapeutiche già in uso, le strategie della prossimità e dell'accompagnamento;

Lo stesso Piano indica inoltre gli obiettivi di salute sui quali indirizzare prioritariamente l'intervento sociosanitario, sulla base dei bisogni emersi da una lettura approfondita del quadro regionale.

Programmazione regionale

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

In linea con le indicazioni del Piano, nel corso del 2011 sono state realizzate in particolare le azioni elencate di seguito.

- Prosecuzione del percorso volto a definire la riorganizzazione del sistema regionale di intervento per le dipendenze, secondo i seguenti orientamenti

Riorganizzazione  
del sistema  
regionale di  
intervento

fondamentali:

1. Conferma e valorizzazione dell'organizzazione dipartimentale, adottando il modello del “dipartimento integrato” quale forma di coordinamento tra tutte le risorse, non solo sanitarie, presenti in ciascun territorio; questo modello intende attuare un maggiore livello di integrazione tra servizi pubblici e realtà del privato sociale accreditato e superare la dicotomia dei modelli usuali, “funzionale” e “strutturato”;
  2. Individuazione di “aree di intervento prioritarie”, corrispondenti ai bisogni di salute risultati maggiormente rilevanti in ambito regionale;
  3. Indicazione delle strategie di approccio da sviluppare maggiormente, ovvero la strategia dell’accompagnamento ed il lavoro di prossimità, in quanto maggiormente flessibili ed in grado di supportare, in risposta all’evoluzione dei bisogni rilevati in ambito regionale, una effettiva personalizzazione degli interventi.
- Messa a regime del sistema informativo regionale sulle dipendenze, con il passaggio alla rete informativa regionale, e costituzione dell’area dipendenze nell’ambito delle attività dell’osservatorio epidemiologico regionale (DGR 1487 del 6 dicembre 2011). Nell’ambito di questa area, è stato applicato presso tutti i servizi di alcologia il sistema informativo (attraverso piattaforma mFp) già presente presso i ser.t, sono stati realizzati percorsi formativi rivolti agli operatori, si è aderito ai progetti Sind Support e NIOD, del Dipartimento Politiche Antidroga.
  - Per l’area della prevenzione, messa a regime delle “reti aziendali per la promozione della salute”, con articolazione a livello provinciale e locale del Protocollo d’Intesa siglato con l’Ufficio scolastico regionale al fine di favorire iniziative coordinate per la promozione della salute nella popolazione giovanile: rientra nell’attività ordinaria delle ASL, ormai, la pianificazione di interventi di prevenzione concordati con le scuole del territorio.
  - Riguardo a i servizi di trattamento, è stato avviato un percorso per la valutazione costante degli esiti prodotti, attraverso la partecipazione al progetto OUTCOME del Dipartimento Politiche Antidroga. E’ stata conclusa una formazione regionale, ampiamente partecipata, relativa al cocainismo.
  - Prosecuzione del Piano di intervento per la prevenzione dei decessi per overdose, incluso il monitoraggio del fenomeno (Rapporto regionale relativo all’anno 2010); in base alla valutazione delle azioni intraprese negli anni precedenti, definizione di un progetto regionale mirato a rinnovare gli interventi di prossimità, con particolare attenzione al fenomeno del policonsumo e alla mortalità per overdose (DGR n. 1732 del 29/12/2011, Progetto regionale “Il sistema della prossimità nei confronti dell’abuso di sostanze e delle dipendenze - Sperimentazione di assetti organizzativi ed approcci metodologici innovativi, rivolti in particolare alla prevenzione della mortalità per overdose e dei rischi connessi al policonsumo”).

*C) Principali prospettive emerse nel 2011 nello svolgimento delle attività e soluzioni possibili/auspicate*

Nel corso del 2011 sono state rilevate in particolare le seguenti criticità:

- Necessità di integrare il percorso di riorganizzazione del sistema di intervento per le dipendenze nell’ambito della più ampia riorganizzazione del sistema sanitario regionale, prevista dalla Giunta regionale e a fine 2011 non ancora completata. Questo nuovo indirizzo strategico della Giunta ha portato a procrastinare i tempi di formalizzazione della proposta elaborata con il contributo di tutti i servizi (sia pubblici che del

- privato sociale) impegnati nel campo.
- La gravità della situazione di sovraffollamento, determinatasi nelle carceri presenti nel territorio regionale (4 istituti penitenziari, peraltro piuttosto differenziati tra loro), associata al processo di integrazione di tale contesto di assistenza nell’ambito del sistema sanitario regionale, con ricadute particolarmente pesanti proprio nel campo dell’assistenza ai detenuti alcol e tossicodipendenti. E’ stata quindi prevista una formazione specifica, integrata tra operatori dei servizi sanitari sia pubblici che del privato sociale ed operatori del settore della Giustizia.
  - Necessità, alla luce dei dati rilevati, di potenziare le attività volte alla prevenzione dei decessi per overdose. Oltre a sistematizzare e rendere omogenee le attività delle unità di strada e centri a bassa soglia attraverso la stabilizzazione del Coordinamento tecnico regionale specifico, è stato elaborato in maniera partecipata un Progetto regionale di intervento, finanziato dalla Regione.

