Deliberazione della Giunta Regionale 22 giugno 2011, n. 4-2205

Disposizioni in ordine al Piano di Azione Regionale delle Dipendenze anni 2011-2013.

A relazione del Presidente Cota:

Premesse.

La politica sanitaria piemontese sulle dipendenze si riconosce nelle strategie generali definite dall'UE e nel Piano di Azione Nazionale Antidroga 2010-2013, approvato dal Governo il 29 ottobre 2010.

I punti fondamentali che caratterizzano la nuova politica sulle droghe si possono sintetizzare nel seguente modo:

- In base alle evidenze scientifiche, e prescindendo dai diversi effetti psicoattivi delle differenti sostanze stupefacenti, si afferma che, tutte le droghe sono dannose e pericolose per la salute delle persone;
- non esiste un diritto a consumare sostanze illecite neppure occasionalmente;
- si ritiene che il tossicodipendente, per quanto cronicizzato, deve essere sempre considerato recuperabile ad una condizione libera dalle droghe e dalla dipendenza. In questa prospettiva i trattamenti orientati alla stabilizzazione e prevenzione delle patologie correlate devono sempre collocarsi in un progetto terapeutico evolutivo.
- si ritiene importante contrastare ogni forma di stigmatizzazione e discriminazione rivolta ai soggetti con dipendenze, ai loro figli e alle loro famiglie.
- si ritiene importante potenziare le politiche di contrasto all'uso/abuso di alcol, del fumo di tabacco e di tutte le forme di dipendenze comportamentali, come le ludopatie (es. il gioco d'azzardo patologico).

Per rendere omogenee sul territorio le azioni di contrasto alle dipendenze patologiche, con o senza uso di sostanze, e al fine di armonizzare le strategie regionali alle linee d'indirizzo definite nel Piano Nazionale Antidroga 2010-2013, è necessario realizzare il Piano di Azione Regionale sulle Dipendenze (di seguito PARD).

L'elaborazione del PARD, nelle more dell'approvazione del nuovo PSSR 2011-2013, è considerata urgente al fine di avviare un insieme di azioni non più procrastinabili come, ad esempio, il Sistema di Allerta Regionale sotto specificato. Inoltre, la sua realizzazione necessita di un confronto preliminare fra esperti dei settori pubblico e privato accreditato, orientato alla massima operatività e concretezza, al fine della produzione di un documento/report di proposta del PARD, da effettuarsi entro e non oltre il 31.12.2011.

Il documento di cui sopra dovrà essere guidato dai criteri di efficienza, efficacia e piena rispondenza ai bisogni dei soggetti che si rivolgono ai servizi, e delle loro famiglie.

Le aree di intervento principali del PARD sono:

1. La prevenzione (informazione precoce, prevenzione universale e selettiva, la diagnosi precoce di uso di sostanze stupefacenti - early detection, approccio educativo, incidenti stradali e sostanze stupefacenti, mansioni a rischio e sostanze stupefacenti, Sistema di Allerta Regionale, ecc);
2. La diagnosi e cura delle tossicodipendenze (contatto precoce, pronta accoglienza, diagnosi e terapie multidimensionali appropriate, realizzazione di progetti individuali e contestuale azione di prevenzione delle patologie correlate, ecc.);
3. La riabilitazione ed il reinserimento - sociale e lavorativo.
4. Il monitoraggio e la valutazione (dei servizi, dei dati epidemiologici, ecc.).

Il sistema dei Servizi per le dipendenze piemontese, in base alla politica fin qui realizzata, non è bilanciato in modo equilibrato fra le 4 aree sopra indicate. E' necessario perciò prevedere, per i prossimi anni, interventi tesi a rafforzare l'organizzazione dipartimentale e l'integrazione tra le aree summenzionate, al fine di realizzare un sistema di servizi integrato, pubblico-privato, efficace ed efficiente.

