

Deliberazione della Giunta Regionale 23 luglio 2012, n. 27-4183

**D.G.R. n. 4-2205 del 22.06.2011 - Approvazione del Piano di Azione Regionale delle Dipendenze (PAR) anni 2012-2015.**

A relazione dell'Assessore Monferino:

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.

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 PAR) 2012-2015 come già definito nella D.G.R. n. 4-2205 del 22/6/2011 e come dettagliatamente riportato nell'Allegato, parte integrante e sostanziale del presente provvedimento.

L'approvazione del PAR, in riferimento al nuovo PSSR 2012-2015 approvato con la D.C.R. n. 167-14087 del 03.04.2012, è considerata urgente al fine di avviare un insieme di azioni non più procrastinabili.

#### Prevenzione Selettiva

Sviluppare maggiormente gli interventi di prevenzione selettiva rivolti ai giovani ed a fasce di popolazione a rischio con profili di vulnerabilità riconoscibili e identificabili;  
Sviluppare interventi finalizzati alla diagnosi e trattamento precoce in quanto strumenti validi e sostenibili per trattare la vulnerabilità e lo sviluppo delle differenti forme di addiction.

#### Cura e Prevenzione delle Patologie Correlate

Incrementare la quota di soggetti eroinomani nei programmi di trattamento;  
Aumentare la continuità assistenziale fra le varie fasi di intervento e fra le diverse unità operative: dalle unità mobili o servizi di bassa soglia per il contatto precoce all'inclusione in programmi di trattamento; il passaggio dal carcere alla vita libera, dalla Comunità terapeutica al territorio.  
Aumento delle attività di screening per le patologie correlate e delle vaccinazioni per l'epatite B.

#### Riabilitazione e reinserimento

Razionalizzazione ed adeguamento dell'offerta dei trattamenti residenziali e semiresidenziali presenti nella regione Piemonte attraverso la possibile riconversione e rimodulazione di percorsi clinico-assistenziali mantenendo l'efficacia dei Progetti Terapeutici individuali;  
Sperimentazione di percorsi assistenziali flessibili e integrati nelle varie fasi terapeutiche, dalla riabilitazione al reinserimento, con particolare riferimento ai bisogni sanitari emergenti e prevalenti;  
Incremento dei programmi territoriali ad alta integrazione socio-sanitaria.

#### Monitoraggio e valutazione

Aumento dell'appropriatezza dei Percorsi Diagnostico Terapeutici Assistenziali (PDTA) o Percorsi Integrati di Cura (PIC) ad alta intensità assistenziale, e ad alto rischio per la salute.

I Dipartimenti di Patologia delle Dipendenze (DPD), attraverso la programmazione fatta dai

Comitati Partecipati e descritta nei Piani Locali Dipendenze (PLD) D.G.R. n. 48-9094 del 1/07/2008, devono declinare gli obiettivi regionali del PARD rispettandone le modalità e tempi descritti, in riferimento alle singole aree di attività.

I PLD, in modo conforme alla durata del PARD, devono avere durata triennale, con verifiche semestrali nel primo anno e, di seguito, annuali.

La programmazione triennale prevista nei PLD può essere rimodulata alla luce delle verifiche annuali, dei vincoli di bilancio e delle necessità emergenti, di carattere organizzativo e clinico rilevate dalla Direzione Regionale.

I PLD devono essere inviati al Settore Organizzazione dei Servizi Sanitari Ospedalieri e Territoriali della Direzione Regionale Sanità per la valutazione di compatibilità entro 90gg a far data dall'approvazione del presente atto.

Il raggiungimento degli obiettivi verrà documentato dai Comitati Partecipati nel report annuale inviato al Settore per la valutazione dei risultati. La valutazione dei risultati verrà inviata ai Direttori di Dipartimento ed ai Direttori Generali delle AASSLL.

La Commissione Tecnica regionale istituita con la D.G.R. n. 4-2205 del 22/06/2011 allo scopo di elaborare il PARD, viene riconfermata con il presente atto e i suoi componenti saranno ridefiniti con successiva Determinazione Dirigenziale.

La Commissione predetta svolge funzioni di natura consultiva al Settore Organizzazione dei Servizi Sanitari Ospedalieri e Territoriali della Direzione Regionale Sanità sul monitoraggio dei processi organizzativi e clinici attinenti la piena realizzazione del PARD, nonché su proposte di adeguamento, nel rispetto degli obiettivi e priorità stabilite.

Al fine di garantire coerenza nelle metodologie e negli indirizzi elaborati e proposti nei tavoli o gruppi di lavoro previsti nel PARD (Piano di azione sul reinserimento, Gioco d'azzardo patologico etc) si affida al Coordinatore della Commissione Tecnica regionale, il coordinamento dei suddetti gruppi o altre commissioni inerenti la programmazione sanitaria nel settore dipendenze.

Il Settore Organizzazione dei Servizi Sanitari Ospedalieri e Territoriali della Direzione Regionale Sanità coadiuva i lavori delle Commissioni.

Pertanto,

visto il DPR 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 Vista la D.G.R. n. 35-1880 del 21 aprile 2011;

vista la Vista la D.G.R. n. 4-2205 del 22.06.2011;

vista la D.C.R. n. 167-14087 del 03.04.2012;

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 il "Piano di Azione Regionale delle Dipendenze (PARAD) 2012-2015", di cui alla D.G.R. n. 4-2205 del 22/06/2011 così come dettagliatamente contenuto nell'Allegato, parte integrante e sostanziale del presente provvedimento;

- 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. n. 22/2010.

(omissis)

Allegato

**Allegato**

**PARD  
(Piano di Azione Regionale  
Delle Dipendenze)  
2012-2015**

## Indice

Premessa	pag. 3
1 Il Sistema dei servizi pubblici e privati	pag. 5
1.1 <i>Il Sistema Informativo</i>	pag. 5
1.2 <i>L'Osservatorio epidemiologico Dipendenze</i>	pag. 6
1.3 <i>Il Volontariato</i>	pag. 6
2 Obiettivi generali e priorità	pag. 6
2.1 <i>Prevenzione Selettiva</i>	pag. 7
2.2 <i>Cura e Prevenzione Patologie Correlate</i>	pag. 7
2.3 <i>Riabilitazione e Reinserimento</i>	pag. 7
2.4 <i>Monitoraggio e Valutazione</i>	pag. 7
3 Adeguamento dei servizi al PARD	pag. 7
3.1 <i>L'Organizzazione Dipartimentale</i>	pag. 7
3.2 <i>I Piani Locali delle Dipendenze</i>	pag. 8
3.3 <i>La Formazione e il rapporto con le Università</i>	pag. 8
4 Linee di indirizzo	pag. 9
4.1 <i>Linee di indirizzo sulla prevenzione</i>	pag. 9
4.1.1 <i>La prevenzione selettiva rivolta alle famiglie e ai giovani</i>	pag.10
4.1.2 <i>Area Lavoro e mansioni a rischio</i>	pag.12
4.1.3 <i>Area Incidentalità stradale</i>	pag.12
4.1.4 <i>Il Sistema di Allerta regionale (S.A.R.)</i>	pag.13
4.2 <i>Linee di indirizzo sulla cura e diagnosi delle tossicodipendenze e la prevenzione delle patologie correlate</i>	pag.15
4.2.1 <i>Dati Epidemiologici</i>	pag.15
4.2.2 <i>Obiettivi</i>	pag.15
4.3 <i>Il trattamento dei detenuti dipendenti da droghe e alcol</i>	pag.17
4.4 <i>La Prevenzione, Diagnosi e Cura dell'alcolismo</i>	pag.18
4.4.1 <i>Il Piano regionale Alcol e salute 2012-2015</i>	pag.19
4.5 <i>Il Gioco d'Azzardo Patologico (Ludopatie)</i>	pag.19
4.6 <i>Il Tabagismo</i>	pag.20
4.7 <i>Linee d'indirizzo sulla riabilitazione ed il reinserimento sociale e lavorativo</i>	pag. 21
4.8 <i>Il Monitoraggio e la Valutazione</i>	pag. 22
4.8.1 <i>I PDTA ad alta intensità assistenziale ed alto rischio per la salute</i>	pag. 23
4.8.2 <i>Procedure per l'inserimento e dimissione dalle strutture residenziali</i>	pag. 24
<i>Note finali</i>	pag. 24
<i>Bibliografia</i>	pag. 25

## Premessa

Nel Piano Socio Sanitario 2012-2015 della Regione Piemonte si individuano fra i problemi prioritari di salute le Dipendenze patologiche ovvero l'abuso di alcol e le tossicodipendenze. Inoltre vengono identificati altri due temi di grande importanza che, sebbene in modo differente, risultano tuttavia fortemente correlati al consumo di sostanze psicoattive e di droghe: l'incidentalità stradale e le malattie infettive.

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

I principi ispiratori che caratterizzano la nuova politica sulle droghe si possono sintetizzare nel seguente modo:

- in base alle evidenze scientifiche, e prescindendo dai diversi effetti sulla psiche, si afferma che tutte le sostanze psicoattive sono dannose e pericolose per la salute delle persone;
- non si riconosce un diritto a consumare o sperimentare sostanze illecite neppure occasionalmente;
- si ritiene che il tossicodipendente, per quanto cronicizzato, debba 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 Il Gioco d'Azzardo Patologico (Ludopatie)

Il fenomeno delle droghe si va configurando negli ultimi anni come sempre più caratterizzato dalla differenziazione dell'offerta da parte delle organizzazioni criminali, dalla comparsa di nuove sostanze e da modalità di utilizzo caratterizzate dal policonsumo sequenziale o contemporaneo di più sostanze psicoattive.

Il mercato delle sostanze stupefacenti legali e illegali utilizza tecniche di marketing sempre più diffuse e capillari, attraverso internet nei drugstore online con la vendita di smartdrugs legali, i cui principi attivi si rivelano pericolosi, analogamente alle sostanze già tabellate. Lo spaccio su strada o a domicilio offre dosi a poco prezzo vendute tramite sms o da soggetti minorenni scarsamente consapevoli e meno perseguibili legalmente.

L'alcol, il tabacco e l'abuso di energy drink e soft drink costituiscono, spesso, la porta di accesso ai comportamenti di assunzione di sostanze stupefacenti, sia per la loro facile accessibilità, sia per l'accettabilità sociale. Le sostanze psicoattive e illecite vengono assunte nei contesti del loisir e della socializzazione fornendo all'adolescente illusorie percezioni di normalità oltre che di sicurezza e autostima.

La diffusione particolarmente incisiva dell'offerta, la facile accessibilità e le modalità collettive di consumo, comportano l'uso sperimentale iniziale sempre più precoce (14- 15 anni) e l'affermarsi, specialmente per le giovani generazioni, della convinzione per cui il consumo di sostanze sia "ordinario e possibile", ed erroneamente, a basso rischio. Esistono numerose evidenze scientifiche invece, che evidenziano come l'uso precoce di sostanze comporti la compromissione dello sviluppo neuropsichico dell'adolescente, in quanto le sostanze come il THC, la cocaina, gli allucinogeni e l'alcol possono attivare e indurre processi di neuroplasticità anomala e dannosa per la regolare maturazione fisiologica.

