

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; partecipazione, in questo ambito tematico, al progetto nazionale "Social Net Skills- area territorio", promosso dal Ministero della Salute - CCM

- e. Avvio del Laboratorio formativo su "La gestione delle misure alternative alla detenzione per alcol e tossicodipendenti nella rete territoriale", realizzato congiuntamente con il PRAP e rivolto agli operatori delle diverse istituzioni e servizi coinvolti nell'applicazione delle misure alternative.
- C. La "strategia della prossimità" è stata declinata attraverso le seguenti azioni di ambito regionale:
- a. Avvio del 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"
 - b. Incentivazione dell'uso del web e dei social network come strumenti di contatto in particolare con la fascia giovanile, costituzione di uno specifico gruppo di lavoro regionale sul tema, partecipazione al progetto nazionale "Social Net Skills- area web", promosso dal Ministero della Salute - CCM
 - c. Analisi dei bisogni connessi ai percorsi di integrazione degli immigrati, avvio del progetto regionale di prevenzione selettiva "Aggregazioni di strada di giovani ecuadoriani a Perugia"

V.2.3.16 Regione Veneto

A) Strategie e programmazione attività 2012 (o orientamenti generali)

- a. Le politiche espresse dalla Giunta Regionale del Veneto, in materia di dipendenze e devianze si pongono l'obiettivo di contrastare le conseguenze di stili di vita fortemente condizionati da specifiche forme di dipendenza, che costituiscono rilevanti fattori di rischio per la salute, con particolare riferimento al fumo di tabacco, all'abuso di alcol e all'utilizzo di sostanze stupefacenti.
- b. In tale contesto la Giunta regionale con DGR n. 866 del 31.3.2009 ha approvato il "Progetto Dipendenze 2009", al fine di sviluppare un intervento organico sul modello integrato per le Dipendenze, per consolidare e migliorare i risultati raggiunti ed affrontare le problematiche emergenti.
- c. In occasione della I° Conferenza Regionale sulle Dipendenze del 4 febbraio 2011, la Regione Veneto ha confermato 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 e a tale scopo ha inteso con la DGR 929 del 25.5.2012 proporre il nuovo "Progetto Dipendenze" 2012/2014,
- d. Questo progetto ha come obiettivo generale l'adeguamento del modello organizzativo di intervento per sostenere le persone che presentano rischio, uso o dipendenza da sostanze stupefacenti o psicoattive, in modo da renderle in grado di prevedere e rispondere in modo tempestivo ed adeguato all'evoluzione dei bisogni collegati all'emergere di nuovi tipi di droghe e diverse modalità di abuso.
- e. L'aspetto qualificante del "Progetto Dipendenze" 2012/2014, tenuto conto degli indirizzi del Piano Socio Sanitario, è rappresentato dalla riorganizzazione dei servizi pubblici e privati, confermando la

Progetto
Dipendenze 2012-
2014

presenza del dipartimento in tutte le Aziende ULSS, con l'indispensabile partecipazione del privato sociale in tutti i dipartimenti. Riorganizzare i servizi significa adeguare numero e tipologia dell'offerta alle esigenze della domanda, in una prospettiva di qualità ed appropriatezza del servizio offerto.

V.2.3.17 Provincia Autonoma di Bolzano

A) Strategie e programmazione attività 2012 (o orientamenti generali)

E' stata affrontata, all'interno dell'unità di coordinamento provinciale nel settore delle dipendenze la discussione di tematiche significative che, oltre ad aver dato considerazione al settore all'interno dell'Assessorato ma anche dell'Azienda sanitaria, ha portato a risultati importanti quali:

Piano di settore
delle dipendenze

1) Il Piano di settore delle dipendenze : per la prima volta c'è una visione complessiva che riguarda tutte le dipendenza da sostanze e comportamentali. Viene sottolineato l'aspetto dell'integrazione per quanto riguarda gli interventi ed i servizi anche sotto il profilo metodologico. C'è stato certamente un grande coinvolgimento dei servizi che operano nel settore, si è realizzata anche una prospettiva di visione più ampia con il coinvolgimento della scuola, del mondo del lavoro, delle istituzioni e particolarmente della Psichiatria, nella prospettiva di un Dipartimento della salute mentale a livello provinciale o aziendale. Un altro elemento importante è che si è sottolineato l'aspetto del gioco d'azzardo patologico, inserito ex novo nel Piano.

