

ALLEGATO "1"**Dipartimento delle Dipendenze (DPD)**

Il "DPD", Dipartimento funzionale ai sensi di quanto stabilito nell'Allegato "B" alla D.G.R. n. 59-6349 del 5 luglio 2007, ha per finalità la programmazione, il coordinamento e la verifica, sotto il profilo quali/quantitativo, delle attività di prevenzione, assistenza, cura e riabilitazione delle Patologie da dipendenze e garantisce il complesso delle attività in materia di assistenza ai soggetti affetti da patologia da dipendenza ed alle loro famiglie, con produzione diretta ed in integrazione con i Servizi del Privato Sociale accreditato.

Il DPD ed i suoi organismi sono diretti da un responsabile di struttura complessa, che si avvale, per la realizzazione degli obiettivi, del personale assegnato, definito ai sensi del DM 444 del 1990. Per garantire la funzionalità del Servizio Multidisciplinare Integrato, qualora le ASL abbiano previsto ed organizzato Servizi Monoprofessionali, i professionisti saranno operativi presso le sedi dei Servizi componenti il DPD.

L'organizzazione dipartimentale deve rispondere sia alla complessità che alla numerosità delle attività, delle organizzazioni che ne fanno parte e del personale dedicato.

Le funzioni specialistiche proprie ed esclusive del Dipartimento sono quelle di diagnosi e cura del comportamento additivo.

Per queste funzioni il Dipartimento si avvale di:

- strutture di pronta accoglienza
- strutture ambulatoriali
- strutture di ricovero
- strutture "intermedie" diurne o residenziali

Il Servizio Sanitario regionale garantisce alle persone con dipendenze patologiche o comportamenti di abuso patologico, ivi incluse le persone detenute o internate, la presa in carico multidisciplinare e lo svolgimento di un programma terapeutico individualizzato che include le prestazioni mediche specialistiche, diagnostiche e terapeutiche, psicologiche e psicoterapeutiche, e riabilitative previste dalle norme vigenti, ritenute necessarie e appropriate nelle seguenti aree di attività:

- a) accoglienza;
- b) valutazione diagnostica multidisciplinare;
- c) valutazione dello stato di dipendenza;
- d) certificazione di tossicodipendenza;
- e) definizione, attuazione e verifica del programma terapeutico e riabilitativo personalizzato;
- f) somministrazione di terapie farmacologiche specifiche, sostitutive, sintomatiche e antagoniste, compreso il monitoraggio clinico e laboratoristico
- g) gestione delle problematiche mediche specialistiche;
- h) interventi relativi alla prevenzione, diagnosi precoce e trattamento delle patologie correlate all'uso di sostanze;
- i) colloqui psicologico-clinici
- j) colloqui di orientamento e sostegno alla famiglia
- k) interventi di riduzione del danno
- l) psicoterapia (individuale, di coppia, familiare, di gruppo)
- m) interventi riabilitativi e socio-educativi finalizzati al recupero dell'autonomia personale, sociale e lavorativa;
- n) interventi di consulenza e sostegno per problematiche amministrative e legali;
- o) promozione di gruppi per soggetti affetti da dipendenza patologica;

- p) promozione di gruppi per i familiari di soggetti affetti da dipendenza patologica;
 - q) consulenza specialistica e collaborazione con i reparti ospedalieri e gli altri servizi distrettuali territoriali, semiresidenziali e residenziali;
 - r) collaborazione con i medici di medicina generale e i pediatri di libera scelta;
 - s) interventi terapeutici e riabilitativi nei confronti di soggetti detenuti o con misure alternative alla detenzione, in collaborazione con l'amministrazione penitenziaria;
- Ogni Dipartimento, a regime, dovrà perciò garantire le attività essenziali:
per eroinomani, cocainomani e poliassuntori; per alcolisti ed abusatori di alcol; per i tabagisti; per i giocatori d'azzardo patologici (GAP); per i nuovi comportamenti additivi.

Piano Locale delle Dipendenze (PLD)

Così come indicato nella DGR 28/2006, il PLD deve riportare una sintetica analisi delle realtà locale, che giustifichi l'assunzione degli obiettivi specifici, il dettaglio degli obiettivi stessi corredati dalla cadenza temporale del loro raggiungimento, il progetto di intervento che verrà implementato per il raggiungimento degli obiettivi, con il dettaglio dei responsabili per l'implementazione delle diverse parti, gli indicatori e metodi di valutazione di processo.

Il PLD è finanziato con il Fondo Nazionale per le politiche sociali finalizzato alla lotta alle dipendenze, secondo i criteri individuati nella DGR succitata.

Il piano è elaborato dal Comitato Partecipato di Dipartimento, sotto menzionato, e verrà inviato ai competenti Uffici regionali della Direzione Sanità, per una valutazione di compatibilità con le indicazioni programmatiche e definitiva approvazione.

Sul Piano, di durata triennale, il Comitato produrrà una relazione intermedia ed una finale con la descrizione degli indicatori di processo definiti nel piano stesso.