1. La Prevenzione.

La prevenzione è considerata fondamentale per la riduzione della domanda così come per la riduzione della propensione alla sperimentazione di droghe e lo sviluppo della resilienza. Le azioni devono essere orientate ad aumentare la consapevolezza dei rischi e dei danni derivanti dall'uso e abuso di alcol e droghe e proporre degli stili di vita alternativi, con particolare attenzione e impegno del sistema nel suo complesso per le giovani generazioni. Lo stesso dicasi per le altre forme di dipendenza senza sostanze, come le ludopatie (ad esempio il gioco d'azzardo patologico).

Le attività di prevenzione devono essere strutturate considerando che il policonsumo di sostanze (vari tipi di droghe, alcol e tabacco) è ormai il comportamento prevalente di assunzione.

Nell'ambito degli interventi concreti le ricerche hanno anche mostrato come siano più efficaci campagne di prevenzione selettiva orientata su gruppi ristretti, rivolte soprattutto a gruppi di popolazione giovanile particolarmente vulnerabili e che coinvolgano contemporaneamente i loro genitori e gli insegnanti. Questi interventi si sono dimostrati più sostenibili rispetto ad interventi universali e non specifici.

Deve diventare fondamentale promuovere azioni di riconoscimento precoce (early detection) dell'uso di sostanze stupefacenti nei minorenni o giovani adulti con programmi specificamente orientati ispirati alle Linee d'indirizzo su cocaina e minori e sulla prevenzione all'uso di cannabis, previste nel Piano di Azione Nazionale. Pertanto, particolare attenzione e impegno del sistema nel suo complesso, dovrà essere rivolta alle giovani generazioni che risultano maggiormente vulnerabili sia per la immaturità personale e neurobiologica, sia per le possibili carenze da parte del mondo adulto nel garantire un adeguato sistema educativo e di protezione.

1A. Prevenzione e area lavoro e mansioni a rischio.

Si ritiene prioritario attivare programmi di prevenzione anche all'interno degli ambienti di lavoro, sia mediante la promozione di piani aziendali orientati a diffondere informazioni preventive sia mediante l'attivazione e il mantenimento del "drug testing" ai lavoratori adibiti a mansioni riconosciute a rischio. Questi accertamenti periodici, e senza preavviso, possono creare un forte deterrente all'uso/abuso di sostanze stupefacenti e alcoliche durante lo svolgimento di mansioni lavorative in grado di generare rischi e danni a se stessi e a terze persone, se non eseguite in totale sicurezza e lucidità.

Pertanto, l'attivazione di programmi di prevenzione, diagnosi, cura e accertamento specificatamente indirizzati ai luoghi di lavoro previsti dalla normativa (mansioni a rischio individuate in sede di Conferenza Permanente Stato-Regioni del 16.03.2006 e Conferenza Unificata del 30.10.2007) deve avvenire in riferimento, e nel rispetto, dell'ordinamento normativo nazionale e regionale attualmente vigente (D.P.R. 309/90, legge 125/2001, Dlgs 81/2008 e s.m.i., legge 120/10). Al riguardo si rimanda alle Linee di indirizzo regionali in materia di accertamento della tossicodipendenza o uso sporadico di sostanze stupefacenti (D.G.R. n. 13-10928 del 2009) e dell'alcol dipendenza o dell'assunzione sporadica di bevande alcoliche/superalcoliche (documento in fase di realizzazione).

1B. Prevenzione e area incidenti stradali.

Le prime cause di morte e di invalidità temporanea e permanente, nella fascia di età 14-18 anni, sono da imputare all'uso di sostanze stupefacenti e agli incidenti alcol e droga correlati. Al contrario di altre patologie minori (ad esempio la scoliosi, il calo della vista, le carie dentarie, ecc.) per i quali screening e testing preventivi vengono attuati quasi costantemente, non ci si preoccupa nello stesso modo per quella che è considerata essere la prima causa di morte in questa fascia di età.