2) La strutturazione della collaborazione fra Servizi psichiatrici, Ser.D ed enti gestori di comunità terapeutiche residenziali a livello locale nella riorganizzazione dell'assistenza riabilitativa residenziale, scaturita da un progetto di formazione fra operatori di enti pubblici e privati.

3) Il completamento della riorganizzazione dell'assistenza sanitaria all'interno del Carcere di Bolzano da parte dell'Azienda sanitaria, prevista dal decreto legislativo 19 novembre 2010, n. 252, "Norme di attuazione dello Statuto speciale della Regione Trentino - Alto Adige", con particolare attenzione ai detenuti tossicodipendenti ed alcolisti

4) L'implementazione del sistema informativo-informatico in atto e la istituzione dell'Osservatorio sulle dipendenze.

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

- gioco d'azzardo: provvedimenti di legge provinciale (individuazione luoghi sensibili, destinazione di finanziamenti ad hoc per la prevenzione ed il trattamento), creazione di un documento di programmazione condiviso dai Servizi territoriali e nomina da parte dell'Azienda sanitaria di un gruppo di esperti facenti parte della "Rete sul gioco d'azzardo"
- elaborazione di un "Piano di settore dipendenze" che contiene principi ed indicazioni per il futuro lavoro
- approvazione del documento "Criteri, modalità di invio e progetto terapeutico nelle strutture riabilitative di pazienti in trattamento presso i Servizi per le dipendenze ed i Servizi psichiatrici dell'Azienda sanitaria dell'Alto Adige"
- istituzione di una forma vincolante di collaborazione organizzativa fra i servizi dell'Azienda sanitaria dell'Alto Adige che si occupano di dipendenze con la nomina di un coordinatore medico nella persona del Primario del Ser.D di Bolzano

Priorità

- istituzione dell'Osservatorio sulle dipendenze all'interno dell'Osservatorio epidemiologico provinciale e di uno specifico gruppo di lavoro con esperti della Provincia e dell'Azienda sanitaria
- implementazione del software "Ippocrate" che fornisce dati statistici di tutti i servizi ambulatoriali pubblici e privati qualitativamente buoni
- elaborazione di proposte per il nuovo piano sanitario provinciale
- prosecuzione della campagna di prevenzione sull'alcol

Per agevolare l'inserimento lavorativo di persone svantaggiate, sono state elaborate delle misure per incentivare incarichi annuali di beni e servizi per le cooperative sociali:

- è stata elaborata una lista merceologica e di servizi
- sono state descritte delle clausole sociali

Sono stati anche semplificati e deliberati nuovi criteri per i contributi concessi alle cooperative sociali.

Inserimento
lavorativo

C) Principali prospettive emerse nel 2012 nello svolgimento delle attività e soluzioni possibili/auspiccate

1. programmazione efficace degli interventi e ottimizzazione delle risorse finanziarie sia nel settore sanitario sia in quello sociale
2. maggiore coinvolgimento, negli interventi di prevenzione, dei medici di medicina generale e dei distretti sanitari, promuovendo stili di vita più sani, e garantendo una diagnosi e un intervento precoce per le persone a rischio
3. maggior appoggio scientifico per evidenziare trends e tendenze di sviluppo e per promuovere la formazione continua degli operatori dei Servizi
4. criteri di destinazione alla prevenzione e alla riabilitazione della dipendenza da gioco della quota pari all'1,5% delle somme annualmente riversate alla Provincia quale compartecipazione al prelievo erario
5. mancanza del sistema di raccolta dati sociali (SOZINFO) in analogia al sistema di raccolta dati sanitari (IPPOCRATE)
6. instaurazione di un tavolo di coordinamento nel settore sociale per lo scambio di informazioni e per l'elaborazione congiunta di strategie operative nel settore delle dipendenze. Questo potrebbe essere istituito in fase di elaborazione dei criteri di accreditamento (previsione 2014).