Al termine di ogni tornata di elaborazione dei piani, la Regione si farà carico di effettuare una valutazione di risultato. Saranno elaborati gli obiettivi di salute e gli indicatori di risultato relativi agli obiettivi assegnati ad ogni Azienda, e se ne valuterà il raggiungimento. Per le aziende che avranno raggiunto gli obiettivi fissati potranno essere previsti premi nei riparti degli anni successivi.

Articolazioni del Dipartimento di Patologia delle Dipendenze (D.P.D.)

Il D.P.D., cui afferiscono le strutture complesse e le strutture semplici che lo compongono, garantisce il coordinamento organizzativo e la razionale condivisione delle risorse assegnate, in base alle indicazioni contenute nel PSSR 2007-2010.

Organismi del DPD

Ai sensi dell'accordo Stato-Regioni per la "Riorganizzazione del Sistema di Assistenza ai Tossicodipendenti", del 21/01/99 (G.U. n. 61 del 15/03/99), il D.P.D. è organizzato, per le attività integrate di cui sopra secondo il modello dipartimentale e si avvale dei seguenti organismi:

1) Comitato di Dipartimento Aziendale (CDA): Il CDA si occupa delle attività aziendali del DPD; è composto dai responsabili delle strutture semplici e/o complesse costituenti lo stesso, e da rappresentanti delle figure professionali e di funzioni considerate importanti, in ogni ASL ai fini dell'adempimento dei compiti inerenti:

1. la programmazione, e
2. la gestione dei Servizi per la patologia da dipendenza della A.S.L., e
3. l'adozione dei relativi provvedimenti.

Il Comitato di Dipartimento Aziendale definisce, promuove, garantisce:

- il miglioramento dell'efficienza e l'integrazione delle attività delle strutture del Dipartimento,
- il coordinamento e sviluppo delle attività cliniche, di ricerca e di studio del Dipartimento,
- il miglioramento della qualità dell'assistenza erogata;
- la formazione ed aggiornamento del personale con riferimento alle rispettive qualifiche;
- la definizione di linee guida e protocolli orientati alla ricerca della appropriatezza degli interventi diagnostico-clinici e terapeutici multidisciplinari integrati.

Il D.P.D. è titolare di budget, suddiviso tra le S.C. che lo compongono.

Il D.P.D. si rapporta con i responsabili dei Distretti, con il Servizio Infermieristico Tecnico-Sanitario Riabilitativo; si integra con gli altri Dipartimenti ed S.S. C.C. con i quali siano elaborati progetti comuni o in relazione a specifiche esigenze.

2) Comitato Partecipato di Dipartimento (CPD): per la particolare configurazione del sistema di assistenza delle dipendenze che vede coinvolti nel processo di cura, con pari dignità, le strutture degli Enti Ausiliari, si prevede la costituzione di un "CPD" con funzioni decisionali nell'ambito della elaborazione e realizzazione del Piano Locale per le dipendenze (D.G.R. 28-5020 del 28 dicembre 2006 e s.m.i.).

Tale organismo è composto, da

- a) i componenti del Comitato di Dipartimento Aziendale (di cui al punto 1);
- b) un rappresentante per ognuno degli Enti Ausiliari con una o più sedi operative nel territorio del DPD;
- c) un rappresentante delle associazioni di volontariato operanti nel settore della patologia delle dipendenze, individuato con l'aiuto di organismi regionali rappresentativi del settore;
- d) uno o più rappresentanti degli Enti Locali (fino ad un massimo di un rappresentante per ogni distretto) nominato/i dagli organismi rappresentativi locali;
- e) un rappresentante dell'utenza;
- f) Per ciò che attiene le cooperative di tipo B, esse saranno coinvolte come partner per l'attuazione delle iniziative riguardanti l'inclusione sociale e lavorativa.

Ove presenti sul territorio del DPD, i soggetti di cui al punto b) con i componenti di cui al punto a), costituiranno il Direttivo del CPD, luogo dell'approfondimento e della definizione dei contenuti del Piano Locale in modo specifico per l'area del trattamento.

In questo ambito il Direttivo definisce:

- l'individuazione dei bisogni,
- la programmazione delle attività e delle risorse assegnate;
- la verifica delle attività svolte.

CRITICITA' E OBIETTIVI PER I PIANI LOCALI DELLE DIPENDENZA 2008

Traccia da affrontare ed integrare nei tavoli di lavoro del piano locale.