#### VI.2.3.18 Regione Veneto

##### *A) Strategie e programmazione attività 2011 (o orientamenti generali)*

La Regione Veneto, da sempre, attenta al benessere dei suoi cittadini ed alla promozione di stili di vita sani, è impegnata in numerose azioni di contrasto all’uso di droghe legali ed illegali.

Prima Conferenza  
Regionale sulle  
Dipendenze

A fronte di tale fenomeno, che rappresenta un comportamento a rischio complesso e multifattoriale, la Regione Veneto ha espresso in modo chiaro le politiche e le strategie che intende perseguire, avviando un percorso di rivisitazione dell’organizzazione e della programmazione, in stretta sinergia con il territorio, percorso supportato anche dall’attivazione di Gruppi tecnici dedicati.

Alla luce di questo processo complesso ed articolato è stata organizzata il 4 febbraio 2011 la 1° Conferenza Regionale sulle Dipendenze, questa iniziativa ha visto la collaborazione tra l’Assessorato alle Politiche Sociali, la Direzione Regionale per i servizi Sociali della Regione Veneto e tutti i Servizi pubblici e Privati che sono attivi sul territorio regionale in questo ambito. Con questa Conferenza la Regione Veneto si è data l’opportunità di rilanciare la programmazione come metodo consapevole, diffuso ed integrato per il governo, l’organizzazione e la gestione del sistema socio sanitario a tutti i livelli di responsabilità.

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

La Regione nel corso del 2011, ha rafforzato la sua funzione di indirizzo, coordinamento, controllo e supporto tecnico alle Aziende ULSS attraverso le seguenti azioni prioritarie:

Rafforzamento delle  
funzioni di indirizzo  
regionale

Rivedere attualità e coerenza di risposta ai bisogni del dipartimento delle dipendenze e ipotizzarne evoluzioni:

- rivedere l’organizzazione, la dotazione organica ed il numero dei Sert
- definire i criteri di priorità per l’accesso ai servizi, nell’ottica della valutazione multidimensionale e multiprofessionale, in modo da garantire livelli di assistenza omogenei nel territorio regionale;
- realizzare Servizi per le dipendenze idonei a rispondere alle persone giovani/adolescenti ed alle cosiddette “nuove” dipendenze, sia da sostanze che comportamentali;
- aumentare e definire (UVMD) le sinergie con i Comuni nella gestione dei minori, della cronicità (prevedendo il coinvolgimento degli stessi nei percorsi che prevedono l’inserimento lavorativo, la riduzione del danno, ecc. ecc.) e di tutte quelle situazioni non precisamente classificabili nella

nosografia sociale.

Rivisitazione delle tipologie d'offerta delle Comunità Terapeutiche, con la conseguente ridefinizione di standard e requisiti, in modo da garantire sia percorsi riabilitativi standard, sia risposte a nuovi e più complessi bisogni. Per questi ultimi, la programmazione, dovrà prevedere:

- Comunità Terapeutiche per minori/adolescenti alcol e tossicodipendenti con percorsi definiti, e separati dalla cronicità.
- Comunità sperimentali per la gestione della cronicità di pazienti alcol e tossicodipendenti (modello comunità di accoglienza a lunga permanenza per soggetti che non sono in grado di accedere a percorsi riabilitativi e necessitano di supporto socio-assistenziale)

Per quanto attiene all'intervento riabilitativo standard, la ridefinizione della programmazione regionale dovrà orientarsi secondo le seguenti direttive:

- rivisitazione delle tipologie d'offerta delle Comunità Terapeutiche e ridefinizione dei requisiti, in modo da riformulare standard organizzativi e strutturali maggiormente funzionali alla risposta da assicurare, oltre che alla razionalizzazione delle risorse.

*C) Principali prospettive emerse nel 2011 nello svolgimento delle attività e soluzioni possibili/auspicate*

A tale scopo la Regione proporrà nel corso del 2012, il nuovo "Progetto Dipendenze" 2012/2014 che avrà come obiettivi, tenuto conto degli indirizzi del Piano Socio Sanitario in via di approvazione, la riorganizzazione dei servizi pubblici e privati, confermando la presenza del dipartimento in tutte le Aziende ULSS, con l'indispensabile partecipazione del privato sociale in tutti i dipartimenti. Riorganizzazione dei servizi adeguando numero e tipologia dell'offerta alle esigenze della domanda, in una prospettiva di qualità ed appropriatezza del servizio offerto.