V.2.3.18 Provincia Autonoma di Trento

A) Strategie e programmazione attività 2012 (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 che 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.

In riferimento all'articolo 21 comma 1 della l.p. 16/2010, sono state approvate, con deliberazione di Giunta provinciale n. 2191 del 15 ottobre 2012, le "Linee guida per la programmazione dell'offerta dei servizi nell'area delle tossicodipendenze". Con questo provvedimento sono state ridefinite le attività sanitarie e socio-sanitarie a favore dei soggetti dipendenti da sostanze, per i quali l'Azienda provinciale per i servizi sanitari provvede alla prevenzione dei comportamenti favorevoli, alla cura e alla riabilitazione attraverso il Ser.D e il Servizio per le attività alcoliche, afferenti al Dipartimento dipendenze inter-

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

distretto e avvalendosi anche del contributo del privato sociale e istituzioni accreditate e convenzionate con il servizio sanitario nazionale.

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 SerD, 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 Antidroga, Centro Trentino di Solidarietà) e ad associazioni e cooperative del privato sociale. È presente inoltre, con una sede, la Comunità Terapeutica di San Patrignano non convenzionata con l'APSS e una comunità della rete "I nuovi Orizzonti" convenzionata con l'APSS per alcuni posti.

La rete assistenziale
tossicodipendenze

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.

La struttura organizzativa di base prevede quattro componenti fondamentali: il vertice strategico, i quadri intermedi, l'equipe 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'*equipe multi disciplinare* rappresenta il nucleo operativo di base ed è formata dal medico, dall'infermiere professionale, dallo psicologo e dall'assistente 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 trasversali che rendono possibile la realizzazione di molte attività specifiche del SerD.

C) Principali prospettive emerse nel 2012 nello svolgimento delle attività e soluzioni possibili/auspiccate

Emerge sempre di più la necessità di un approccio integrato e selettivo degli interventi siano essi di prevenzione, di cura e di inclusione per le dipendenze non da sostanze. Le politiche sanitarie e socio-sanitarie provinciali hanno fatto proprio la cultura della prevenzione e del contrasto dell'abuso di sostanze e dei comportamenti compulsivi patologici quali il gambling.

Le soluzioni possibili vengono perseguite nel proseguo di interventi terapeutici integrati fra il SerD, e le organizzazioni del privato sociale (AMA), nella necessità di implementare gli interventi di prevenzione primaria con progetti di comunità nelle valli del Trentino, per l'attivazione di percorsi di informazione, sensibilizzazione e formazione rivolti a specifici settori professionali; per favorire modalità di informazione eticamente corretta ai cittadini; per promuovere iniziative comuni e coordinate tra Enti pubblici, privati e di privato sociale e per diffondere i gruppi di auto mutuo aiuto.

Parte Sesta

Indicazioni generali

PAGINA BIANCA

CAPITOLO VI.1

PIANO DI AZIONE

VI.1.1. Monitoraggio del Piano d'Azione Nazionale Antidroga 2010-2013
(a cura di ITC – ILO)

PAGINA BIANCA

VI.1 PIANO DI AZIONE

VI.1.1 Monitoraggio del Piano d'Azione Nazionale Antidroga 2010-2013 (a cura di ITC – ILO)

Gli obiettivi del monitoraggio eseguiti nel corso del 2012 del Piano d'Azione Nazionale (PAN) sono stati:

- Individuare il legame tra normativa regionale in materia di dipendenze e PAN
- Rilevare le priorità di intervento definite a livello regionale e le azioni gestite a livello regionale
- Monitorare il grado di attuazione degli obiettivi del PAN in relazione alle azioni messe in campo dalle Regioni
- Far emergere le buone pratiche esistenti
- Far emergere i modelli di *governance* delle dipendenze nelle diverse Regioni italiane ed i sistemi informativi esistenti.