Un problema che è necessario affrontare è l'incidentalità droga e alcol correlata

La mortalità per incidenti stradali è particolarmente elevata in Piemonte, soprattutto nelle fasce di età giovanili (il 34% di tutti i decessi e grandi traumatismi). Una percentuale elevata di incidenti è, pertanto, imputabile all'uso/abuso di alcol e/o droghe.

Sono in fase di realizzazione le linee di indirizzo regionali che contemplano le strategie di prevenzione e le procedure più efficaci di controllo su strada, a supporto degli organi di polizia (Polizia Locale, Polizia, Carabinieri) in relazione alle disposizioni di cui alla legge n. 120/2010. Le azioni strategiche dovranno coinvolgere l'Assessorato regionale ai Trasporti, l'Assessorato regionale alla Polizia Locale, l'Assessorato regionale al Commercio. Sarà, inoltre indispensabile la collaborazione con le Prefetture e l'Autorità Giudiziaria, attraverso la stesura di specifici Protocolli d'intesa.

1C. Sistema di Allerta Regionale (SAR).

In conformità con quanto indicato nella Decisione 2005/387/JHA del Consiglio Europeo, il Dipartimento Politiche Antidroga, Presidenza del Consiglio dei Ministri, ha attivato il Sistema Nazionale di Allerta Precoce e Risposta Rapida per le Droghe – National Early Warning System (N.E.W.S.).

Il Sistema è, da un lato, finalizzato ad individuare precocemente fenomeni potenzialmente pericolosi per la salute pubblica correlati alla comparsa di nuove droghe, di nuove abitudini assuntive, ecc.; dall'altro, il N.E.W.S. è finalizzato ad attivare, ove necessario, segnalazioni di allerta che tempestivamente coinvolgano le strutture responsabili della tutela e promozione della salute nonché dell'eventuale attivazione di misure in risposta alle emergenze segnalate.

Considerato che i problemi legati alle droghe attraversano velocemente tutto il Paese, l'efficienza del Sistema, con ricadute a livello dei singoli territori, trova spazi di rafforzamento in una sinergia con i Sistemi di Allerta Regionali (di seguito SAR).

A questo scopo la Regione Piemonte attiva il SAR costituendo una rete di Unità operative che collaborano alla rilevazione tempestiva di eventi, fenomeni e situazioni che possano produrre rischi di mortalità e morbilità alcol droga correlate, anche in funzione della necessità di affrontare in modo adeguato il fenomeno della mortalità per overdose, che in Piemonte, e soprattutto nell'area metropolitana, risulta essere ancora molto alta in riferimento ai dati percentuali delle altre regioni italiane.

Il SAR dovrà essere in rete con il Sistema Nazionale di Allerta Precoce e Risposta Rapida per le Droghe e per sviluppare sinergie a livello nazionale nell'ambito della gestione dell'allerta.

A tale riguardo saranno realizzati dei Protocolli operativi con la Procura Generale e le Prefetture, soggetti di fondamentale importanza per realizzare il SAR medesimo.

L'Osservatorio Epidemiologico delle Dipendenze (OED Piemonte) dell'ASL TO3 è individuato quale servizio teso alla raccolta e trasmissione tempestiva dei dati a tutti i settori interessati, nel rispetto delle competenze in materia di allerta regionale.

Con successivo atto si provvederà a formalizzare questa nuova attività con l'OED dell'ASL TO3.

Tutti i fondi vincolati già assegnati e trasferiti all'OED Piemonte (compreso i fondi ministeriali ex

Legge 125/2001) e ai Dipartimenti di Patologia delle Dipendenze delle AA.SS.LL (per acquisire risorse materiali e risorse di personale a tempo determinato) devono garantire il pieno raggiungimento degli obiettivi strategici regionali. Gli Enti Ausiliari accreditati dovranno, nello specifico del SAR, garantire la ricezione e l'invio di tutte quelle informazioni utili tese a migliorare, in termini di efficienza ed efficacia, il Sistema di Allerta succitato.