Progetto  
Dipendenze 2012-  
2014

#### VI.2.3.19 Provincia Autonoma di Bolzano

##### *A) Strategie e programmazione attività 2011 (o orientamenti generali)*

###### Obiettivi e priorità

- Aggiornamento dei contenuti del documento "Linee d'indirizzo per la politica sulle dipendenze in Alto Adige" in vigore dal 2003 mediante la elaborazione di un piano di settore per le dipendenze. Al centro dell'attenzione sono state poste le priorità definite per le singole aree operative -prevenzione, cura e riabilitazione, reinserimento sociale e lavorativo, riduzione del danno e sicurezza-, i settori che tuttora necessitano di interventi e le nuove sfide che si presentano alla rete di istituzioni operanti nei singoli settori -sanitario e sociale, scuola, servizio giovani, economia ed ordine pubblico. Il piano costituisce un'importante tappa nell'impegno da portare avanti per giungere alla definizione delle nuove "Linee guida per le politiche sulle dipendenze".
- Implementazione dell'informatizzazione dei Servizi per le dipendenze e dei Servizi ad essi collegati, attraverso il sistema di rilevazione dati denominato "Ippocrate". La complessità e l'importanza del progetto prevede la nomina di un coordinatore con il compito di adottare ed utilizzare gli strumenti informativi in grado di soddisfare in modo omogeneo il fabbisogno conoscitivo tra i quattro Compensatori sanitari e di assolvere al debito informativo nazionale e provinciale, nel pieno rispetto della specifica normativa di settore e del SIND/NIOD.

Aggiornamento del  
documento "Linee  
d'indirizzo".  
Sviluppo del  
sistema informatico

- Completamento della riorganizzazione dell’assistenza sanitaria all’interno del Carcere di Bolzano prevista dal decreto legislativo 19 novembre 2010, n. 252, “Norme di attuazione dello Statuto speciale della Regione Trentino - Alto Adige concernenti disposizioni in materia di assistenza sanitaria ai detenuti ed agli internati negli istituti penitenziari”, con particolare attenzione ai detenuti tossico- ed alcoldipendenti.
- Prosecuzione del processo di riorganizzazione dell’offerta riabilitativa nelle comunità terapeutiche provinciali afferenti al settore della dipendenza da sostanze stupefacenti e doppia diagnosi con il coinvolgimento attivo dei Servizi psichiatrici.
- Approvazione della legge 22 novembre 2010, n.13 “Disposizioni in materia di gioco d’azzardo” che, per ragioni di tutela di determinate categorie di persone e per prevenire il vizio del gioco, ha individuato luoghi sensibili in cui non può essere concessa l’autorizzazione per l’esercizio di sale da gioco e attrazione. Inoltre con disegno di legge provinciale n.114/2011 è stata approvata la destinazione alla prevenzione e alla riabilitazione della dipendenza da gioco di una quota pari all’1,5% delle somme annualmente riversate alla Provincia quale partecipazione al prelievo erario unico sugli apparecchi e congegni destinati al gioco.

**B) Presentazione(Organizzazione e consumo sintetico delle principali attività)**

Con la supervisione dell’Unità di coordinamento nel settore delle dipendenze, operativa all’interno del Dipartimento alla Famiglia, sanità e politiche sociali, è stata favorita la collaborazione tra il sistema dei Servizi pubblici e privati potenziando il livello di integrazione e comunicazione fra gli stessi e promuovendo l’approfondimento dei numerosi temi etici che caratterizzano il settore specialistico delle dipendenze

Collaborazione  
pubblico/privato

Nel settore della prevenzione universale e selettiva si è data continuità ai seguenti progetti ed iniziative attivi da alcuni anni e di particolare rilevanza

Prevenzione

1. Campagna di prevenzione dell’alcol in Alto Adige “Bere responsabile” presente al Salone della salute presso la Fiera di Bolzano nell’autunno 2011 con:
  - uno stand presso il quale i visitatori hanno potuto provare una guida “in stato d’ebbrezza” con un simulatore di moto
  - l’accesso alla nuova pagina web [www.bereresponsabile.it](http://www.bereresponsabile.it) che, oltre ad interessanti informazioni e contributi, ha proposto un quiz con il quale i/le visitatori/ci hanno potuto aumentare le loro conoscenze sul tema alcol e contemporaneamente partecipare ad un gioco a premi, collegarsi con i social network, interagire su Facebook e, tramite la funzione “mi piace”, condividere e sostenere il messaggio della campagna.
2. Interventi di prevenzione selettiva “Nucleo Operativo Tossicodipendenze del Commissariato del Governo di Bolzano” e “Servizio per le dipendenze di Bolzano” rivolti a persone segnalate per possesso di sostanze stupefacenti e/o per guida in stato di ebbrezza.
3. Incontri periodici e strutturati degli operatori dei Ser.D e della rete del privato sociale al “Tavolo di confronto sulla prevenzione selettiva” per il monitoraggio del fenomeno sul territorio provinciale e al “Gruppo di lavoro sul gioco d’azzardo patologico” per la messa a punto di specifiche iniziative e materiale informativo sui temi gioco d’azzardo ed internet.
4. Due giornate di formazione “Valutazione del sistema qualità pubblico - privato” rivolte agli operatori dei Ser.D, dei Servizi psichiatrici e degli Enti gestori di comunità terapeutiche provinciali, finalizzate alla