E' necessario inoltre considerare i danni di tipo psicologico che possono compromettere il normale sviluppo dell'identità dell'adolescente, caratterizzato dalla sperimentazione dei propri limiti e capacità di autoregolazione ed autoefficacia. Il consumo di droghe, modificando le abilità di

memoria, attenzione, e i circuiti della motivazione e gratificazione, devia lo sviluppo e le competenze necessarie ai compiti evolutivi<sup>1</sup>.

Dall'indagine ESPAD (European School Survey Project on Alcohol and other Drugs) Italia 2010 sulla popolazione delle scuole secondarie superiori si rileva in Piemonte, nel periodo 2006-2010, conformemente al dato nazionale, una diminuzione della proporzione di studenti che utilizzano alcune sostanze illegali, mentre altre si mantengono stabili o aumentano. I consumatori cosiddetti occasionali tendono a diminuire, grazie agli interventi di prevenzione messi in campo dai servizi, alle normative più restrittive ed anche alla crisi economica che ha limitato il consumo voluttuario. Rimane tuttavia una percentuale di forti consumatori (più di 20/40 volte in un anno) per tutti i tipi di sostanze che devono diventare oggetto di interventi di prevenzione selettiva, e mirata per evitare la possibile progressione alla condizione di dipendenza patologica.

L'indagine sul consumo negli ultimi 12 mesi rileva che i soggetti che hanno usato cannabis sono in calo dal 28% al 23% (tra costoro il 15% dei maschi e l'11% delle femmine l'ha consumata 40 o più volte), dal 4% al 3% coloro che hanno usato cocaina (tra costoro il 20% l'ha usata 20 o più volte), dall'1,5% all'1,4% coloro che hanno usato eroina (tra costoro il 28% l'ha consumata 20 o più volte), dal 2,7% al 3,2% coloro che hanno usato allucinogeni (tra costoro il 24% li ha consumati 20 o più volte) e dal 2,4% al 3,5% coloro che hanno usato stimolanti (tra costoro il 33% li ha consumati 20 o più volte).

Nel periodo 2007-2010 si è osservata una sostanziale stabilità della proporzione di soggetti che hanno usato farmaci senza prescrizione medica. L'uso di farmaci per dormire ha interessato, nel 2010, il 6,3% degli studenti (nel 2007 il 5,8%). Stabile l'uso di farmaci per l'umore (2%) e di farmaci per le diete (2,6%). Si osserva un leggero incremento nell'uso di farmaci per l'iperattività (3,4%, nel 2007 era il 3%).

*E' importante perciò sviluppare ed ampliare gli interventi di prevenzione all'uso di droghe e alcol, sostenendo in modo chiaro ed esplicito la pericolosità e dannosità del loro utilizzo, anche occasionale.*

#### *Aumentare l'accesso e i trattamenti precoci*

Data la precocità dell'età di inizio al consumo, è inoltre fondamentale aumentare l'accesso precoce ai trattamenti sia attraverso interventi di prevenzione selettiva rivolta a soggetti con profili di maggiore vulnerabilità all'addiction - consumatori del sabato sera, binge drinkers, soggetti con disturbi del comportamento in carico ai Servizi di psicologia e neuropsichiatria, pazienti con doppia diagnosi etc- sia, con interventi effettuati in contesti caratterizzati dall'abuso di sostanze psicoattive (luoghi del divertimento/risocializzazione, mobilità stradale del sabato sera etc).

#### *Alta mortalità giovanile per incidenti stradali sotto effetto di sostanze*

Il consumo di alcol, droghe e farmaci costituisce inoltre una delle principali cause dell'incidentalità stradale dove il Piemonte, oltre ad essere tra le Regioni italiane a più elevato rischio di morte per incidenti stradali rispetto alla media nazionale (11,5/100.000 ab. – media italiana 9,62/100.000), ha una stima di costi sociali complessivi, derivanti da incidenti stradali, superiore alla media nazionale. Come ben noto gli incidenti stradali costituiscono un'effettiva emergenza - oltre che sanitaria - anche economica e sociale e rappresentano la prima causa di morte e disabilità per la fascia d'età compresa tra 15 e 35 anni.

#### *Gioco d'Azzardo patologico (Ludopatie)*

Oltre alle dipendenze da sostanze stanno prendendo sempre maggiore rilevanza le dipendenze comportamentali come quelle da gioco d'azzardo patologico (le ludopatie).

---

<sup>1</sup> Cannabis e danni alla salute. Aspetti tossicologici, neuropsichici, medici, sociali e linee d'indirizzo per la prevenzione e il trattamento" Dipartimento Politiche Antidroga (DPA) Presidenza del Consiglio dei Ministri Gennaio 2011

Research Report Series. Marijuana Abuse. National Institute Drugs Abuse (NIDA) 2011

Negli ultimi anni il gioco d'azzardo ha mostrato un trend inarrestabile di crescita, che ha coinvolto fasce sempre più ampie di popolazione a causa soprattutto dell'aumento del numero di giochi e della sempre maggiore accessibilità degli stessi.

In alcune persone il gioco si può trasformare da fonte di divertimento a forme di "addiction", con gravi ripercussioni sul piano sociale e personale (perdita di denaro, problemi familiari, di lavoro, danni alla salute). La Regione Piemonte secondo lo studio IPSAD 2007-2008 presenta una percentuale di soggetti "giocatori" più alta fra tutte le regioni del centro nord Italia, e una percentuale di soggetti a rischio più elevata della media nazionale (rischio moderato + gambling: Italia 5,4% di quanti dichiarano di giocare, Piemonte 6,2%)

Le dipendenze da sostanza e comportamentali si presentano, per quanto fin qui detto, come un fenomeno sempre più articolato e differenziato che richiedono ai servizi di evolversi e riorganizzarsi in modo specificamente dedicato alle diverse forme di dipendenza, con interventi fortemente orientati a facilitare l'accesso e intervento precoce, ed evitare così, maggiori costi psicologici, sociali e sanitari.

*In questo senso, assume particolare rilevanza modificare l'attuale denominazione da Servizi Tossicodipendenze (Ser.T) a Servizi per le Dipendenze (Ser.D.).*

## **1. Il sistema dei servizi pubblici e privati**

Il sistema dei Servizi pubblici è composto attualmente da 15 Dipartimenti funzionali delle Dipendenze e numerose strutture operative comprendenti: Ambulatori, Servizi di Alcolologia, Somministrazioni farmaci, Servizi dedicati a specifiche patologie delle dipendenze (cocaina, fumo, dipendenze comportamentali), unità mobili e servizi sedi di carcere. Sono inoltre presenti 4 strutture residenziali pubbliche che offrono una ricettività complessiva di 85 posti di cui, 39 posti letto.

Gli Enti accreditati (DGR 13-2345/2011 All.2) sono 75, e offrono una ricettività complessiva di 1287 posti, differenziati per tipologie : residenziali, semiresidenziali, specialistiche (comorbidità, minori, per genitori, centri crisi) e ambulatoriali.

Il sistema dedicato alle dipendenze è storicamente caratterizzato da un approccio clinico e metodologico di tipo multidisciplinare grazie alle differenti professionalità che vi operano fin dalla loro istituzione con il DPR 309/90 e D.M. 44/90. Questo ha stimolato nel corso degli anni lo sviluppo di competenze di natura organizzativa sulla qualità dei processi che costituiscono un modello unico nel panorama dei servizi sanitari dedicati al disagio mentale e sociale.

Negli ultimi anni si sono ulteriormente sviluppati e formalizzati i rapporti di collaborazione e forte integrazione con gli Enti Ausiliari (L. 1/2004 sul sistema integrato, DGR n. 48-9094/2008 organizzazione dei Dipartimenti patologia delle Dipendenze e Piani Locali delle Dipendenze, DGR. n. 61-12251/2009 di approvazione nuovi standard organizzativo strutturali, DGR. n. 63-12253/2009 di approvazione dell'accreditamento istituzionale per l'area delle dipendenze patologiche e salute mentale, DGR n. 4-13454/2010 di recepimento dell'Accordo Regione - CEAPI), che hanno migliorato la qualità e flessibilità dell'offerta in base ai progetti terapeutici individuali.

### *1.1 Il Sistema Informativo Regionale*

Con la D.G.R. n. 86-7612 del 26.11.2007 è stato istituito il Sistema Piemontese di Informatizzazione delle Dipendenze (SPIDI) della Regione Piemonte, definito il debito informativo regionale e individuato il Gruppo di Amministrazione del Sistema Informativo delle Dipendenze Patologiche (G.A.S.I.D.) cui spetta il compito di tutelare la qualità, standardizzazione e aggiornamento del sistema stesso.

Il Decreto del Ministero della Salute del 11 giugno 2010 istituisce il sistema informativo nazionale per le dipendenze (SIND), modificando radicalmente il flusso informativo ministeriale, trasformandolo da un debito per dati aggregati a un debito per record individuali, aumentando anche il numero delle informazioni richieste.

Dal 1 gennaio 2012 tutti i Ser.D dovranno essere in grado di trasmettere tutti i dati alla Regione secondo il formato richiesto per adempiere al debito informativo. Pertanto la trasmissione al

Ministero è a carico della Regione e non più delle singole ASL.

Utilizzando l'applicativo SPIDI tale procedura è a carico degli amministratori del sistema regionale, dovendo le ASL provvedere unicamente all'attività di inserimento dei dati.

Con la D.G.R. n. 35-1880 del 21.04.2011 è stato approvato il progetto denominato "SIND Support", finanziato dal Dipartimento Politiche Antidroga (DPA) con l'obiettivo di supportare l'implementazione del SIND. Per la realizzazione del progetto è stato individuato l'Osservatorio Epidemiologico delle Dipendenze (di seguito OED) dell'ASL TO3.

### *1.2 l'Osservatorio Epidemiologico delle Dipendenze*

L'Osservatorio Epidemiologico delle Dipendenze è stato istituito con le D.G.R. n. 34-22949 del 3.11.1997 e D.G.R. n. 37-25948 del 16.11.1998 con le funzioni di analisi epidemiologica e produzione di report periodici.

L'OED pubblica i Bollettini Epidemiologici Annuali sulle Dipendenze, Alcol e tabagismo e coadiuva il Settore Organizzazione dei Servizi Sanitari Ospedalieri e Territoriali della Direzione Regionale Sanità nelle funzioni di analisi epidemiologiche, supporto metodologico-statistico e valutazione. Le attività dell'OED verranno definite, tramite apposito protocollo oggetto di specifico provvedimento regionale, in Piani annuali di attività e spesa che saranno approvati dalla Direzione Regionale Sanità.

L'OED partecipa al Network Italiano Osservatori Dipendenze (NIOD), approvato con la D.G.R. n. 34-1879 del 21.04.2011.