2. La diagnosi e cura delle tossicodipendenze.

La diagnosi e la cura delle tossicodipendenze sono caratterizzate da un approccio multidisciplinare che ha dimostrato la propria efficacia, nonché una notevole complessità. Inoltre il sistema integrato dei servizi pubblici e del privato sociale e del volontariato ha sviluppato forme di collaborazione che vanno mantenute e sviluppate.

Pur considerando la dipendenza come una malattia cronica recidivante, non si può prescindere, tuttavia, dall'includerla in percorsi diagnostico terapeutici chiaramente identificabili, orientati all'evoluzione verso una condizione di vita libera da droghe e comunque al raggiungimento del massimo livello di salute possibile.

La maggiore trasparenza e appropriatezza dei percorsi diagnostico terapeutici diventa indispensabile, inoltre, qualora sia necessario per la salute dei soggetti, ricorrere ad interventi residenziali. Pratiche diagnostiche e terapeutiche guidate dai criteri di efficienza ed efficacia e specifiche indicazioni per i differenti trattamenti permettono non solo una maggiore equità nell'accesso alle cure e la libertà per il cittadino di scegliere, ma anche l'utilizzo più razionale delle risorse.

La prevenzione delle patologie correlate all'uso abituale di sostanze va intesa in senso ampio e include una serie di obiettivi di tipo sociale (emarginazione, prostituzione, carcerazione) e di tipo sanitario (malattie infettive comprese quelle sessualmente trasmesse, malattie cardiologiche, internistiche e psichiatriche). Le pratiche di aggancio precoce, la facilitazione nell'accesso alle cure, la stabilizzazione della dipendenza e il sostegno lavorativo e sociale permettono, nel loro complesso, di prevenire ulteriori patologie e condizioni disfunzionali oltre alla dipendenza.

3. La riabilitazione ed il reinserimento - sociale e lavorativo.

La riabilitazione e il reinserimento sociale e lavorativo non costituiscono le fasi finali del percorso di emancipazione dalla dipendenza, ma devono essere presenti già nel periodo della stabilizzazione del trattamento. Sarà necessario sviluppare i programmi territoriali di riabilitazione e reinserimento che facilitino l'inclusione sociale e lavorativa dei soggetti dipendenti e l'assistenza delle loro famiglie.

La riabilitazione e il reinserimento sociale e lavorativo devono essere perseguiti in una strategia di rete, dove i Servizi per le dipendenze devono svolgere un ruolo attivo e propositivo.

Sarà data particolare attenzione a persone tossico alcol dipendenti con disturbi psichiatrici, con problemi carcerari e/o in affidamento in prova, in trattamento stabilizzato o che abbiano concluso un programma terapeutico.

4. Il monitoraggio e la valutazione.

Il monitoraggio e la valutazione degli esiti sono processi trasversali a tutte le aree sopra indicate e risultano indispensabili per considerare le prestazioni sanitarie appropriate, efficaci e finanziabili. Si devono sviluppare percorsi diagnostico terapeutici standardizzati, almeno per quanto riguarda le patologie ad alta intensità assistenziale, per quelle che prevedono l'inserimento in strutture residenziali e per le patologie ad alto rischio per la salute dei soggetti in carico ai servizi.

Sarà inoltre necessario avviare percorsi di qualità ed accreditamento anche per i servizi pubblici.

L'integrazione socio-sanitaria degli interventi diventa improrogabile e va affrontata con l'adozione in tutto il territorio regionale di Protocolli d'Intervento interservizi per la migliore e più efficiente gestione dei casi ad alta complessità (i vari tipi di comorbidità, minori ecc).