- condivisione di criteri di appropriatezza per gli inserimenti nelle suddette comunità anche di pazienti seguiti dai Servizi psichiatrici, alla elaborazione delle schede di inserimento nei loro aspetti anamnestici e diagnostici psico-socio-sanitari, alla definizione degli obiettivi da perseguire all'interno del Progetto terapeutico adottato in comunità, al monitoraggio degli esiti e nella valutazione degli outcomes.
5. Rilevamento precoce delle problematiche correlate all'alcol nelle consulenze di prevenzione selettiva negli accessi al Pronto soccorso dell'ospedale di Bolzano, negli interventi di emergenza sanitaria da parte del 118“ realizzato dal Servizio per le dipendenze di Bolzano. Oltre al monitoraggio e rilevamento statistico del fenomeno, il Servizio offre la possibilità di effettuare una consulenza psicologica secondo un approccio di tipo motivazionale, che utilizza strategie idonee a facilitare nel giovane la consapevolezza a ridurre il rischio d'abuso
6. Progetti di informazione, di promozione alla salute, di formazione e di consulenza da parte dei Servizi sociali delle Comunità comprensoriali e delle Associazioni convenzionate con la Provincia in diversi ambiti (scuola, famiglia, associazionismo, ecc.)
7. Nel settore della cura e riabilitazione i Servizi per le Dipendenze e le Associazioni convenzionate con l'Azienda sanitaria dell'Alto Adige hanno sviluppato un sistema integrato, ambulatoriale e residenziale, per la terapia e la riabilitazione dei pazienti affetti da dipendenze e comorbilità psichiatriche. I Ser.D hanno redatto protocolli d'intesa e di cooperazione con i Servizi psichiatrici ed hanno attivato un'offerta di terapie individuali per persone dipendenti dal gioco d'azzardo.
8. Nel settore del reinserimento sociale si è provveduto a rafforzare le offerte negli ambiti
- della riabilitazione lavorativa, potenziando alcuni laboratori riabilitativi già presenti sul territorio e sviluppando approcci di rete per migliorare i processi volti all'inserimento nel libero mercato;
  - dell'assistenza economica sociale mediante l'erogazione di sostegni specifici da parte dei Distretti sociali;
  - della riduzione dei danni, offrendo servizi dedicati alla prevenzione terziaria e al soddisfacimento dei bisogni primari;
  - della qualità delle prestazioni, con l'applicazione di Carte dei Servizi e di concetti orientati al *case management* e al lavoro di rete;
  - del sostegno abitativo, garantendo l'accesso a strutture protette e l'assistenza a domicilio a persone in abitazioni proprie, ma con difficoltà di gestione della vita quotidiana.

*C) Principali prospettive emerse nel 2011 nello svolgimento delle attività e soluzioni possibili/auspicate*

1. programmazione efficace e coordinamento strutturato delle risorse, anche finanziarie, nel settore sanitario e sociale
2. coinvolgimento più incisivo di altri attori (medici di medicina generale, distretti sanitari e sociali territoriali) per promuovere stili di vita più sani e per garantire una diagnosi e un intervento precoce per le persone a rischio
3. maggior appoggio scientifico, in termini di ricerca e di studio, per evidenziare trends e tendenze di sviluppo e per promuovere la formazione continua degli operatori dei Servizi.

Problematiche  
alcol-correlate

Cura, riabilitazione  
e reinserimento  
sociale

Implementare  
l'integrazione e la  
partecipazione al  
confronto fra servizi  
sanitari e sociali

### VI.2.3.20 Provincia Autonoma di Trento

#### A) Strategie e programmazione attività 2011 (o orientamenti generali)

Nel corso del 2010 è stata approvata dal Consiglio provinciale la nuova legge provinciale in materia di tutela della salute, L.p. 16/2010.

La stessa prevede all'art. 21 la promozione dell'integrazione socio-sanitaria dei servizi finalizzati a soddisfare bisogni di salute della persona che richiedano l'erogazione congiunta di prestazioni sanitarie e azioni di protezione sociale.

Tra gli ambiti nei quali deve essere garantita continuità curativa e assistenziale figura l'area delle dipendenze.

Nel 2011 è stata adottata la deliberazione della Giunta provinciale n. 1253 del 10 giugno 2011 avente per oggetto "Prestazioni residenziali rese dai servizi accreditati privati, di assistenza alle persone dipendenti da sostanze d'abuso (ex enti ausiliari per le tossicodipendenze), determinazione delle tariffe giornaliere a decorrere dal 1° luglio 2011.