La normativa regionale è stata indagata valutando per singola Regione/P.A. le seguenti condizioni:

- Regioni e P.A. caratterizzate da una normativa di riferimento pre e post approvazione del PAN (ottobre 2010)
- Regioni e P.A. caratterizzate da una normativa di riferimento pre approvazione del PAN (ottobre 2010)
- Recepimento del PAN attraverso la normativa regionale e delle P.A.
- Stesura del Piano di Azione Regionale (PAR) per le Dipendenze (Singoli Programmi regionali).

Individuazione del
legame tra
normativa
regionale in
materia di
dipendenze e PAN

L'analisi ha consentito l'individuazione della seguente situazione.

Tabella VI.1.1: Numero Dipartimenti per le Dipendenze e SerD ogni 100.000 residenti 15-54 anni

Regione/PP.AA.	Normativa pre e post	Normativa pre	Recepimento PAN	Stesura PAR
Abruzzo		X		
Basilicata		X		
Calabria	X		X	X
Campania	X		X	
Emilia Romagna	X			X
Friuli Venezia Giulia	X			
Lazio	X		X	
Liguria		X		
Lombardia		X		
Marche	X			
Molise		X		
PA Bolzano	X			
PA Trento		X		
Piemonte	X			X
Puglia	X			
Sardegna	X		X	
Sicilia	X			
Toscana	X			
Umbria		X		
Valle d'Aosta		X		
Veneto		X		

In tutte le Regioni/PPAA è presente una normativa sulle dipendenze, che in nove casi risulta essere in vigore in precedenza dell'approvazione del PAN, mentre per le rimanenti 12 ne è stata emanata una aggiornata dopo l'approvazione del PAN. In 4 casi il PAN è stato recepito formalmente, mentre i tre sono presenti singoli programmi regionali che costituiscono il Piano d'Azione Regionale.

Questo tipo di informazione è stata fornita dalla P.A. di Bolzano, Veneto, Friuli Venezia Giulia, Marche, Umbria, Lazio, Abruzzo, Molise, Campania e Calabria.

In quasi tutte le realtà le attività gestite direttamente o coordinate dalla direzione centrale rappresentano una minima parte dell'attività svolta, le azioni principali sono: Programmazione, Coordinamento e Controllo e Valutazione.

Le attività gestite direttamente o coordinate dalla direzione centrale sono prevalentemente di natura progettuale (86%) e si collocano prevalentemente nell'area della prevenzione.

Quasi tutte le realtà che descrivono attività gestite o coordinate dalla direzione includono nella descrizione azioni collegate al PAN o finanziate dal DPA (fra le rispondenti solo per Veneto e Marche non si rileva nessun riferimento esplicito al PAN o al DPA).

Grazie alle informazioni raccolte mediante le interviste, per ogni Regione e P.A. è stato possibile identificare gli obiettivi attuati nel territorio con azioni progettuali o di routine relativamente alle quattro aree del PAN: Prevenzione, Cura e Prevenzione delle Patologie Correlate, Riabilitazione e Reinserimento, Monitoraggio e Valutazione.

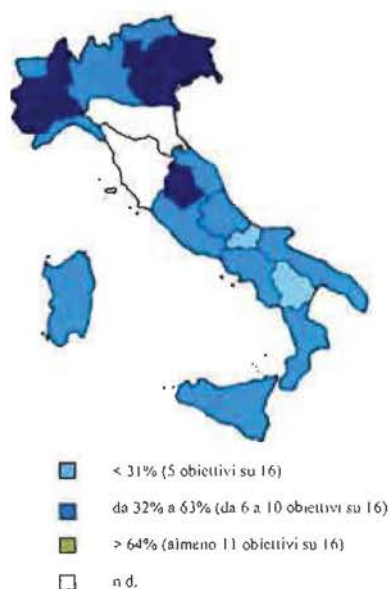
Per ogni singola area è stato riportato il grado di copertura percentuale degli obiettivi attuati.