### *1.3 Il Volontariato*

Il terzo settore è costituito da una pluralità di enti ed organizzazioni, e la normativa in vigore, con particolare riferimento all'art. 118, ultimo comma della legge di riforma del Titolo V della Costituzione (L. Cost. n. 3/2001) gli attribuisce un ruolo decisivo nella realizzazione del sistema dei servizi che fanno capo alle politiche sociali e alle politiche di integrazione socio-sanitaria legittimandone l'apporto originale e autonomo dei cittadini alla costruzione di un *Welfare mix* plurale e comunitario secondo la logica della sussidiarietà orizzontale.

Nell'area delle Dipendenze sono numerosi i soggetti del Terzo settore: si passa da gruppi di auto e mutuo aiuto formati da pazienti o Associazioni di familiari, alle forme maggiormente strutturate del volontariato quali le Croci rosse.

Il volontariato contribuisce non solo a dare contributi concreti ai bisogni dei soggetti svantaggiati ma, per la natura intrinseca di tipo oblativo, contribuisce in modo qualitativamente differente alle ordinarie prestazioni che i servizi forniscono.

In riferimento a quanto descritto nel P.S.S.R 2012-2015 punto 2.8.1, il coinvolgimento dei familiari e delle associazioni di volontariato nei percorsi sanitari è elemento essenziale per sviluppare l'"empowerment" del paziente mettendolo in condizione di esprimere la propria opinione e il livello di soddisfazione per i servizi pubblici e privati accreditati, erogati. In questo senso, va prevista la loro partecipazione nei Comitati Partecipati di Dipartimento.

## **2. Obiettivi generali e priorità**

I contributi derivanti dal Fondo nazionale per la Lotta alla droga – DPR 309/90, L. 45/99 - confluito successivamente nel Fondo nazionale delle Politiche Sociali L 328/2000, hanno sostenuto in questi anni, in modo significativo le attività dei servizi pubblici e privati rivolti sia ad interventi innovativi, necessari per la flessibilità del sistema nel suo complesso, sia, negli ultimi anni, per coprire anche criticità di tipo ordinario.

La riduzione progressiva dei trasferimenti statali porta i servizi a doversi confrontare con un grosso sforzo di razionalizzazione ed efficienza, selezionando le priorità, aumentando le integrazioni, specialmente se finalizzate ad un risparmio di risorse, e rimodulando, dove possibile, i percorsi ad alta intensità assistenziale in percorsi di residenzialità leggera.

Gli obiettivi generali che deve perseguire il sistema integrato dei servizi, che operano nella prevenzione, e cura delle dipendenze deve essere orientato alla:

### 2.1 *Prevenzione Selettiva*

- Sviluppare maggiormente gli interventi di prevenzione selettiva rivolti a fasce di popolazione a rischio con profili di vulnerabilità riconoscibili e identificabili;
- Sviluppare interventi finalizzati alla diagnosi e trattamento precoce in quanto strumenti validi e sostenibili per trattare la vulnerabilità e lo sviluppo delle differenti forme di addiction.

### 2.2 *Cura e Prevenzione delle Patologie Correlate*

- Incrementare la quota di soggetti eroinomani nei programmi di trattamento;
- Aumentare la continuità assistenziale fra le varie fasi di intervento e fra le diverse unità operative: dalle unità mobili o servizi di bassa soglia per il contatto precoce all'inclusione in programmi di trattamento; il passaggio dal carcere alla vita libera, dalla Comunità terapeutica al territorio;
- Aumento delle attività di screening per le patologie correlate e delle vaccinazioni per l'epatite B.

### 2.3 *Riabilitazione e reinserimento*

- Razionalizzazione ed adeguamento dell'offerta dei trattamenti residenziali e semiresidenziali presenti nella regione Piemonte attraverso la possibile riconversione e rimodulazione di percorsi clinico-assistenziali mantenendo l'efficacia dei Progetti Terapeutici individuali;
- Sperimentazione di percorsi assistenziali flessibili e integrati nelle varie fasi terapeutiche, dalla riabilitazione al reinserimento, con particolare riferimento ai bisogni sanitari emergenti e prevalenti;
- Incremento dei programmi territoriali ad alta integrazione socio-sanitaria.

### 2.4 *Monitoraggio e valutazione*

- Aumento dell'appropriatezza dei Percorsi Diagnostico Terapeutici Assistenziali (PDTA) o Percorsi Integrati di Cura (PIC) ad alta intensità assistenziale, e ad alto rischio per la salute.

## 3. **Adeguamento del sistema dei servizi al PARD**

### 3.1. *L'Organizzazione Dipartimentale*

Il Dipartimento funzionale delle Dipendenze viene individuato come la modalità organizzativa adeguata per sviluppare e coordinare l'azione specialistica nei contesti di intervento dei servizi pubblici e del privato accreditato<sup>2</sup>.

In riferimento al "principio della sussidiarietà" ed a quanto descritto nel P.S.S. R 2012-2015, punto 2.6, dove vengono identificati come punti di forza i ruoli di coprogettazione e coprogrammazione del terzo settore e delle organizzazioni di volontariato, si confermano i Dipartimenti di Patologia delle Dipendenze come Dipartimenti integrati pubblico-privato accreditato.

I Dipartimenti di Patologia delle Dipendenze sono necessari al fine di integrare al proprio interno i diversi ambiti di lavoro attraverso le azioni e gli obiettivi definiti nei Piani Locali delle Dipendenze (PLD), che costituiscono gli strumenti di elaborazione strategica degli interventi a livello locale e di connessione con il Piano di Azione Regionale per le Dipendenze.

I Dipartimenti di Patologia delle Dipendenze collaborano con gli altri Dipartimenti territoriali (DSM, Neuropsichiatria Infantile, ecc.), con i Centri di Assistenza Primaria presenti nelle AA.SS.RR., con i reparti ospedalieri (infettivologia, gastroenterologia, psichiatria e neurologia) delle AA.OO. e collaborando con il Coordinamento dei Piani Locali di Prevenzione (PLP) adempiendo alle necessarie funzioni di raccordo e tutela dei soggetti con problematiche di dipendenza e patologie correlate.

---

<sup>2</sup> "I Dipartimenti delle Dipendenze. Linee d'indirizzo e orientamenti organizzativi per l'integrazione e l'offerta dei servizi" Dipartimento Politiche Antidroga Novembre 2011

La dimensione e gli assetti dei Dipartimenti di Patologia delle Dipendenze dovranno seguire criteri di razionalizzazione delle risorse e organizzazione efficiente, prevedendo, dove utile, l'accorpamento di più strutture, anche in riferimento alle nuove configurazioni organizzative previste nel PSSR 2012-2015.

### *3.2 Piani Locali delle Dipendenze*

Il sistema dei servizi pubblici e privati dedicati alla prevenzione e cura delle dipendenze in Piemonte ha sviluppato negli ultimi anni un buon livello di integrazione, sebbene si presenti in modo disomogeneo sul territorio regionale, approdato nella formalizzazione dei Dipartimenti di Patologia delle Dipendenze e nella definizione dei PLD.

I PLD sono il momento programmatico delle attività finalizzate al contrasto, prevenzione e cura delle dipendenze e sono elaborati e condivisi dal Comitato Partecipato di Dipartimento (CPD) presente in ogni DPD con le funzioni previste e normate ai sensi della D.G.R. n. 48-9094 del 2008.

I progetti contenuti nei PLD possono avere valenza aziendale o sovralocale, alla luce dei dati epidemiologici, delle esigenze cliniche o, allo scopo, di produrre economie di scala.

Attualmente non sono ancora sufficientemente adeguate le modalità di valutazione e verifica dell'efficacia degli obiettivi locali, nonché della loro coerenza con le necessità del sistema regionale. Infatti gli obiettivi regionali previsti dalla DGR 48-9094 del 2008 che prevedeva, inoltre, anche il finanziamento dei PLD con il riparto dei residui finanziamenti del Fondo Nazionale per le politiche sociali, sono stati raggiunti solo parzialmente, come si evidenzia dai dati desunti dal Bollettino curato dall'OED per l'anno 2010.

Gli obiettivi regionali descritti nel Piano di Azione Regionale sulle Dipendenze 2012-2015 devono essere declinati in obiettivi locali che saranno oggetto di valutazione e successiva rendicontazione da parte dei Comitati partecipati dei Dipartimenti.

I PLD e il report finale verranno inviati al Settore Organizzazione dei Servizi Sanitari Ospedalieri e Territoriali della Direzione Regionale Sanità per la valutazione della compatibilità con gli obiettivi regionali ad inizio anno e, per la valutazione del raggiungimento degli stessi, a fine anno. Le valutazioni verranno quindi comunicate ai Direttori Generali e Direttori di Dipartimento.

Le attività previste nei PLD sono finanziate con il budget regionale annuale.

Devono essere previste delle quote dedicate per le attività inerenti la prevenzione selettiva e il reinserimento, di importanza strategica per la realizzazione del Piano di Azione Regionale delle Dipendenze e, di fatto, finora sotto finanziate.

La definizione del budget regionale e degli altri criteri summenzionati saranno oggetto di successivi provvedimenti regionali in corso di definizione.

La Commissione Tecnica regionale istituita con la DGR 4-2205 del 2011 allo scopo di elaborare il PARD, ha la funzione di monitorare l'adeguamento dei servizi allo stesso, attraverso incontri periodici. La Commissione svolge funzioni di tipo consultivo per il Settore Organizzazione dei Servizi Sanitari Ospedalieri e Territoriali della Direzione Regionale Sanità, sui processi organizzativi e clinici attinenti la piena realizzazione del PARD, nonché di proposte di adeguamento, nel rispetto degli obiettivi e priorità stabilite.

### *3.3 La Formazione e il rapporto con le Università*

La formazione è un processo essenziale e imprescindibile per rendere effettive e durature le politiche sanitarie e la programmazione delle attività. La formazione dovrà sostenere l'adeguamento delle attività alle Linee d'indirizzo previste nel PARD.

L'evoluzione rapida del fenomeno delle dipendenze e la necessità di produrre ricerca applicata nel settore, impongono la stretta collaborazione fra le Università, sedi di ricerca e formazione e i servizi che si dedicano alla clinica. Inoltre la multidisciplinarietà degli interventi medici, infermieristici, psicologici, educativi e sociali tipica del sistema nel suo complesso richiede che vengano sviluppate progettualità e collaborazioni scientifiche con differenti settori accademici.

Sarà necessario sviluppare percorsi di specializzazione per le figure sanitarie e socio sanitarie che sostengano le esigenze di riorganizzazione dei servizi con particolare attenzione alla gestione delle risorse e valutazione economica delle attività.

## 4 LINEE DI INDIRIZZO

### 4.1 *Linee d'indirizzo sulla prevenzione*

Nella programmazione delle attività dei servizi che si occupano di contrasto alle dipendenze, la prevenzione deve essere riconosciuta come irrinunciabile e non sacrificabile. La prevenzione viene intesa come il bilanciamento fra approccio educativo e approccio regolamentatorio, ovvero, la complementarietà tra la cultura della promozione della salute e l'approccio repressivo, compito delle Forze dell'Ordine e della Magistratura.