#### B) Presentazione(Organizzazione e consumo sintetico delle principali attività)

La rete assistenziale dedicata alla diagnosi, cura e riabilitazione delle tossicodipendenze nella Provincia Autonoma di Trento è costruita intorno ad un unico SerT, articolato in tre sedi dislocate a Trento, Riva del Garda e Rovereto, a tre comunità terapeutiche convenzionate con l'Azienda Provinciale per i Servizi Sanitari presenti sul territorio con quattro sedi, (Voce Amica, Centro Anti Droga, Centro Trentino Solidarietà) e ad associazioni e cooperative del privato sociale. La gestione dei soggetti con problematiche alcol correlate e con disturbi del comportamento alimentare è affidata a due servizi distinti dell'Azienda Provinciale per i Servizi Sanitari: il Servizio di riferimento per le attività alcolologiche e il Centro per i disturbi del comportamento alimentare.

Il SerT ha come *mission* l'assistenza della popolazione di tossicodipendenti e delle loro famiglie, perseguiendo il completo recupero dei soggetti alla società e attuando strategie di prevenzione del fenomeno. Nello specifico, gli interventi terapeutici che il Ser.T. garantisce (delineati dall'Accordo Stato Regioni del 21/01/1999) sono: pronta accoglienza e diagnosi; terapie farmacologiche specifiche, sostitutive e non, compreso il monitoraggio clinico e laboratoristico; attività di screening, prevenzione e partecipazione alla cura delle patologie correlate all'uso di sostanze; psicodiagnosi e attività di sostegno e di counseling; attività di riabilitazione; *focal point* della ricerca epidemiologica e sociale.

La *vision* che l'organizzazione ha del fenomeno si identifica con l'approccio biopsico-sociale, secondo il quale la tossicodipendenza è una malattia cronica ad andamento recidivante e ad eziopatogenesi multi-assiale, in cui intervengono congiuntamente fattori di natura biologica, sociale e psicologica; in ogni paziente, dunque, deve essere ricercato quanto delle singole componenti partecipa alla costituzione del sintomo tossicomano.

La struttura organizzativa di base prevede quattro componenti fondamentali: il vertice strategico, i quadri intermedi, l'équipe terapeutica e la componente tecnico/amministrativa.

Il *vertice strategico* è impersonato dalla figura del direttore, il quale assicura che il Servizio assolva alle finalità previste dal mandato istituzionale, risponde, per quanto di competenza, alle richieste dei gruppi di interesse (stakeholders), supervisiona l'organizzazione, gestisce le relazioni con l'ambiente esterno e formula le strategie generali allineandosi con le indicazioni gestionali del management dell'APSS (Azienda Provinciale per i Servizi Sanitari).

I *quadri intermedi* sono costituiti dai responsabili di articolazione semplice e dai coordinatori d'area, che rappresentano la linea di congiunzione e comunicazione fra il vertice strategico e le differenti figure professionali.

L'*équipe multi disciplinare* rappresenta il nucleo operativo di base ed è formata dal medico, dall'infermiere professionale, dallo psicologo e dall'assistente

Approvazione della  
legge in materia di  
tutela della salute  
L.p. 16/2010

Organizzazione e  
competenze della  
rete assistenziale  
delle  
tossicodipendenze

sociale. L'equipe è il contesto all'interno del quale sono elaborati ed attuati i diversi interventi rivolti all'utenza che, di norma, si strutturano attraverso tre fasi strettamente correlate fra loro: l'accoglienza, la valutazione e la presa in carico.

La struttura tecnico/amministrativa ha funzioni di supporto alle altre componenti ed è composta da due tipi di operatori: gli amministrativi e gli operatori tecnici. Questi soggetti non sono direttamente coinvolti nei processi d'erogazione delle prestazioni rivolte all'utenza, ma forniscono servizi traversali che rendono possibile la realizzazione di molte attività specifiche del SerT.

Il processo di intervento sul paziente si struttura sulla base dell'assessment sanitario, psichico e sociale del soggetto e sulla conseguente predisposizione di un progetto terapeutico personalizzato sulla base dei bisogni del paziente individuato da obiettivi specifici e da indicatori di risultato.

La rete assistenziale delle tossicodipendenze in Trentino comprende tre comunità terapeutiche convenzionate con l'Azienda Provinciale per i Servizi Sanitari: Voce Amica, Centro Anti Drogena, Centro Trentino Solidarietà. È presente inoltre, con una sede, la Comunità Terapeutica di San Patrignano ed una comunità della rete "I nuovi Orizzonti" non convenzionate con l'APSS.