Per le motivazioni di cui sopra, in questa fase transitoria, e nell'attesa della definizione e approvazione del PARD, si conferma l'organizzazione dei Dipartimenti di Patologia delle Dipendenze (DPD) così come stabilito nella D.G.R. n. 48-9094 del 1.07.2008.

Per l'elaborazione della proposta del PARD è indispensabile istituire la Commissione Tecnica Regionale sulle Dipendenze.

Obiettivo generale della Commissione Tecnica è la stesura di un documento/report contenente la proposta di PARD, nel rispetto delle linee d'indirizzo definite nel Piano Nazionale Antidroga.

Il documento/report di proposta del PARD sarà soggetto a valutazione tecnica dalla Direzione Regionale Sanità la quale, a seguito della succitata valutazione, lo sottoporrà all'approvazione della Giunta Regionale.

Il PARD, tenuto conto delle aree di intervento principali di cui ai punti 1, 2, 3, 4, dovrà comunque contemplare e regolamentare dettagliatamente:

- il Sistema di Allerta Regionale (indicazioni sui Protocolli operativi, individuazione delle reti di servizi per la rilevazione e gestione dell'allerta, ecc.);
- l'analisi e valutazione dei Piani Locali delle Dipendenze individuati con la D.G.R. n. 28 del 2006 e D.G.R. n. 48 del 2008 e finanziati con Fondi Ministeriali, al fine di individuare gli adeguamenti necessari per una maggiore coerenza con il PARD;
- l'analisi e la definizione dei percorsi tecnico-operativi necessari all'adeguamento del sistema nel suo complesso;
- l'identificazione e definizione delle priorità da affrontare: Percorsi Diagnostico Terapeutici Assistenziali (PDTA), Percorsi/Protocolli di cura integrati con altri servizi sanitari e sociali, valutazione degli esiti e percorsi di accreditamento dei Ser.T;
- l'analisi e definizione delle aree di attività dei Ser.T in cui sviluppare maggiore efficienza e contenimento dei costi, considerando il riferimento ai costi standard delle prestazioni nell'ambito delle Dipendenze;
- la definizione delle necessità formative a supporto della realizzazione degli obiettivi regionali;
- l'analisi e gli approfondimenti orientati all'incremento della qualità e all'adeguatezza dei trattamenti e valutazione di ipotesi di formazione, innovazione tecnica e organizzativa.

Il Gruppo di Amministrazione del Sistema Informativo delle Dipendenze (istituito con la D.G.R. n. 86-7612 del 26.11.2007) e il Gruppo regionale di monitoraggio dell'Accordo Regione-CEAPI (istituito con la D.G.R. n. 4-13454 del 8.03.2010) dovranno supportare le attività della Commissione Tecnica fornendo documenti/report, con cadenza almeno trimestrale.

I componenti della Commissione saranno individuati così come di seguito riportato:

- n. 3 Direttori di DPD o di SOC Ser.T (di cui n. 1 dall'area metropolitana e n. 2 dalle altre Province);
- n. 2 esperti provenienti dalle Strutture del privato Accreditato (di cui n. 1, preferibilmente, con competenza specifiche per l'area alcolismo e n. 1 per l'area droghe);
- n. 1 esperto dell'Osservatorio Epidemiologico delle Dipendenze;
- n. 1 rappresentante della Direzione regionale Sanità;
- n. 1 rappresentante della Direzione regionale Politiche Sociali;
- n. 1 Referente dell'ufficio Patologie della Dipendenza del Settore Assistenza Sanitaria

Territoriale;

- n. 2 Rappresentanti delle Associazioni e del Volontariato legalmente riconosciute (di cui n. 1 proveniente dalla Consulta HIV-AIDS);
- n. 1 Rappresentante dell'Università.

Con successivo atto della Direzione Regionale Sanità saranno nominati i componenti della Commissione Tecnica Regionale sulle Dipendenze che, entro e non oltre il 31.12.2011, dovranno redigere il documento/report di proposta del PARD da sottoporre per l'approvazione. Con il medesimo atto verranno definite le modalità di funzionamento della Commissione sopra indicata.