Rilevazione delle priorità di intervento definite a livello regionale e le azioni gestite a livello regionale

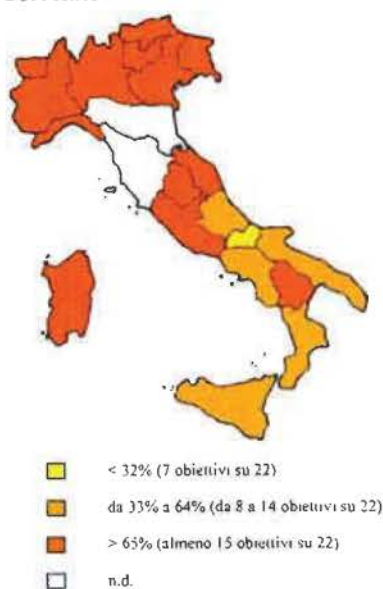
Monitoraggio del grado di attuazione degli obiettivi del PAN in relazione alle azioni messe in campo dalle Regioni

Figura VI.1.1: Valutazione di conformità complessiva (scala da 1 a 4)

Area Prevenzione



Area Cura e Prevenzione delle patologie Correlate



Grado di copertura delle aree del PAN

Area Riabilitazione e Reinserimento



- < 27% (3 obiettivi su 11)
- da 28% a 64% (da 4 a 7 obiettivi su 11)
- > 65% (almeno 8 obiettivi su 11)
- n.d.

Area Monitoraggio e Valutazione



- < 33% (3 obiettivi su 9)
- da 33% a 67% (da 4 a 6 obiettivi su 9)
- > 68% (almeno 7 obiettivi su 9)
- n.d.

Sono state rilevate 52 buone pratiche, in 18 Regioni. In gran parte dei casi si tratta di buone pratiche che si collocano all'interno degli ambiti della prevenzione e del trattamento. In circa 3 casi su 4, inoltre, si tratta di interventi strutturati e in 1 caso su 4 di attività progettuali.

Rilevazione buone
pratiche esistenti

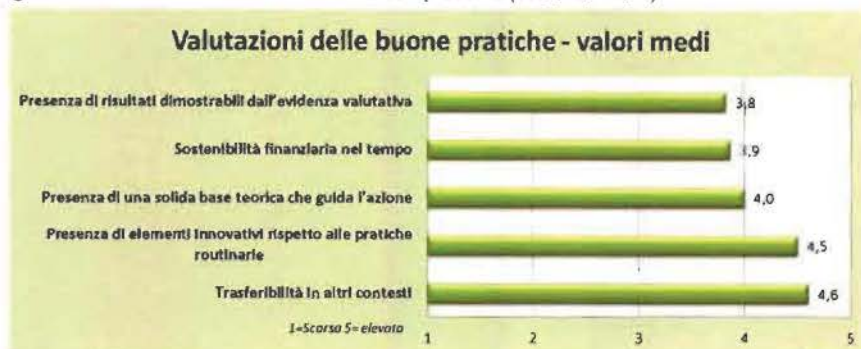
Figura VI.1.2: Valutazione di conformità complessiva (scala da 1 a 4)

Ambito di intervento delle buone pratiche



In quasi nella metà dei casi il territorio di riferimento della buona pratica è quello dell'Asl, seguito dal territorio regionale e da quello provinciale. Le buone pratiche sono state valutate tendenzialmente in maniera molto positiva, soprattutto riguardo la loro trasferibilità in altri contesti e sui loro elementi innovativi.

Figura VI.1.3: Valutazione di conformità complessiva (scala da 1 a 4)



Si riportano alcuni esempi di buone prassi.