Comunità terapeutiche convenzionate

L'assetto organizzativo delle comunità terapeutiche convenzionate è regolato dalla deliberazione della Giunta Provinciale n. 1792 del 25/07/2003 che classifica le strutture presenti nel territorio sulla base di un duplice criterio: la specificità rispetto al grado di evolutività dell'utenza, ossia al grado di motivazione del soggetto a superare la condizione di tossicodipendenza, e la possibilità o meno di accogliere pazienti con comorbilità psichiatrica.

Inoltre la deliberazione della Giunta provinciale n. 1253 del 10 giugno 2011 determina le tariffe giornaliere a decorrere dal 1° luglio 2011 e le prestazioni residenziali rese dai servizi accreditati privati, di assistenza alle persone dipendenti da sostanze d'abuso (ex enti ausiliari per le tossicodipendenze).

### *C) Principali prospettive emerse nel 2011 nello svolgimento delle attività e soluzioni possibili/auspicate*

Nel 2011 è stato affrontato, in modo particolare, il tema delle dipendenze non da sostanze (gambling, dipendenza da tecnologia, etc.)

La Provincia Autonoma di Trento ha adottato nel corso dell'anno 2011 una serie di misure volte alla prevenzione e al contrasto della dipendenza da gioco e alla cura della sua dimensione patologica, attraverso attività di informazione e sensibilizzazione con incontri svolti su tutto il territorio provinciale in collaborazione con l'Associazione A.M.A. e operatori dell'Azienda provinciale per i servizi sanitari. Inoltre è stata prevista la formazione in particolare degli operatori del privato sociale e dei medici di medicina generale e nell'ambito dell'assistenza e cura il SerT ha formato un gruppo di professionisti per strutturare risposte terapeutiche e preventive anche attraverso l'attività di gruppi di auto-mutuo-aiuto.

In occasione della legge finanziaria provinciale 2012, nella legge provinciale n. 9 del 2002 è stato inserito l'art. 13 bis recante: "Disposizioni in materia di apparecchi da gioco". In particolare, questo articolo consente ai Comuni, al fine di tutelare determinate categorie di persone maggiormente vulnerabili e per prevenire la dipendenza dal gioco, di limitare o vietare la collocazione di apparecchi da gioco in un raggio non inferiore a 300 metri da luoghi sensibili quali istituti scolastici e formativi, centri giovanili, strutture residenziali e semi residenziali operanti in ambito sanitario, scolastico e socio assistenziale.

**PAGINA BIANCA**

## Parte Settima

*Indicazioni generali*

**PAGINA BIANCA**

## **CAPITOLO VII.1**

### **PIANO D'AZIONE**

VII.1.1. Valutazione del Piano d'Azione Nazionale

## VII.1 PIANO D'AZIONE

### VII.1.1 Valutazione del piano d'azione nazionale

Nell'anno 2011 è stata inviata la valutazione del PAN attraverso la diffusione di una scheda valutazione. Lo scopo della scheda di valutazione del Piano di Azione Nazionale Antidroga 2010 – 2013 è di rilevare l'opinione degli addetti ai lavori (operatori dei Ser.T/Ser.D, dipartimenti per le dipendenze, associazioni di volontariato, cooperative sociali, comunità terapeutiche etc...) riguardo al Piano nella sua struttura generale e nelle sue specifiche aree di intervento. A questo scopo, la scheda di valutazione è stata predisposta in modo da permettere ai rispondenti di esprimere il proprio giudizio sia in maniera strutturata e standardizzata (utilizzando delle scale di valutazione da 1 a 10) sia in maniera libera lasciando spazio alle riflessioni, ai suggerimenti e alle critiche.

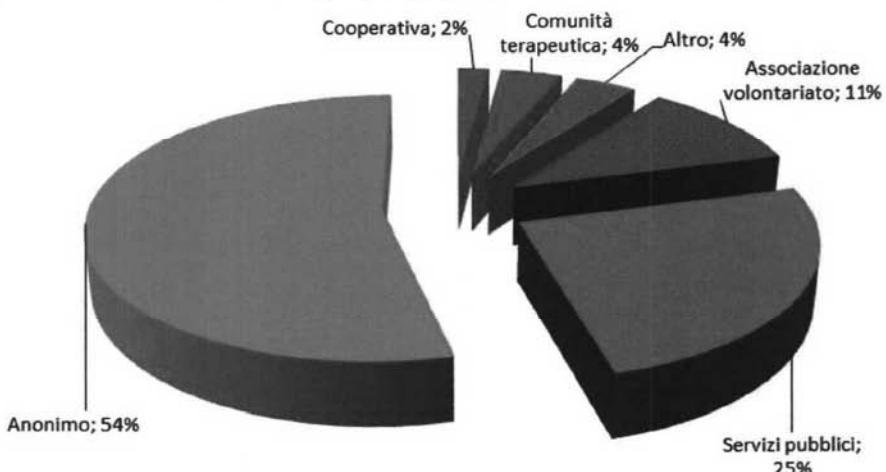
La scheda è composta di 7 sezioni tematiche ognuna delle quali comprende quesiti di tipo quantitativo e qualitativo:

1. Valutazione generale della struttura logica utilizzata nella stesura del PAN
2. Valutazione dell'area “prevenzione”
3. Valutazione dell'area “cura, diagnosi e patologie correlate”
4. Valutazione dell'area “riabilitazione e reinserimento”
5. Valutazione dell'area “monitoraggio e valutazione”
6. Valutazione dell'area “legislazione, attività di contrasto e giustizia minorile”
7. Valutazione generale del PAN

Il Dipartimento Politiche Antidroga ha raccolto un totale di 123 schede di valutazione del Piano di Azione Nazionale Antidroga 2010-2013. Sul totale delle schede, nel 41,5% non è stata compilata la parte *qualitativa* delle domande (Fig. 1), ovvero quella riguardante le *note e consigli per il miglioramento* (sezione 1), *note e consigli per il miglioramento delle strategie* (sezioni 1,2,3,4,5,6) e *i tre obiettivi particolarmente innovativi e rilevanti/particolarmente critici e poco rilevanti* (sezioni 1,2,3,4,5,6). Questo comporta che, mentre l'analisi quantitativa dei dati è stata effettuata sulla totalità delle schede ricevute (123), l'analisi qualitativa solamente su 72 schede.

Va rilevato che molte schede sono state compilate in anonimato, dunque, non è possibile risalire al settore di attività del mittente. Contributi alla valutazione delle schede sono pervenuti anche dai componenti della Consulta degli Esperti e degli Operatori sulle tossicodipendenze.

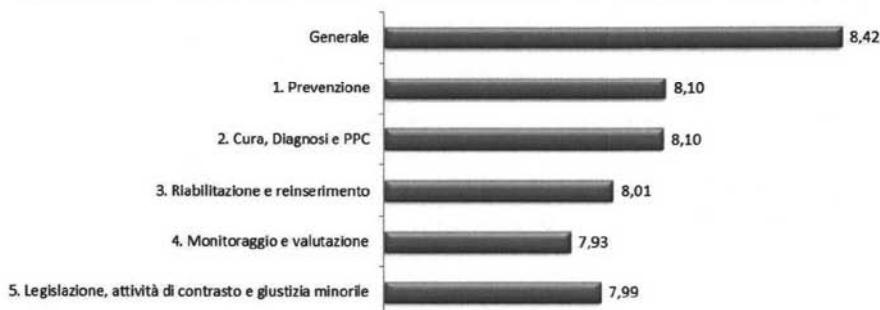
**Figura VII.1.1: Distribuzione tipologia dei rispondenti**



Veniamo ora agli aspetti salienti dell'indagine, iniziando dalle valutazioni che i rispondenti hanno dato della struttura logica utilizzata nella stesura del PAN (sezione 1 della scheda di rilevazione). Ricordiamo che la valutazione espressa dai rispondenti poteva variare su una scala da 1 (valore minimo) a 10 (valore massimo) in cui il valore di "sufficienza" era rappresentato dal 6.

Possiamo notare una tendenza a votazioni piuttosto alte e con variabilità contenute: il valore medio dei giudizi sul criterio *Struttura logica utilizzata e aree di intervento*, infatti, si assesta a 8,56 mentre per *Indirizzi e principi generali* la media corrisponde a 8,50. Notiamo immediatamente che i due valori medi si posizionano abbondantemente al di sopra del valore di sufficienza e che, i valori minimi assegnati non scendono mai al di sotto del punteggio "5". Possiamo tranquillamente affermare quindi, che i rispondenti, in maniera piuttosto omogenea, hanno valutato come buona la struttura del PAN.