La Commissione potrà avvalersi altresì della consulenza di esperti del Dipartimento Nazionale Antidroga, delle Società Scientifiche maggiormente rappresentative nell'ambito delle Dipendenze o altri referenti che, di volta in volta, riterrà opportuno avvalersi per l'analisi e l'elaborazione del Piano di Azione Regionale sulle Dipendenze.

Pertanto;

visto il D.P.R. n. 309 del 09 ottobre 1990 e s.m.i.;
visto il DM del 30 novembre 1990 n. 444;
vista la Legge del 18 febbraio 1999 n. 45 e s.m.i.;
visto l'Accordo Stato Regioni del 21 gennaio 1999;
visto l'Atto di intesa Stato-Regioni del 05 agosto 1999;
visto la Legge n. 125 del 30 marzo 2001;
vista la D.G.R. n. 28-5020 del 28.12.2006;
vista la D.G.R. n. 48-9094 del 1.07.2008;
vista la D.G.R. 34- 1879 del 21.04.2011;
vista la D.G.R. n. 35-1880 del 21 aprile 2011;

preso atto che le problematiche correlate ai consumi di sostanze stupefacenti e psicotrope interessano fasce consistenti di popolazione e sono caratterizzate da una continua evoluzione rispetto all'entità e varietà di sostanze utilizzate (policonsumo), che determina un incremento dei fenomeni di uso, abuso e dipendenza;

valutato che tali incrementi richiedono un'unitarietà di azione, di coordinamento regionale e nazionale, di maggior investimento e di innovazione delle strategie, dei metodi, ma anche di un sistema orientato e rispondente ai nuovi bisogni;

la Giunta Regionale, a voti unanimi resi nelle forme di legge,

delibera

- di approvare quanto espressamente e dettagliatamente indicato nelle premesse del presente provvedimento;
- di approvare l'istituzione della Commissione Tecnica Regionale sulle Dipendenze. Obiettivo generale della Commissione Tecnica è la stesura di un documento/report contenente la proposta del PARD 2011-2013, secondo i contenuti previsti in premessa da sottoporre alla valutazione tecnica della Direzione Regionale Sanità entro e non oltre il 31.12.2011. A seguito della valutazione di cui sopra, la Direzione Regionale Sanità sottoporrà il documento/report all'approvazione della Giunta Regionale.

I componenti della Commissione saranno individuati così come di seguito riportato:

- n. 3 Direttori di DPD o di SOC Ser.T (di cui n. 1 proveniente dall'area metropolitana e n. 2 provenienti dalle altre Province);
- n. 2 esperti provenienti dalle Strutture del privato Accreditato (di cui n. 1, preferibilmente, con competenza specifiche per l'area alcolismo e n. 1 per l'area droghe);
- n. 1 esperto dell'Osservatorio Epidemiologico delle Dipendenze;
- n. 1 rappresentante della Direzione regionale Sanità;
- n. 1 rappresentante della Direzione regionale Politiche Sociali;
- n. 1 Referente dell'ufficio Patologie della Dipendenza del Settore Assistenza Sanitaria Territoriale;
- n. 2 Rappresentanti delle Associazioni e del Volontariato legalmente riconosciute (di cui n. 1 proveniente dalla Consulta HIV-AIDS);
- n. 1 Rappresentante dell'Università.

- di demandare alla Direzione Regionale Sanità la nomina dei componenti e le modalità di funzionamento della Commissione Tecnica Regionale sulle Dipendenze.

- Tutte le disposizioni del presente provvedimento non comportano oneri a carico del Bilancio Regionale.

La presente deliberazione sarà pubblicata sul Bollettino Ufficiale della Regione Piemonte, ai sensi dell'art. 61 dello Statuto e dell'art. 5 della L.R. 22/2010.

(omissis)