I servizi pubblici e privati hanno sviluppato nel corso degli anni molte competenze e progetti d'intervento nell'area della prevenzione universale, rivolta alla popolazione generale. Attualmente, la promozione di life skills positivi nel campo della prevenzione alle dipendenze è regolata nel Piano Regionale della Prevenzione (PRP), dove sono previste delle azioni specificamente dedicate.

Sarà necessario perciò sviluppare una buona integrazione tra le azioni di prevenzione universale previste nel PRP e quelle di prevenzione selettiva dei Ser.D. Sarà inoltre importante utilizzare proficuamente le banche dati esistenti, ed in particolare il sistema informativo Pro.Sa per la valorizzazione dei progetti dedicati alla prevenzione attivati dai Ser.D ed Enti Ausiliari e Accreditati.

Nel territorio piemontese risultano attualmente, scarsamente presenti e sicuramente minoritari gli interventi di prevenzione selettiva che sono rivolti a gruppi specifici ritenuti a rischio di consumo problematico di sostanze psicoattive, data la loro appartenenza a particolari segmenti della popolazione generale. I gruppi a rischio possono essere identificati in base a fattori di rischio/di vulnerabilità ambientali, biologici, psicologici, sociali. I gruppi considerati a rischio possono essere: giovani con drop out scolastico, con disturbi del comportamento (iperattività, antisocialità, sintomi psichiatrici), giovani senza fissa dimora, giovani residenti in quartieri socialmente degradati, con problemi giudiziari, soggetti frequentatori di rave party, soggetti fermati per eccesso di alcolemia e uso di droghe, immigrati etc.

Risultano ugualmente carenti al momento attuale gli interventi di prevenzione selettiva rivolti alle famiglie che possono riguardare: famiglie con problematiche di abuso di sostanze/alcol compreso i fratelli, famiglie svantaggiate socialmente o deprivanti, famiglie con problemi di giustizia o con problemi di salute mentale etc.

E' necessario perciò che, nell'ottica di un migliore bilanciamento fra la prevenzione universale e selettiva, i servizi riconvertano le priorità attualmente presenti, dedicando le risorse utilizzate per la prevenzione, prevalentemente alle azioni di tipo selettivo, e riconducendo le azioni di prevenzione universale agli obiettivi contenuti nel PRP.

4.1.1 *Prevenzione selettiva rivolta alle famiglie e ai giovani*

Osservato	Azioni	Obiettivi	Tempistica
Insufficienza di iniziative rivolte alle famiglie	Supporti concreti alle famiglie ed agli educatori. Iniziative (help line- portali internet) o servizi specificatamente dedicati rivolti ai genitori ed educatori in contatto con minorenni problematici o giovani con vulnerabilità all'addiction. (Devono essere strutture/servizi facilmente accessibili per poter offrire aiuto fin dalle fasi iniziali del contatto con le sostanze. Un ruolo fondamentale rivestono le Associazioni di Volontariato per la loro capillarità e facilità di contatto con le situazioni problematiche)	Almeno 1 servizio dedicato ai genitori/educatori di giovani consumatori problematici al di sotto dei 25 anni a valenza dipartimentale	12 mesi

Abbassamento dell'età di contatto con le droghe ai 14-15 anni	Diagnosi e trattamento precoce rivolta a minori e giovani. La diagnosi e il trattamento precoce sono mirati ad interrompere l'uso e abuso di sostanze e alcol fin dagli esordi, grazie ad un riconoscimento precoce del problema da parte degli adulti. La diagnosi precoce viene realizzata anche con le unità mobili e gli interventi di outreach	Aumentare l'accesso a programmi di diagnosi precoce dei soggetti dai 15 ai 25 anni (media nazionale)	12 mesi
Aumento del tempo medio fra primo uso e accesso ai trattamenti 6-8 anni		Definire protocolli per l'invio dei soggetti dalle unità di outreach ai servizi per la diagnosi e il trattamento precoce	6 mesi
Progressiva diminuzione dal 1999 ad oggi dell'accesso ai programmi di trattamento di soggetti al di sotto dei 25 anni		Almeno 1 servizio dedicato ai giovani consumatori problematici al di sotto dei 25 anni a valenza dipartimentale	12 mesi
Assenza di flussi informativi regionali inerenti attività di primo contatto/counselling riguardanti soggetti senza cartella clinica	Utilizzo della cartella informativa SPIDI area ATTIVITA'	Avvio dell'utilizzo della Cartella informatizzata SPIDI area Attività	12 mesi
		Messa a regime	6 mesi

L'organizzazione di progetti e interventi di diagnosi e intervento precoce dovranno riferirsi alle Linee d'indirizzo pubblicate dal Dipartimento nazionale Antidroga.<sup>3</sup>

Nel 2012 partirà un progetto regionale triennale "EY DimMI" sull'early detection e l'intervento precoce rivolto ai minori e giovani che verrà sviluppato sperimentalmente in 2 AA.SS.LL del Piemonte. Il progetto è finalizzato alla costruzione di una Rete di Allerta composta da operatori dei servizi sanitari e sociali, educatori e stakeholders che possano rilevare precocemente l'uso problematico di sostanze e inviare i soggetti ai Servizi specificamente dedicati per l'effettuazione di test sull'uso di alcol e droghe. Il progetto si rivolge, inoltre, ai genitori che sospettano l'abuso di sostanze dei figli e vogliono affrontare in modo adeguato il problema. I test sono contestualizzati all'interno dell'approccio motivazionale, tipico degli interventi sui consumatori con scarsa consapevolezza, e viene condotto da esperti.

Il progetto regionale sperimentale è organizzato secondo le Linee d'indirizzo Nazionali ed è finanziato dal Dipartimento Politiche Antidroga.

<sup>3</sup> Diagnosi e intervento precoce - Dipartimento Politiche Antidroge (DPA) Presidenza del Consiglio dei Ministri 2011

Cocaina e Minori -Dipartimento Politiche Antidroge (DPA) Presidenza del Consiglio dei Ministri 2009

#### *4.1.2 Lavoro e mansioni a rischio*

Si ritiene importante attivare programmi di prevenzione all'interno dei luoghi di lavoro considerando prioritari come Ser.D. gli interventi necessari per l'espletamento dei test sull'uso di droghe e alcol nei lavoratori adibiti a mansioni a rischio.

Gli accertamenti periodici, senza preavviso, ed eseguiti secondo procedure cliniche e tossicologiche standard e scientificamente corrette, possono costituire un deterrente all'uso di sostanze stupefacenti e alcol durante lo svolgimento di mansioni lavorative che possono produrre dei rischi sia nel lavoratore che a terzi.

Al fine di adottare delle procedure omogenee sul territorio la DGR 13-10928 del 2009 ha definito le "Linee d'indirizzo regionali per le procedure relative agli accertamenti sanitari di assenza di tossicodipendenza o di assunzione di sostanze stupefacenti o psicotrope in lavoratori addetti a mansioni che comportano particolari rischi per la sicurezza, l'incolumità e la salute di terzi ai sensi dell'Intesa Stato Regioni del 2007 e dell'Accordo Stato regioni del 2008".

In riferimento alla L. 125/2001 e successive disposizioni, e al fine di adempiere agli obblighi previsti dalle normative, risulta necessario predisporre le Linee d'indirizzo regionali sulle modalità di accertamento sull'assenza di assunzione e/o somministrazione di bevande alcoliche e superalcoliche da parte dei lavoratori adibiti a mansioni a rischio.

A tal fine il Gruppo di lavoro regionale (D.D. 796 del 2011) ha completato la prima parte dell'iter amministrativo e, il documento prodotto sarà oggetto di prossima approvazione regionale.

I Ser.D., e i Servizi di Alcolologia dove presenti all'interno dei DPD, verranno coinvolti nelle procedure di accertamento di 2° livello, relative alla assenza di dipendenza nelle modalità definite nelle costituenti linee d'indirizzo regionali e in tutte le altre azioni finalizzate alla prevenzione selettiva e trattamento precoce dei soggetti a rischio di abuso e dipendenza da alcol.

#### *4.1.3 Incidenti stradali*

Attualmente sono assenti nella Regione Piemonte delle procedure standardizzate di tipo clinico-tossicologico da adottare per gli accertamenti sugli stati di alterazione psicofisica sotto l'influenza di alcol o uso di sostanze stupefacenti durante la guida. La necessità di regolare con chiarezza le modalità di accertamento è prioritaria non solo per garantire su tutto il territorio regionale l'omogeneità degli interventi ma, anche, per la diffusione di controlli appropriati sui consumi di alcol e droghe, permettendo il contatto con i soggetti potenzialmente a rischio di uso e abuso di droghe e alcol. Le attività di prevenzione selettiva messe in campo dai Ser.D si inquadrano in una logica di complementarità, nel quadro generale delle azioni preventive previste dal Piano regionale della Sicurezza Stradale.

La Direzione Regionale Sanità, di concerto con le altre Direzioni Regionali competenti per la materia, provvederà entro il 2012 a presentare una proposta di Protocollo Regionale sugli accertamenti ai sensi degli artt 186 e 187 del Codice della Strada (D.Lgs. 285/1992 e s.m.i.) alla Procura Generale della Repubblica.

Stessa attenzione sarà data alla costruzione di procedure omogenee inerenti gli invii alle Commissioni Mediche Locali e ai Ser.D.

Osservato	Azioni	Obiettivi	Tempistica
Diagnosi precoce sull'abuso di alcol e uso di droghe nell'ambito della mobilità stradale	<p>Sviluppare progetti di collaborazione con i Comuni e con le Forze dell'Ordine per aumentare i controlli su strada attraverso il drug/alcol tests soprattutto nelle aree con alta prevalenza di luoghi di intrattenimento e divertimento;</p> <p>Sviluppare progetti di collaborazione con i Comuni e con le Forze dell'Ordine per eseguire controlli antidroga e antialcol sui guidatori minorenni di motocicli;</p>	Almeno 1 progetto per Dipartimento	12 mesi
Trattamento precoce di soggetti abusatori di alcol e consumatori di droghe, intercettati dalle Forze dell'Ordine nei controlli sulla mobilità stradale.	Sviluppo di progetti di counselling/trattamento per soggetti inviati dalle Commissione Patenti o Prefettura	Definizione di procedure di counselling/trattamento a livello Dipartimentale	12 mesi

#### 4.1.4 Sistema di Allerta Regionale (SAR)

Il Sistema di Allerta regionale (di seguito SAR) è finalizzato ad individuare precocemente fenomeni potenzialmente pericolosi per la salute pubblica correlati alla comparsa di nuove droghe, di nuove abitudini assuntive, alla rilevazione tempestiva di eventi, fenomeni e situazioni che possano produrre rischi di mortalità e morbilità alcol droga correlate. Per quanto riguarda il fenomeno della mortalità per overdose in Piemonte, e in particolare nell'area metropolitana, si rileva un'incidenza più elevata rispetto a quella nazionale.