- Azione di prevenzione presso le scuole aderenti a livello regionale, dove i ragazzi si impegnano a non fumare e a non far fumare i genitori. Nella giornata mondiale antitabacco viene premiata (premio in denaro 2000 euro alla classe) (Molise)
- Centro Clinico Cocainomani. Unità Operativa Dipartimentale dedicata ad un target selezionato: cocainomani integrati socialmente. Si propongono terapie prevalentemente non farmacologiche (psicoterapia, counselling, ecc.), l'accesso avviene esclusivamente su appuntamento e l'attività clinica si svolge anche in fasce orarie serali (Lombardia)
- Supporto territoriale al reinserimento sociale e lavorativo con la finalità di facilitare e sostenere il mantenimento oppure il reinserimento presso il domicilio del paziente. Le attività riguardano gli interventi domiciliari, il counselling psicologico e professionale, il supporto telefonico. Accompagnamento nelle pratiche quotidiane di inserimento. Bilancio delle competenze e sostegno alla famiglia. La durata dell'intervento è di 30 mesi minimo. (Valle d'Aosta)
- Progetto di prevenzione ambientale, realizzato da un gruppo di lavoro qualificato ed esperto composto da imprenditori, amministratori, forze di polizia ed operatori della prossimità, fa riferimento alle prospettive dello sviluppo di comunità, dell'ecologia della responsabilità e della responsabilità sociale del territorio. Ha affrontato la complessità e multidimensionalità del problema nel contesto locale specifico. Il risultato raggiunto può rivelarsi utile come strumento di supporto alla programmazione locale e ai fini dell'attivazione di iniziative concrete realizzabili sulla base delle esigenze rilevate e delle strategie d'azione suggerite. (Lombardia)
- Intervento strutturato, nato nel 2002, avente l'obiettivo di intercettare l'utenza giovanile (target 14-30 anni) consumatrice di sostanze non oppiacee. Si avvale di una sede staccata dal Ser.t con locali propri al fine di facilitare l'accesso a un'utenza che non si riconosce come tossicodipendente. Agilità (presa in carico veloce, cellulare di servizio attivo 12 h/die, uso nuove tecnologie...), sperimentazione (stage residenziali brevi per cocainomani, sportello in Prefettura, formazione rivolta ad altri attori della rete) aggiornamento costante sul mondo dei consumi (Piemonte).

La finalità della seguente analisi è orientata principalmente a due osservazioni:

- Comprendere come sono governati i rapporti tra livello politico e livello tecnico relativamente alle politiche ed alle azioni per le dipendenze – compresenza di diversi attori a diversi livelli di governance che influiscono sui processi decisionali

Modelli di
governance nelle
dipendenze

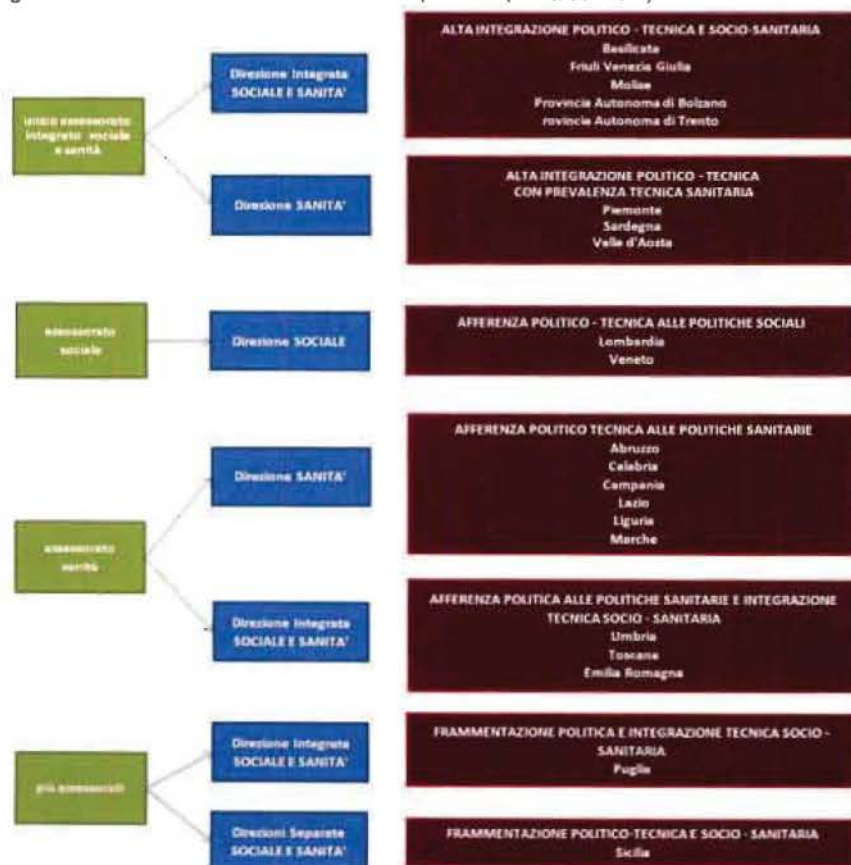
- Comprendere a quale livello avvenga il processo di integrazione socio-sanitaria