Criticità	Obiettivi
Il numero di accessi per cocaina ai SerT piemontesi è raddoppiato in 3 anni. I dati epidemiologici EMCDDA suggeriscono che sia in atto un importante aumento dell'incidenza di uso di cocaina.	<ul style="list-style-type: none"> - aumento del 25% del numero di soggetti cocainomani in trattamento presso il Sistema dei Servizi. - differenziazione degli accessi per i cocainomani - offerta di trattamenti psicosociali basati sulla terapia cognitivo comportamentale - collaborazione a ricerche sulla efficacia dei trattamenti
La mortalità per overdose in Piemonte presenta un eccesso rispetto alla media Italiana. L'offerta di trattamenti protettivi nei confronti della overdose presenta elevata variabilità	<ul style="list-style-type: none"> - elevare al 60% la proporzione di eroinomani in trattamento sostitutivo a lungo termine - adeguare i dosaggi a quelli raccomandati dalla letteratura internazionale
La prevalenza di utenti a rischio testati per la positività ad HIV, HBV e HCV è mediamente bassa e molto variabile fra i SerT	<ul style="list-style-type: none"> - almeno il 50% degli utenti a rischio deve essere testata annualmente per HIV, HBV e HCV
L'offerta di trattamenti ai tossicodipendenti in carcere appare in alcune sedi inappropriata. Altre sedi non sono sorvegliabili per la mancata attivazione di flussi informativi specifici	<ul style="list-style-type: none"> - almeno il 60% dei carcerati eroinodipendenti deve ricevere un trattamento sostitutivo a lungo termine - in tutti gli istituti carcerari deve essere attivati un flusso informativo specifico
La proporzione stimata di utenti con problemi di alcoldipendenza in carico ai SerT appare bassa e variabile fra le sedi.	<ul style="list-style-type: none"> - Incrementi percentuali differenziati (del 5%, 15% e 25%) a seconda rapporto tra il tasso standard utenti SerT per alcol e il tasso standard ricoveri alcol correlati; - collaborazione alle iniziative regionali di diffusione di pratiche efficaci
Gli interventi di prevenzione dell'uso di sostanze nella scuola non hanno un flusso informativo. La proporzione di interventi con caratteristiche appropriate appare una minoranza.	<ul style="list-style-type: none"> - rendere disponibili i dati sugli interventi di prevenzione rivolti agli adolescenti ed ai giovani attuati sul territorio; - adeguare gli interventi scolastici offerti dal sistema dei servizi alle scuole alle caratteristiche di efficacia riportate nella letteratura internazionale (sarà cura della Direzione Sanità, attraverso l'OED, fornire alla rete dei servizi idoneo materiale di supporto e le relative indicazioni nel corso dell'anno).
Riduzione del danno	<ul style="list-style-type: none"> - Attivazione di almeno un progetto nell'ambito delle attività di riduzione del danno e limitazione dei rischi.

ALLEGATO "2"

Riparto fondi per la "Prevenzione" delle dipendenze.

ASL (Accorpamenti 2008)	popo 2005 (15-54 anni)	popo 2005 (15-54 anni) (TO*1,5)	euro	tot. Torino euro
ex 1 To	130.417	195.625	93.956,62	337.649
ex 2 To	119.630	179.445	86.185,68	
ex 3 To	116.434	174.651	83.883,09	
ex 4 To	102.194	153.291	73.623,86	
TO3	301.612	301.612	144.861,04	
TO4	263.828	263.828	126.713,79	
TO5	158.756	158.756	76.248,82	
AL	221.132	221.132	106.207,35	
AT	102.347	102.347	49.156,18	
BI	90.258	90.258	43.349,96	
CN1	211.758	211.758	101.705,12	
CN2	85.775	85.775	41.196,82	
NO	180.229	180.229	86.562,07	
VC	88.946	88.946	42.719,82	
VCO	90.023	90.023	43.237,09	
Piemonte	2.263.339	2.497.676	1.199.607,31	

(*) la pop. di Torino viene moltiplicata per "1,5" per le maggiori criticità dell'area metropolitana.

ALLEGATO "2"

Riparto fondi per "l'Inclusione sociale" delle dipendenze.

ASL		numero sogg. "td+alc-tab-carc" (anno 2005)	euro
	ex 1 To	1699	109.632,24
TO1	ex 2 To	793	51.170,32
	ex 3 To	1218	78.594,51
TO2	ex 4 To	1248	80.530,33
TO3		2004	129.313,13
TO4		2519	162.544,80
TO5		1078	69.560,66
AL		1688	108.922,44
AT		786	50.718,62
BI		979	63.172,43
CN1		1603	103.437,60
CN2		347	22.391,05
NO		1081	69.754,24
VC		774	49.944,29
VCO		782	50.460,51
Piemonte		18.599	1.200.147,19

ALLEGATO "2"

Riparto fondi per "l'innovazione e trattamento" delle dipendenze (quota regionale)

ASL	DPD-PLD	euro
TO1	ex 1 To	87.402,00
	ex 2 To	59.882,15
	ex 3 To	70.573,71
	ex 4 To	65.622,65
TO3		146.716,50
TO4		147.545,74
TO5		77.310,75
AL		114.349,29
AT		53.532,90
BI		55.228,29
CN1		105.285,22
CN2		35.979,11
NO		83.281,36
VC		48.828,75
VCO		48.188,88
Piemonte		1.199.727,28

Per i criteri di riparto si rimanda alla DGR 28/2006