Considerata la rapidità di diffusione delle droghe sul mercato legale (per le sostanze non ancora tabellate) e illegale, è necessario stabilire collaborazioni con il Sistema nazionale di Allerta precoce e Risposta rapida per le Droghe.<sup>4</sup>

Il Settore Organizzazione dei Servizi Sanitari Ospedalieri e Territoriali della Direzione Regionale Sanità, con l'ausilio dell'OED, provvederà entro il 2012 ad adottare i provvedimenti necessari per l'attivazione e implementazione del SAR, comprese le procedure informative e operative riguardanti l'allerta.

I Servizi coinvolti nel Sistema di Allerta Regionale sono: il Sistema di emergenza/urgenza (118, Guardia Medica, DEA Dipartimenti di Emergenza-Accettazione, Pronto Soccorso, Punti di Primo Intervento), il Laboratorio di Riferimento regionale "Centro Antidoping" A. Bertinaria di Orbassano, gli

<sup>4</sup> Linee d'indirizzo per l'attivazione di sistemi di Allerta regionali ed il collegamento al sistema nazionale di Allerta precoce : aspetti organizzativi e flussi informativi- Dipartimento Politiche Antidroga Presidenza del Consiglio dei Ministri - Marzo 2009

Enti Accreditati delle Dipendenze, i Dipartimenti delle Dipendenze (Ser.D., comunità terapeutiche, unità mobili per la riduzione dei rischi e dei danni, rete unità mobili rete Safe Night) e le Associazioni del volontariato sociale.

Osservato	Azioni	Obiettivi	Tempi
<p>Offerta e consumo di nuove droghe pericolose non tabellate sul territorio nazionale e regionale</p> <p>Assenza di una rete stabile e di procedure informative e operative per la conoscenza e gestione delle allerte sulle droghe;</p> <p>Tasso di mortalità per overdose da eroina (per dosi troppo pure o miscelate con sostanze letali) superiore alle medie nazionali,</p> <p>scarso coordinamento e definizione dei flussi informativi relativi ai decessi per OVD;</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• implementazione delle procedure di input (unità periferiche per l'invio informazioni al NEWS) e output (flussi informativi dal NEWS alle unità periferiche locali)</li> <li>• implementazione delle procedure operative da adottare da parte dei servizi a seguito di allerte</li> <li>• definizione dei flussi informativi relativi ai decessi per OVD</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• aumento delle competenze (informazioni e modalità di trattamento) degli operatori del settore (unità mobili, presidi di bassa soglia) e Ser.D. nella gestione dei rischi;</li> <li>• aumento delle competenze e informazioni ai pazienti in carico e soggetti contattati dalle unità mobili sui rischi legati alle droghe in circolazione</li> </ul>	<p>12 mesi</p>

Nel 2012 è prevista l'avvio del progetto regionale SAR-Neuttravel, di durata biennale, che realizzerà attività di prevenzione dei rischi nei luoghi del loisir attraverso una unità mobile e sarà strettamente connessa al SAR per quanto riguarda sia la rilevazione di informazioni su nuove sostanze e comportamenti di consumo, sia per quanto riguarda la diffusione di informazioni sui rischi, da dare ai giovani incontrati nei luoghi del divertimento. Il progetto SAR-Neuttravel è finanziato dal DPA.

## **4.2 Linee d'indirizzo sulla cura e diagnosi delle tossicodipendenze e la prevenzione delle patologie correlate**

### *4.2.1 Dati Epidemiologici*

In Piemonte, nel 2010, sono stati trattati dai DPD 15.849 soggetti per dipendenza da sostanze e comportamenti psicoattivi e 7.076 per problemi alcol correlati per un totale di 22.925 utenti, con un aumento del 3% rispetto al 2009, confermando il progressivo aumento negli anni del numero totale di utenti.

L'andamento non è però omogeneo, considerando la sostanza primaria d'abuso. Nel 2010 i soggetti trattati per dipendenza da eroina e altri oppiacei sono stati 10.571 con una diminuzione dell'1,5% rispetto al 2009. Quelli trattati per cocaina e crack sono stati 2.056 (+3,6%), quelli per alcol 7.076 (+5%) e quelli per le altre sostanze conteggiate nel loro complesso 3.220 (+15,2%, aumento legato principalmente all'utenza trattata per tabacco e gambling patologico).

Tra i soggetti trattati per dipendenza da sostanze e comportamenti (escluso l'alcol) è aumentata l'età media, progressivamente negli anni, sia degli utenti già in carico (nel 2010 raggiunge 36,6 anni) sia dei nuovi utenti (33,8 anni).

Continua la progressiva diminuzione, a partire dal 2001, del numero di utenti trattati per dipendenza da eroina e altri oppiacei (-19%).

La diminuzione appare particolarmente preoccupante in termini di salute pubblica in quanto inspiegabile con altri dati di tipo epidemiologico e scientifico. Il tasso di guarigione e di mortalità di questa popolazione riportati nella letteratura internazionale e i dati sulla diffusione del fenomeno della dipendenza da eroina in Italia non giustificano una tale diminuzione. Il numero di soggetti trattati per eroina in Italia nello stesso periodo ha, infatti, registrato un decremento pari all'1,5%. Si tratterebbe pertanto, in parte, di soggetti ancora dipendenti da eroina, ma non più in carico ai Dipartimenti per le Dipendenze (DPD) e, in parte, di soggetti consumatori ancora sconosciuti dai servizi.

Nel 2010, per la prima volta dal 1992, la proporzione di utenti in trattamento farmacologico con metadone a lungo termine -con durata superiore a 180 giorni-,dopo un costante aumento negli anni precedenti, è diminuita rispetto l'anno precedente.

Nel 2010 il 4,9% dei soggetti trattati era sieropositivo per HIV, il 30,7% era sieropositivo o vaccinato contro l'infezione da HBV e il 34% era sieropositivo per HCV. Questi dati rappresentano probabilmente una sottostima dei soggetti infettati da questi virus. La proporzione di soggetti sottoposti al test è, infatti, bassa. Escludendo dal calcolo i soggetti trattati per cannabis, tabacco, gambling e disturbi alimentari la proporzione di soggetti testati, pur migliorando dagli anni precedenti, risulta insoddisfacente: il 53,4% per HIV, il 79,2 per HBV e il 62,6 per HCV.

Per quanto riguarda il trattamento in regime di ricovero i tassi standardizzati di ricovero per abuso e dipendenza da sostanze sono rimasti sostanzialmente stabili nel periodo 1996-2009. Nel 2009 sono stati effettuati 1.734 ricoveri per dipendenza e abuso di sostanze con una durata media di 13 giorni, di cui 594 con questa come diagnosi principale. È da segnalare l'ampia dispersione di questi ricoveri tra reparti e tra diversi presidi ospedalieri e case di cura.

### *4.2.2 Obiettivi*

Gli obiettivi generali prioritari sono indirizzati a:

- aumentare la quota in trattamento di soggetti consumatori di eroina, non perdendo i casi già in carico, e aumentando i casi non ancora conosciuti dai Ser.D. Questo deve diventare un obiettivo dei Ser.D. per la ritenzione in trattamento degli eroinomani e obiettivo prioritario e prevalente, delle Unità di Strada per raggiungere con atteggiamenti attivi la popolazione sommersa.
- aumentare la continuità assistenziale fra le varie fasi di intervento e fra le diverse unità operative: dalle unità mobili per il contatto precoce all'inclusione in programmi di trattamento;

dai Ser.D. ai servizi specialistici deputati al trattamento delle patologie infettive e le altre di natura organica il passaggio dal carcere alla vita libera.

- aumentare le attività di screening per le patologie correlate e delle vaccinazioni per l'epatite B.

Gli obiettivi generali riguardanti la cura e la riabilitazione sono basati sul principio della recuperabilità della persona ad una condizione libera da droghe e dipendenze e alla guarigione della malattia.

Il recupero della persona tossicodipendente è un processo incrementale, che deve perseguire in modo contestuale sia lo stato di sobrietà che l'empowerment sociale e relazionale del soggetto.

I trattamenti devono evitare il rischio della cronicizzazione. La stabilizzazione della dipendenza, realizzata principalmente con i trattamenti farmacologici, deve essere collocata in un percorso di cura multidisciplinare, evolutivo, individualizzato sulle risorse e potenzialità dei soggetti e del loro contesto familiare.

La prevenzione delle patologie correlate HIV, epatiti, TBC e overdose, è parte essenziale e complementare, e non alternativa dei processi di cura e gli interventi di "Harm reduction" devono essere prevalentemente mirati alla inclusione nei processi di cura.<sup>5</sup>

Gli interventi di riduzione dei rischi e del danno rivolti ai tossicodipendenti attivi non vanno utilizzati con i consumatori occasionali o con i giovani in fase iniziale, dove la dipendenza non è ancora strutturata e cronica. Verso questi soggetti gli interventi di prevenzione selettiva, infatti, devono essere finalizzati ad aumentare la percezione del rischio dell'uso di sostanze e per questo risulta controproducente veicolare messaggi permissivi e possibilisti verso "l'uso gestito" di sostanze stupefacenti e psicoattive, cosa chiaramente inaccettabile e pericolosa.

Osservato	Azioni	Obiettivi	Tempi
Decremento del 19% dei soggetti in trattamento per oppiacei dal 2001 al 2010 (Italia -1,05%)	Aumentare la ritenzione in trattamento	Aumento annuale del 5% dei soggetti in trattamento per oppiacei  Di cui:	
Scarsa continuità assistenziale nelle varie fasi: contatto, diagnosi precoce, cura.	Programmi di contatto precoce con soggetti al di sotto dei 25 anni non conosciuti dai servizi	Aumento annuale del 40% dei soggetti consumatori di oppiacei, sotto i 25 anni non conosciuti dai servizi	12 mesi
	Formalizzazione dei processi di invio dalle Unità di outreach, Unità Mobili, Drop In ai programmi di trattamento	Definizione di protocolli e/o processi condivisi per l'invio dei soggetti dalle Unità di contatto ai programmi di trattamento	12 mesi

<sup>5</sup> Linee Guida per la prevenzione delle patologie correlate all'uso di sostanze stupefacenti- Dipartimento Politiche Antidroga Presidenza del Consiglio dei Ministri - Giugno 2009

Linee di indirizzo per lo screening e la diagnosi precoce delle principali patologie infettive correlate all'uso di sostanze stupefacenti nei Dipartimenti delle Dipendenze - Dipartimento Politiche Antidroga - Gennaio 2011