Queste informazioni sui contesti di riferimento sono utili per almeno due importanti motivi.

- Conoscere il contesto di riferimento e soprattutto la molteplicità degli attori coinvolti nella definizione delle politiche sulle dipendenze propria di ciascun territorio è fondamentale per leggere e interpretare correttamente le informazioni raccolte dalle direzioni centrali e fin qui presentate. Tanto maggiore è la frammentazione delle responsabilità e delle competenze tanto più sarà difficile definire ed attuare politiche condivise.
- La frammentazione delle responsabilità e delle competenze influenza anche l'attività di controllo e valutazione. In questa prima fase ci si è limitati a raccogliere indicazioni dalla direzione regionale ma per avere informazioni più attendibili ed esaustive sarà importante in futuro coinvolgere tutti gli attori coinvolti in ciascuna regione per la definizione e l'attuazione delle politiche sulle dipendenze.

Sono stati rilevati differenti modelli in funzione dell'organizzazione regionale.

Figura VI.1.4: Valutazione di conformità complessiva (scala da 1 a 4)



Le declinazioni territoriali delle strategie regionali avvengono, per il tramite dei Dipartimenti delle Dipendenze, non ancora attivati in tutte le Regioni/PPAA, attraverso l'attività operativa dei Servizi per le Dipendenze. Compatibilmente con gli assetti organizzativi locali e le caratteristiche territoriali (aree urbane, rurali o montane), si è osservata la presenza e la distribuzione dei Dipartimenti e dei Servizi in relazione alla popolazione residente 15-54 anni.

Tabella VI.1.2: Numero Dipartimenti per le Dipendenze e SerD ogni 100.000 residenti 15-54 anni

Regione/PP.AA.	Dipartimenti delle Dipendenze	Servizi per le Dipendenze
Abruzzo	-	1.54
Basilicata	1.57	1.89
Calabria	0.18	1.54
Campania	0.06	1.41
Emilia Romagna	0.48	1.95
Friuli Venezia Giulia	0.96	0.96
Lazio	0.39	1.56
Liguria	0.64	0.64
Lombardia	0.28	1.40
Marche	1.11	1.73
Molise	-	3.55
PA Bolzano	0.57	2.59
PA Trento	-	1.58
Piemonte	0.38	1.14
Puglia	0.27	2.47
Sardegna	-	1.52
Sicilia	0.33	1.86
Toscana	-	-
Umbria	0.86	2.36
Valle d'Aosta	1.49	1.49
Veneto	0.80	1.44

Tendenzialmente i Dipartimenti si occupano di prevenzione, cura, riabilitazione e reinserimento e meno frequentemente di monitoraggio e valutazione (aree PAN).

I Ser.d, invece, tendono ad occuparsi di tutte le aree di riferimento del PAN. A differenza dei Dipartimenti si occupano frequentemente anche di monitoraggio e valutazione, soprattutto nei casi in cui sia presente un sistema informativo regionale dedicato.

In tutte le Regioni/PPAA risulta presente un Osservatorio che può essere specifico per le dipendenze o essere integrato con altre politiche; nel 62% dei casi l'osservatorio per le dipendenze è parte dell'osservatorio epidemiologico.