**Figura VII.1.2:** Punteggi complessivi attribuiti alle aree principali (scala da 1 a 10)

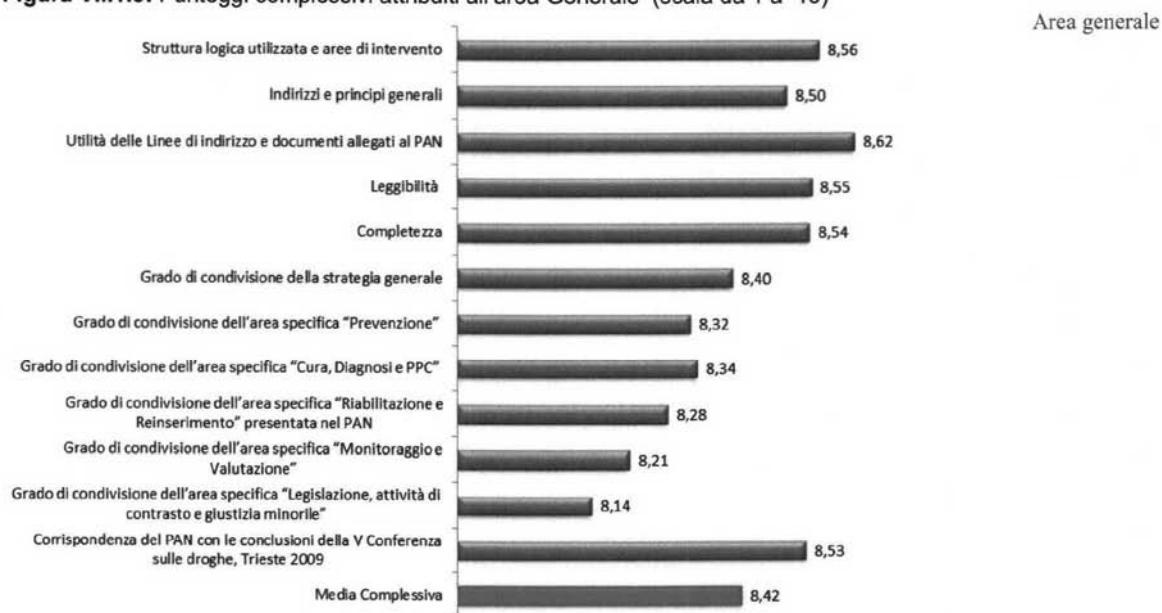
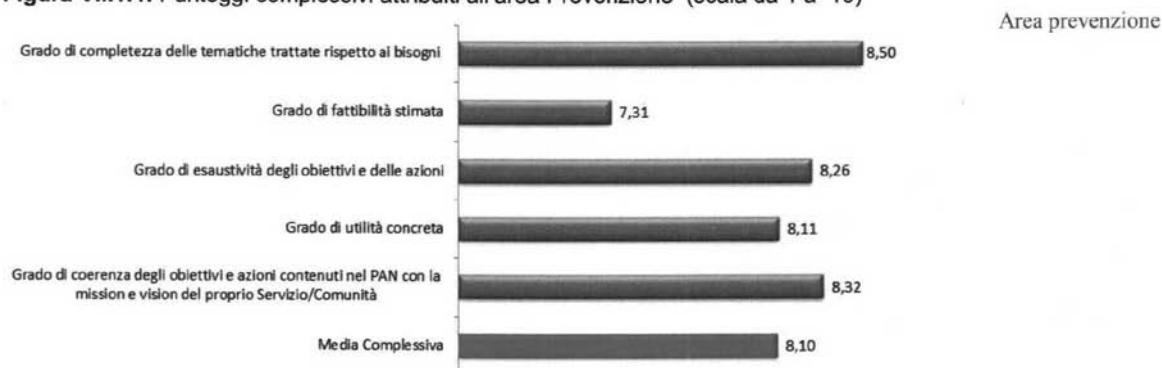


Dopo aver esaminato i giudizi riguardanti la struttura logica del PAN, veniamo ai giudizi generali espressi riguardo al documento nel suo complesso (sezione 7 della scheda di rilevazione). Anche in questo caso notiamo giudizi medi piuttosto alti (la media delle medie dei giudizi equivale infatti a 8,40, sempre su una scala che varia da 1 a 10) con variabilità piuttosto contenute. Sono presenti però alcune piccole differenze seppur in medie piuttosto alte e omogenee: mentre nella maggior parte degli oggetti di valutazione abbiamo una variabilità che va da 4 o 5 (come valore minimo assegnato) a 10 (come valore massimo assegnato), per "*Grado di corrispondenza del PAN con le conclusioni della V Conferenza sulle droghe, Trieste 2009*" e "*Grado di condivisione dell'area specifica "Legislazione, attività di contrasto e giustizia minorile"*" troviamo giudizi minimi equivalenti a 2. Questo significa che, nonostante il valore medio sia piuttosto alto, qualche rispondente ha comunque valutato in maniera critica questi elementi.

Come già accennato precedentemente, la scheda di valutazione così come il Piano, è stata suddivisa in aree di intervento (le medesime presenti nel Piano di Azione Nazionale Antidroga):

1. Prevenzione
2. Cura, diagnosi e patologie correlate
3. Riabilitazione e reinserimento
4. Monitoraggio e valutazione
5. Legislazione, attività di contrasto e giustizia minorile

Per ogni area di intervento la scheda è stata strutturata in due parti tematiche: a) la prima, quantitativa, contiene una batteria di item sulla struttura concettuale dell'area presa in considerazione; b) la seconda, qualitativa, ha lo scopo di indagare quale fosse l'opinione dei rispondenti riguardo agli obiettivi dell'area.

**Figura VII.1.3:** Punteggi complessivi attribuiti all'area Generale (scala da 1 a 10)**Figura VII.1.4:** Punteggi complessivi attribuiti all'area Prevenzione (scala da 1 a 10)**Figura VII.1.5:** Punteggi complessivi attribuiti all'area Cura, Diagnosi e Patologie Correlate (scala da 1 a 10)