Scarsa continuità assistenziale nelle varie fasi : diagnosi precoce, cura, invio/accompagnamento a strutture specialistiche, dimissioni	PDTA sul paziente con patologie organiche  Accordi con le strutture specialistiche	Definizione di protocolli e/o processi condivisi per l'invio degli utenti alle strutture specialistiche nella cura alle patologie correlate, per la gestione del passaggio del TD dal carcere alla vita libera,	24 mesi
Numero di Screening per patologie infettive HIV, HBV, HCV, ancora basso e disomogeneo sul territorio piemontese	Azioni attive finalizzate all'incremento dell'effettuazione di test	Incrementare il n. di screening sui soggetti nella popolazione a rischio fino al 90%	24 mesi
	Incremento prelievi effettuati nel Ser.D.	Incremento del 10% annuale	36 mesi
Attività di promozione attiva vaccini per l'epatite B	Campagne vaccinali per l'epatite B	Incremento annuale del 30% dei soggetti vaccinati fino al 90% nella popolazione a rischio	24 mesi
Assenza di flussi informativi regionali sulle unità di outreach, unità di strada e Drop In	Utilizzo da parte dei Ser.D della cartella informatizzata SPIDI area Attività	Monitoraggio epidemiologico strutturato delle attività e n. utenti trattati	12 mesi

#### 4.3 Il trattamento dei detenuti dipendenti da droghe e alcol

In Piemonte sono collocati 13 istituti penitenziari per adulti (10 case circondariali e 3 case di reclusione) e 1 istituto penale per minori, distribuiti in 11 ASL. Nel corso del 2010 sono stati trattati 2.437 soggetti, il 4,3% dei quali femmine, prevalentemente eroinomani (49%) e cocainomani (41%) A differenza dei trattamenti in uso nei servizi territoriali appare prevalente l'utilizzo dei soli trattamenti psicosociali. Il trattamento con farmaci sostitutivi interessa la maggioranza dei soggetti in trattamento per dipendenza da eroina con ampie variazioni in base alla sede, ma con un forte sbilanciamento verso l'utilizzo di trattamenti di breve durata rispetto ai trattamenti ambulatoriali.

La DGR. 27-2756 del 2011 sul recepimento dell'Accordo approvato in Conferenza Unificata relativo al monitoraggio del D.P.C.M. 01.04.2008 nei servizi sanitari dell'ambito penitenziario, istituiti per la tutela della salute dei detenuti portatori di dipendenza patologica, porterà nel 2012 al monitoraggio puntuale sullo stato di attuazione del trasferimento al Servizio Sanitario Nazionale delle funzioni sanitarie, delle risorse finanziarie, umane e strumentali relative alla sanità penitenziaria, afferenti al Ministero della Giustizia. Il monitoraggio permetterà quindi la programmazione degli interventi in modo più puntuale.

Dai dati Epidemiologici forniti dall'OED e dal confronto con i Ser.D penitenziari si può tuttavia rilevare alcune priorità di tipo clinico organizzativo finalizzate a facilitare i trattamenti terapeutici alternativi alla detenzione :

- Necessità di definire delle Linee Guida regionali per la presentazione di programmi terapeutici-riabilitativi finalizzate alla concessione di misure alternative alla detenzione da realizzarsi di concerto con i Tribunali di Sorveglianza e l' Ufficio Esecuzioni Penali Esterne;

- Aumentare e migliorare i processi di integrazione con la sanità penitenziaria per quanto attiene in particolare la promozione attiva di test HIV, e il passaggio dei detenuti dalle strutture terapeutiche di 1° livello, attualmente presenti nelle carceri di Ivrea e Biella, al 2° livello terapeutico presente nella Casa Circondariale di Torino.

Allo scopo di garantire la necessaria appropriatezza nel trattamento dei soggetti detenuti che presentano dipendenze patologiche, ed , al fine di garantire la continuità assistenziale dei programmi terapeutici-riabilitativi all'interno e al di fuori delle carceri, i Ser.D. operanti negli Istituti di Pena afferiscono strutturalmente ai Dipartimenti di Patologia delle Dipendenze collocati nelle AA.SS.RR.

#### 4.4 La prevenzione, diagnosi e cura dell'alcolismo

In Piemonte l'abitudine a consumare bevande alcoliche continua ad essere ben radicata anche se la proporzione di soggetti bevitori diminuisce nel tempo sia nella popolazione generale sia in quella studentesca, così come diminuiscono i ricoveri per patologie alcol correlate e la mortalità alcol correlata (considerati come indicatori indiretti della dimensione del fenomeno). Aumentano invece i soggetti che si rivolgono ai DPD per richiedere un trattamento per problematiche alcol correlate.

Dall'indagine di popolazione PASSI risulta che il 60% dei piemontesi tra i 18 e i 69 anni, pari a circa un milione e mezzo di persone, riferisce di aver bevuto almeno un'unità alcolica nell'ultimo mese evidenziando una tendenza alla diminuzione nel tempo (68% nel 2007). I bevitori considerabili a rischio sono *il 23% corrispondente a circa 700.000 persone.*

Nella popolazione degli studenti delle scuole superiori della regione Piemonte (ESPAD@Italia2010) l'82,7% degli studenti del Piemonte ha bevuto alcolici almeno una volta negli ultimi dodici mesi. Si è assistito ad un leggero decremento negli anni in entrambi i generi, con prevalenze che passano dall'88% del 2006 all'84% del 2010 per i maschi e dall'85,3% all'81% per le femmine. Tra coloro che hanno riferito il consumo di alcolici nell'ultimo anno, *il 21% dei maschi e il 9% delle femmine lo ha fatto 40 o più volte.* Il primo approccio sia da parte dei ragazzi sia delle ragazze è avvenuto con il vino (età media di primo uso rispettivamente 12,7 e 13,3 anni). La prevalenza degli studenti che riferisce di aver praticato *il binge drinking nei 30 giorni antecedenti la somministrazione del questionario è passata dal 40,5% del 2007 al 36% del 2010.* L'età media in cui gli studenti piemontesi si sono ubriacati la prima volta risulta essere *intorno ai 15 anni.*

Nel 2010 gli utenti trattati dai DPD sono stati 7.076 con un aumento del 5% rispetto l'anno precedente. In molti Dipartimenti operano i Servizi di Alcologia.

I tassi standardizzati di ricovero per abuso e dipendenza da alcol sono sostanzialmente stabili nel periodo 1996-2009 mentre quelli di ricovero per patologie alcol correlate diminuiscono. Nel 2009 sono stati effettuati 3.354 ricoveri per abuso e dipendenza da alcol con una durata media di 19 giorni e 3.896 ricoveri per patologie alcol correlate con una durata media di 13 giorni. Il Piemonte si colloca al 12° posto tra le regioni italiane con valori leggermente superiori alla media nazionale (3,2/10.000 contro il 2,6/10.000 abitanti). Si osserva una preponderanza di ricoveri in cui la dipendenza ed abuso da sostanze e da alcol sono segnalate come diagnosi secondaria, nonché un'ampia dispersione di questi ricoveri tra reparti di specialità eterogenee e tra diversi presidi ospedalieri e case di cura. I dipartimenti per le dipendenze piemontesi ricoverano per sindrome di dipendenza da alcol il 10% degli assistiti. Il dato nazionale per il 2008, ultimo anno disponibile, è del 3,2%. Si stima che la proporzione di ricoveri per dipendenza e abuso di alcol disposti dal DPD, rispetto al totale rilevato in base all'archivio SDO (Scheda di Dimissione Ospedaliera), sia *in costante aumento dal '97 ad oggi, passando dal 13% al 38% nel 2010* e che la quota restante sia effettuata su invio di agenzie diverse dai DPD, agenzie di cui è ignoto il livello di coordinamento con i suddetti Dipartimenti.

#### *4.4.1 Piano regionale Alcol e salute 2012-2015*

La programmazione regionale sugli interventi sanitari e sociosanitari in tema di alcolismo si riferisce ai Piani europei di azione sull'alcol, al Piano nazionale Alcol e salute 2007 ed al presente Piano di Azione Regionale sulle Dipendenze .

Pur rimandando quindi a successivo atto la programmazione articolata degli interventi da realizzare nel prossimo triennio, si sottolinea la necessaria coerenza e complementarietà delle attività dei Ser.D. e Servizi di Alcologia con i principi e gli obiettivi generali del PARD.

In particolare per quanto riguarda:

- La prevalenza delle azioni di prevenzione selettiva sulle azioni di prevenzione primaria.
- Miglioramento della continuità assistenziale fra i vari soggetti sanitari e socio-sanitari coinvolti nel processo terapeutico e riabilitativo. A questo scopo nel PARD viene indicato il PDTA sul paziente alcolista fra le priorità inerenti il monitoraggio e valutazione dei processi clinici ad alta intensità assistenziale ed alto rischio per la salute.
- La riduzione di ricoveri, in particolare per quanto riguarda quelli per abuso e dipendenza, cercando di avvicinarsi alle medie nazionali ((3,2/10.000 del Piemonte contro il 2,6/10.000 abitanti).
- La riduzione di ricoveri di soggetti sconosciuti ai Servizi di Alcologia attraverso la stipula di Accordi con i Medici di Medicina Generale, e collegamenti più marcati con gli ambulatori e reparti di gastroenterologia, neurologia, psichiatria, Centri di Salute Mentale e Case di cura Convenzionate.

#### **4.5 Il Gioco d'Azzardo Patologico (Ludopatie)**

Nei DPD della Regione Piemonte le prese in carico dei giocatori patologici sono aumentate di circa il 400% nel periodo 2005-2010, passando (da 156 soggetti a 811). In ogni DPD esiste un ambulatorio o un'equipe specificamente dedicati ad affrontare e gestire pazienti con queste problematiche di dipendenza.

Sulla base delle stime d'incidenza nella popolazione generale, si prevede un ulteriore aumento dei soggetti in carico nei prossimi anni. Un problema in forte crescita riguarda il gioco-on line che coinvolge molti giovani e risulta di difficile valutazione epidemiologica e richiede ulteriori indagini.

##### *Obiettivi generali*

- Campagna Informativa rivolta alla popolazione (GAP TOUR 2)  
I servizi Gap sono di recente istituzione, perciò è necessario continuare la campagna iniziata nel 2009 finalizzata a promuovere la conoscenza di questi servizi nella popolazione.

- Diagnosi e trattamento precoce

Tenuto conto della scarsa consapevolezza di malattia dei giocatori patologici l'intercettazione precoce degli stessi passa attraverso il coinvolgimento dei soggetti che li incontrano per motivi connessi al gioco, come gli esercenti, o per motivi economici, come gli istituti bancari, l'osservatorio antiusura, gli organi di polizia, gli enti locali, le associazioni.

Si prevede l'istituzione di un gruppo di lavoro regionale che rappresenti questi soggetti e che definisca azioni e modalità di intervento relativi alla diagnosi e trattamento precoce, che possono prevedere:

- informazione specifica nei luoghi di gioco e formazione degli esercenti da sviluppare a livello locale;
- definizione di percorsi privilegiati per l'invio alle attività di cura;
- costituzione di una rete di supporto che preveda sostegno sociale, counselling finanziario, supporto psicologico e che favorisca un aggancio precoce del giocatore, che spesso inizialmente ricerca un aiuto esclusivamente motivato dai dissesti finanziari.