Sistemi informativi
per le Dipendenze

Figura VI.1.5: La posizione dell'Osservatorio delle dipendenze nelle Regioni/PPAA

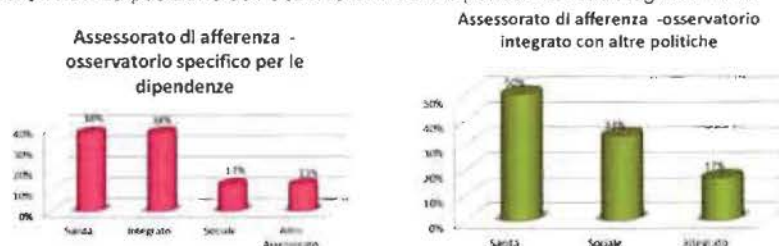


Tabella VI.1.3: Numero Dipartimenti per le Dipendenze e SerD ogni 100.000 residenti 15-54 anni

Regioni e PP.AA.	Tipologia di osservatorio	Assessorato di afferenza	Direzione di afferenza
Piemonte	specialistico	integrato	sanità
Valle d'Aosta	specialistico	integrato	integrato
Lombardia	specialistico	sociale	sociale
PA Bolzano	integrato	sanità	sanità
PA Trento	integrato	sanità	sanità
Friuli V.G.	specialistico	altro	altro
Veneto	integrato	sociale	sociale
Liguria	specialistico	sanità	sanità
Emilia - Romagna	specialistico	sanità	integrato
Toscana	integrato	sociale	integrato
Marche	integrato	integrato	integrato
Umbria	integrato	integrato	integrato
Lazio	integrato	sanità	sanità
Abruzzo	integrato	sanità	sanità
Molise	integrato	integrato	integrato
Campania	specialistico	sanità	sanità
Puglia	integrato	integrato	integrato
Basilicata	integrato	sanità	sanità
Calabria	integrato		
Sardegna	specialistico	integrato	sanità
Sicilia	integrato	sanità	sanità

Grado di attuazione degli obiettivi del PAN per singola Regione/PPAA

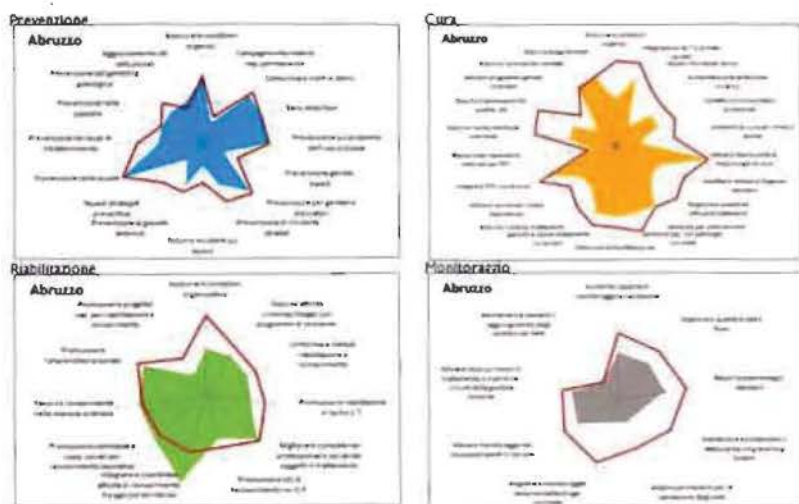
In questo paragrafo si riportano graficamente, per gli obiettivi delle quattro aree del PAN trattate, la situazione delle singole Regioni/PPAA rispetto alla media nazionale di riferimento. Nei grafici radar viene rappresentato il punteggio assegnato a ciascun obiettivo:

- 1: non rilevato (livello prossimo all'origine)
- 2: presenza delle finalità
- 3: attività di progetto
- 4: attività routine (livello corrispondente alla circonferenza più esterna)

In rosso è riportata la media nazionale ottenuta calcolando per ciascun obiettivo la media aritmetica dei punteggi ottenuti nelle Regione e P.A. analizzate per Emilia Romagna e Toscana i dati non sono pervenuti.

Figura VI.1.6: Regioni/PPAA rispetto agli obiettivi delle quattro aree del PAN

Abruzzo



Basilicata