#### 4.6 Il tabagismo

Premesso che la D.G.R. n. 54-8864 del 26.05.2008 ha approvato il Piano Regionale Anti Tabagismo (PRAT) 2008-2012 per il contrasto al fumo di tabacco, la prevenzione dell'iniziativa e il potenziamento dei servizi per la disassuefazione, in base ai dati ISTAT nel 2008 fumava il 23% dei piemontesi sopra i 14 anni (il 29,2 % degli uomini e il 16,7% delle donne) e il 24% degli italiani (il 29,9 % degli uomini e il 18,1% delle donne).

La fascia di età maggiormente interessata sia in Piemonte sia in Italia negli uomini è quella fra i 30 ed i 44 anni (il 33,1% dei piemontesi e il 35,5% degli italiani), nelle donne quella fra i 45 e i 59 anni (rispettivamente 22,3% e 22,4%).

##### *Ricoveri per cause correlate al fumo di tabacco*

In base ai dati SDO, nel 2008 in Piemonte ci sono stati 23.576 ricoveri ospedalieri attribuibili al fumo di tabacco tra gli adulti di età superiore a 34 anni. Questa proporzione rappresenta il 3,8% di tutti i ricoveri effettuati in Piemonte in questa fascia di popolazione, il 6,5% se si considerano solo gli uomini.

##### *Decessi per cause correlate al fumo di tabacco*

In base ai dati ISTAT, nel 2007 in Piemonte a causa del fumo di tabacco sono morte 5.666 persone, di età superiore ai 34 anni, il 19,2% di tutti i decessi fra gli uomini e il 4,5% fra le donne. 2.374 di tali decessi sono avvenuti prima dei 75 anni (mortalità precoce). In questa fascia di età i decessi dovuti al fumo costituiscono il 21,7% dei decessi fra gli uomini e l'8,7% fra le donne. In coerenza con gli andamenti della prevalenza, la frazione della mortalità attribuibile al fumo fra gli uomini tende a ridursi nel tempo, mentre tende ad aumentare fra le donne.

A livello nazionale, la mortalità dovuta al fumo nel 2007 mostra una distribuzione analoga. Il numero di decessi attribuibili al fumo di tabacco è pari a 65.294 (l'11,3% della mortalità totale).

La proporzione di decessi dovuti al fumo mostra una tendenza a diminuire dal 1995 al 2007 tra gli uomini, mentre sembra aumentare, con qualche oscillazione, tra le donne. In Piemonte, la percentuale di morti attribuibili è lievemente maggiore rispetto all'Italia, sia negli uomini sia nelle donne, anche se nell'ultimo anno in studio la prevalenza della nostra regione si sta uniformando a quella nazionale.

##### *I Ser.D.*

In base ai dati della scheda ministeriale "Ann02", gli utenti in carico ai Ser.D per tabacco come sostanza di abuso primario nel 2008 erano 971, mentre nel 2010 erano 1.111. Nel 2010, su 59 Ser.D., 25 non hanno trattato nessun soggetto per tabagismo come sostanza primaria, 8 sedi hanno trattato tra 1 e 5 soggetti, 11 sedi tra 10 e 19 soggetti, 8 sedi tra 20 e 42 soggetti e 7 sedi tra 55 e 144 soggetti.

I Ser.D gestiscono 23 dei 53 Centri per il Trattamento del Tabagismo (CTT) presenti in Piemonte (Bollettino sul fumo di tabacco, marzo 2010 OED Piemonte). La loro distribuzione non è né omogenea sul territorio regionale e nelle AASSLL, così come non è omogenea la percentuale di soggetti trattati per singola sede.

I Ser.D sedi di CTT devono raggiungere maggiore omogeneità nel numero dei soggetti trattati, incrementando il numero di pazienti fumatori trattati fino a raggiungere la media regionale dei pazienti trattati in rapporto alla popolazione dei fumatori, attenendosi alle Linee Guida Cliniche e Organizzative regionali ed a quanto definito nel PRAT succitato.

I Ser.D non ancora sedi di CTT devono collaborare nei coordinamenti aziendali portando le proprie competenze di specialisti dell'addiction e contribuendo, in particolare, nelle attività di prevenzione selettiva e di diagnosi e cura della dipendenza dal fumo di sigaretta.

#### **4.7 Linee d'indirizzo sulla riabilitazione ed il reinserimento - sociale e lavorativo**

La riabilitazione delle persone con dipendenza da sostanze è un lungo processo educativo, da considerarsi sempre possibile e, da ricercare attivamente, sia per quanto riguarda il recupero e lo sviluppo delle abilità sociali e lavorative, sia per quanto riguarda il loro mantenimento nel corso del tempo.

Il processo terapeutico-riabilitativo è da considerarsi, quindi, un processo continuativo e incrementale dove il trattamento, la riabilitazione e il reinserimento sono fasi fortemente integrate ed interconnesse tra loro. Pertanto le attività di riabilitazione devono iniziare già durante il trattamento e quelle di reinserimento già durante la fase di riabilitazione. La riabilitazione e il reinserimento sociale delle persone tossicodipendenti devono trovare una giusta e prioritaria considerazione fin dall'inizio dell'attivazione dei programmi di trattamento, sia per quanto concerne quelli di tipo ambulatoriale che quelli residenziali.

Il processo terapeutico-riabilitativo è finalizzato all'auto-organizzazione della persona secondo la sequenza: aggancio precoce, trattamento intensivo iniziale, stabilizzazione del trattamento con contestuale riabilitazione e successivo reinserimento.

Il reinserimento lavorativo delle persone con problemi di dipendenza patologica costituisce l'obiettivo desiderabile di tutti i trattamenti finalizzati a garantire l'autonomia e reale e duratura reintegrazione nella società.

I processi riabilitativi e di reinserimento, inclusi i problemi legati alla prevenzione e al trattamento delle ricadute, possono prevedere una fase di tipo residenziale, semiresidenziale o ambulatoriale.

L'indice di occupazione (rapporto fra posti disponibili e posti effettivamente occupati) rilevato dall'Osservatorio Epidemiologico Dipendenze, indica che il sistema dei servizi si sta evolvendo verso l'utilizzo progressivamente minore della residenzialità, preferendo percorsi riabilitativi più flessibili. Risultano in particolare meno utilizzate le strutture terapeutico-riabilitative di cui all'art 12 A (Servizi non specialistici) approvate con la DGR 61 del 2009 e smi. Risulta inoltre una quota considerevole di soggetti (circa 10% di giornate d'inserimento sul totale) inseriti dai DPD nelle Comunità psichiatriche di tipo A e B che richiede una più approfondita analisi dei numeri e della tipologia di utenza nonché la comprensione e migliore definizione del ruolo e possibilità operative delle comunità specialistiche per doppia diagnosi. In parallelo è necessario procedere alla definizione urgente di Protocolli di Intesa con i Dipartimenti di Salute Mentale per la gestione appropriata dei progetti terapeutici individuali, nonché della responsabilità nella loro gestione economico-finanziaria.

In generale, emerge quindi il bisogno di strutture o moduli di trattamento a minore intensità assistenziale (Gruppi Appartamento, Alloggi di reinserimento) con percorsi flessibili che possano offrire sia la fase riabilitativa che il reinserimento fino a prevedere, dove necessario, interventi di domiciliarità.

Sono necessari, perciò percorsi riabilitativi modulati dove la continuità assistenziale faciliti il passaggio da una fase all'altra fino al reinserimento, con l'obiettivo di rendere più efficiente l'offerta assistenziale, ma anche di razionalizzare gli interventi economicamente meno sostenibili.

Il reinserimento acquisisce quindi un peso maggiore e deve essergli dedicato maggiore attenzione. I Ser.D e il Privato Sociale hanno messo in campo diversi progetti sperimentali ed innovativi nell'area del reinserimento sociale e lavorativo, ma molti di questi progetti sono stati caratterizzati da discontinuità e precarietà, e sono stati sostenuti da finanziamenti straordinari.

Spesso i progetti sono concepiti e realizzati a livello locale e non sono presenti in tutte le Province. Il territorio regionale presenta su questo aspetto una realtà eterogenea. Il sistema informativo risulta inadeguato ed è pressoché assente lo scambio di esperienze o di buone prassi tra territori virtuosi e territori con scarse esperienze e opportunità.

Data l'importanza strategica che riveste l'area dei programmi territoriali e del reinserimento, si ritiene opportuno prevedere l'elaborazione di un Piano Regionale sul Reinserimento che possa integrarsi con le politiche sociali, territoriali e del lavoro che la nostra regione mette in campo.

Importanza strategica riveste inoltre la ricerca di idonee linee di finanziamento europee che possano dare continuità alle azioni.

Osservato	Azioni	Obiettivi	Tempi
Nel territorio regionale non sono presenti in modo omogeneo reti di partenariato fra le varie agenzie	Creazione, laddove ancora non esistente, di una rete territoriale, tra attori del settore (DPD, Centri per l'Impiego, Enti Accreditati, Servizi Sociali, Agenzia Territoriali per la Casa, rappresentanze del mondo cooperativo ed imprenditoriale	Definizione Accordi di collaborazione fra Agenzie e tra organizzazioni di imprenditori e Enti Accreditati, Ser.D, mondo della Cooperazione B per ogni Provincia	24 mesi
Assenza di informazioni sulle risorse occupazionali disponibili e dedicabili ai soggetti tossico/alcol dipendenti per Borse Lavoro/percorsi riabilitativi	Sperimentare integrazioni e accessibilità con data base esistenti sulle risorse occupazionali disponibili nelle differenti realtà locali	Facilitare la ricerca di risorse lavoro idonea per i soggetti in Borse Lavoro	24 mesi
Necessità di sperimentare programmi territoriali ad alta integrazione socio-sanitaria	PDTA sul paziente con polidipendenza a basso funzionamento sociale	Sviluppare percorsi di empowerment rivolti a soggetti con basso funzionamento attraverso interventi di accompagnamento/domiciliarità	12 mesi

In Piemonte nel 2012 si attiveranno 6 progetti RE.LI "Promozione e realizzazione di un nuovo modello di reinserimento socio-lavorativo integrato mediante l'attivazione di un network nazionale di organizzazione produttive e gruppi di coordinamento territoriale". Inoltre nel 2012 partirà il progetto regionale di durata biennale denominato "CoeSa Coesione e salute", finalizzato a supportare i sistemi territoriali per il reinserimento lavorativo, sia per quanto riguarda la modulazione dei programmi territoriali (rendendo possibile la riduzione della durata / la differente modulazione / l'alternativa ai trattamenti residenziali), sia per quanto riguarda le modalità per raccordarsi con le imprese del territorio. I progetti RELI e CoeSA, data la loro importanza strategica nella realizzazione degli obiettivi definiti nelle Linee d'indirizzo sulla riabilitazione ed il reinserimento, e nella elaborazione del Piano Regionale sul Reinserimento, verranno coordinati a livello regionale in sinergia con il Dipartimento Politiche Antidroga, che finanzia entrambi i progetti.

#### 4.8 Il Monitoraggio e la valutazione

In riferimento a quanto descritto nel PSSR 2012-2015 punto 1.5, sulla necessità di garantire la continuità assistenziale attraverso la rimodulazione del sistema di assistenza, dagli erogatori delle prestazioni ai percorsi di cura e alla centralità del paziente, risulta necessario definire con chiarezza i processi clinici e organizzativi.

In particolare, per i percorsi che coinvolgono responsabilità di più soggetti professionali e sociali (reparti ospedalieri, ambulatori di medicina specialistica DSM e servizi sociali) è necessario sviluppare Percorsi Diagnostico Assistenziali e Percorsi Integrati di Cura.

Significativo è lo sforzo che da diversi anni viene svolto nella direzione di fornire dei servizi di qualità all'interno del sistema di intervento per le dipendenze patologiche. Tuttavia la necessità di conciliare la tutela della salute e la qualità dei trattamenti con il contenimento dei costi, impone la ricerca della massima appropriatezza nell'offerta sanitaria.

Per quanto fin qui descritto nel Piano di Azione Regionale riguardo ai problemi osservati e gli obiettivi definiti per la prevenzione selettiva, cura e prevenzione patologie correlate, riabilitazione e reinserimento, si individuano quindi due aree di particolare interesse a carattere interdisciplinare, che necessitano di particolare attenzione nell'attuale contesto operativo e clinico:

- la definizione di Percorsi Diagnostico Terapeutici Assistenziali (PDTA) o Percorsi Integrati di Cura (PIC) *ad alta intensità assistenziale*;
- la definizione Percorsi Diagnostico Terapeutici Assistenziali (PDTA) o Percorsi Integrati di Cura (PIC) *ad alto rischio per la salute*.

In riferimento ai PDTA o PIC da sviluppare nel prossimo triennio sarà opportuno avviare delle valutazioni sui costi standard dei processi clinico-assistenziali o valutazioni di tipo costi/benefici riferite ad attività specifiche inerenti in particolare: l'area della cura e prevenzione patologie correlate; la riabilitazione e il reinserimento sociale e lavorativo.

##### 4.8.1 - Percorsi Diagnostico-Terapeutico-Assistenziali – PDTA e Percorsi Integrati di Cura- PIC

I percorsi diagnostico-terapeutico-assistenziali (PDTA) si caratterizzano nell'ambito delle dipendenze per una prevalenza di attività territoriale ma molti prevedono delle possibili fasi di intervento ospedaliero. Quando il contributo operativo prevede consistenti interventi di entrambi, essi potranno caratterizzarsi come Percorsi Integrati di Cura (PIC). Si individuano 4 focus da sviluppare nei primi due anni e verificare nell'arco di 3 anni complessivi di elaborazione ed applicazione.

<b>Problematica del PDTA /PIC</b>	<b>Tempistica</b>
Paziente con disturbo da uso di sostanze e disturbo mentale	Primo anno di attività Elaborazione nel primo semestre Verifica nei 12 mesi successivi a intervalli di 4 mesi, verifica finale e revisione a 24 mesi
Il paziente alcolista	Primo anno di attività Elaborazione nel secondo semestre Verifica nei 12 mesi successivi a intervalli di 4 mesi, verifica finale e revisione a 24 mesi
Paziente con patologie organiche correlate al disturbo da uso di sostanze	Secondo anno di attività Elaborazione nel primo semestre Verifica nei 12 mesi successivi a intervalli di 4 mesi e a 18 mesi
Il paziente con polidipendenza a basso funzionamento sociale	Secondo anno di attività Elaborazione nel secondo semestre Verifica nei 12 mesi successivi a intervalli di 4 mesi

#### 4.8.2 Procedure per inserimento e dimissione dalle strutture residenziali

<b>Contenuto</b>	<b>Tempistica</b>
Banca dati centralizzata sulla disponibilità di posti per tipologia ed eventuali tempi di attesa per struttura, supporto alla programmazione dei servizi invianti,	4 mesi dall'avvio delle attività del presente piano. Work in progress per i successivi 6 mesi; Verifica ed eventuali modifiche ad un anno e due anni dall'avvio
Definizione dei criteri clinici e progettuali per l'inserimento nelle differenti tipologie di strutture, procedure e modulistiche per elaborazione e messa in atto piano di intervento personalizzato	Avvio nel secondo trimestre dall'avvio delle attività. Elaborazione in tre mesi e successiva sperimentazione. Verifica progressiva e dopo un anno dall'avvio.
Definizione criteri e modalità di dimissione (con riduzione dell'intensità di trattamento, con accompagnamento e supporto per le fasi successive, con trasferimento diretto ad altra fase, definizione dei costi relativi ecc)	Avvio nel terzo trimestre dall'avvio delle attività. Perfezionamento in itinere per i successivi tre mesi di sperimentazione ed applicazione. Verifica ad un anno dalla conclusione della sperimentazione

L'elaborazione dei PDTA o PIC verrà condotta dal Centro di Valutazione Regionale, che collabora con il Settore Organizzazione dei Servizi Sanitari Ospedalieri e Territoriali della Direzione Regionale sanità.

#### **Note Finali**

Il PARD 2012-2015 sostituisce e revoca, in termini di priorità, azioni, obiettivi e programmazione sanitaria, tutti i provvedimenti finora deliberati che siano in contrasto o non compatibili con esso. Ogni iniziativa di natura programmatoria inerente il sistema delle dipendenze dovrà essere compatibile con le linee d'indirizzo definite dal presente provvedimento.

L'ARESS, per quanto di propria competenza, potrà collaborare, in modo conforme alle priorità e linee d'indirizzo definite nel PARD, su formale ed esplicito mandato della Direzione Regionale Sanità.

## *bibliografia*

Alcohol and Primary Health Care: Clinical Guidelines on Identification and Brief Interventions. Department of Health of the Government of Catalonia: Barcelona. Anderson, P., Gual, A, Colom, J 2005. Adattamento alla versione italiana: L'alcol e l'assistenza sanitaria primaria. Linee guida cliniche per l'identificazione e l'intervento breve. A cura di: Scafato, E., Gandin, C., Patussi, V. ed il gruppo di lavoro IPIB 2010

Cannabis e danni alla salute. Aspetti tossicologici,neuropsichici,medici,sociali e linee d'indirizzo per la prevenzione e il trattamento” Dipartimento Politiche Antidroga (DPA) Presidenza del Consiglio dei Ministri Gennaio 2011

Diagnosi e intervento precoce - Dipartimento Politiche Antidroghe (DPA) Presidenza del Consiglio dei Ministri 2011

Fatti e cifre sulle dipendenze da sostanze e comportamenti in Piemonte. Bollettino – Osservatorio Epidemiologico Dipendenze Regione Piemonte 2011

Fatti e cifre sull'alcol in Piemonte. Bollettino – Osservatorio Epidemiologico Dipendenze Regione Piemonte 2011

Fatti e cifre sul fumo di tabacco in Piemonte Piemonte 2008

Guidelines for the psychosocially assisted pharmacological treatment of the opioid dependence O.M.S. 2009. Traduzione italiana a cura dell' Istituto Superiore di Sanità 2010.

Guida alla realizzazione di programmi di formazione sulle abilità genitoriali per la prevenzione all'uso di droghe – United Nations office on Drugs and Crime- Edizione italiana a cura di Dipartimento Politiche Antidroghe (DPA) Presidenza del Consiglio dei Ministri

Le ragioni del perché NO alla legalizzazione delle sostanze stupefacenti . Documento allegato a “ Principi generali della posizione italiana contro l'uso di droghe” - Dipartimento Politiche Antidroghe (DPA) Presidenza del Consiglio dei Ministri

Linee Guida per i laboratori di analisi di sostanze d'abuso con finalità tossicologico forensi e medico- - Commissione Qualità del Gruppo Tossicologi Forensi Italiani (GTFI). Revisione n. 3 del 1 marzo 2010

Linee Guida per la prevenzione delle patologie correlate all'uso di sostanze stupefacenti- Dipartimento Politiche Antidroga Presidenza del Consiglio dei Ministri - Giugno 2009

Linee di indirizzo per lo screening e la diagnosi precoce delle principali patologie infettive correlate all'uso di sostanze stupefacenti nei Dipartimenti delle Dipendenze - Dipartimento Politiche Antidroga - Gennaio 2011

Linee d'indirizzo per l'attivazione di sistemi di Allerta regionali ed il collegamento al sistema nazionale di Allerta precoce : aspetti organizzativi e flussi informativi- Dipartimento Politiche Antidroga Presidenza del Consiglio dei Ministri - Marzo 2009

Linee d'indirizzo per le attività di prevenzione e identificazione precoce dell'uso di sostanze . Cocaina e Minori -Dipartimento Politiche Antidroghe (DPA) Presidenza del Consiglio dei Ministri 2009

Linee Guida per promuovere la cessazione dell'abitudine al fumo – Istituto Superiore di Sanità 2008

Linee Guida Italiane sull'utilizzo dei farmaci antiretrovirali e sulla gestione diagnostico clinica delle persone con infezione da HIV-1. Ministero della Salute 2010

Mercer D.E. Woody G.E. Individual Drug Counseling. Therapy Manuals for Drug Addiction Series N. 3, National Institute Drugs Abuse (NIDA), 1999. Edizione Italiana - Dipartimento Politiche Antidroge (DPA) Presidenza del Consiglio dei Ministri 2009

Piano Socio Sanitario Regionale 2012-2015. Regione Piemonte DCR 167-14807

Piano di Azione Nazionale Antidroga 2010-2013 – Dipartimento Politiche Antidroge (DPA) Presidenza del Consiglio dei Ministri

Procedure per gli accertamenti sanitari di assenza di tossicodipendenza o di assunzione di sostanze stupefacenti o psicotrope in lavoratori addetti a mansioni che comportano particolari rischi per l'insicurezza, l'incolumità e la salute di terzi, applicative del provvedimento n.99/cu 30 ottobre 2007. Conferenza Stato Regioni 2008.

Qualità della cura, cura della qualità. Ricostruzione di un percorso decennale nell'ambito dei servizi per le patologie da dipendenza – Centro di Valutazione Regionale dei Servizi per le Patologie da Dipendenza. Regione Piemonte 2010

Relazione Annuale al Parlamento 2011. Sull'uso di sostanze stupefacenti e sulle tossicodipendenze in Italia -Dipartimento Politiche Antidroge (DPA) Presidenza del Consiglio dei Ministri

Relazione OEDT – Lisbona 15 Novembre 2011

Research Report Series. Marijuana Abuse. National Institute Drugs Abuse (NIDA) 2011

Strategie di autoaiuto. Guida per interrompere l'uso di sostanze stupefacenti – World Health Organization – Edizione italiana a cura del Dipartimento Politiche Antidroge (DPA) Presidenza del Consiglio dei Ministri Giugno 2011

The harmful health effects of recreational ecstasy: a systematic review of observational evidence. Health Technology Assessment. U. K. Vol 13. N. 6. 2009