

Codice DB2000

D.D. 23 aprile 2014, n. 379

D.G.R. n. 16-6182 del 29.07.2013 inerente la realizzazione di un programma terapeutico ambulatoriale, semiresidenziale e residenziale, denominato "Progetto Helper" - Approvazione progetto definitivo e individuazione componenti Comitato Scientifico.

Con D.D n. 28 del 15.1.2013 è stato istituito un Gruppo di Lavoro con l'obiettivo di redigere il progetto di massima inerente la realizzazione di un programma terapeutico ambulatoriale, semiresidenziale e residenziale, denominato "Progetto Helper" e indirizzato al personale medico e sanitario affetto da uso problematico di sostanze e dipendenza patologica, anche connessa a quadri di burn-out, disturbi del comportamento e altre forme di comorbidità (di seguito Progetto Helper).

Con la D.G.R. n. 16-6182 del 29.07.2013 è stato approvato il progetto di massima di cui sopra ed è stato demandato alla Direzione Regionale Sanità il compito di realizzare, valutare e approvare il progetto definitivo.

Il Gruppo di Lavoro, su mandato della Giunta Regionale acquisito con la D.G.R. summenzionata, ha redatto il progetto definitivo di cui all'allegato "1" e il quadro economico dei costi di cui all'Allegato "2", parti integranti e sostanziali del presente atto.

Il progetto "Helper", al momento unica esperienza a livello nazionale con queste peculiarità, rientra nell'alveo delle "Sperimentazioni", così come normate dalla D.G.R. n. 61-12251 del 28.09.2009 e D.G.R. n. 36-6239 del 2.08.2013. La Commissione di Vigilanza territorialmente competente, all'atto dell'avvio delle attività, dovrà effettuare i controlli di competenza per l'autorizzazione al funzionamento e inviare l'apposito verbale alla Direzione Regionale Sanità. La struttura specialistica ove si effettua il percorso residenziale è da intendersi provvisoriamente accreditata.

In questa fase iniziale si stabilisce un costo di € 150,00 per giornata, in analogia al costo individuato per le strutture specialistiche di "Comorbidità" di cui all'ex art. 13-E della D.G.R. n. 4-13454 del 8.03.2010. il costo di €. 150,00 per giornata comprende altresì i costi di presa in carico del paziente, di accoglienza e di after-care. La struttura può ospitare un massimo di n. 8 pazienti.

Il progetto "Helper", essendo un progetto sperimentale, sarà oggetto di apposito monitoraggio e valutazione, sia in corso d'opera che nella fase conclusiva della sperimentazione, della durata di 36 mesi dall'avvio effettivo delle attività. In questo periodo è possibile apportare ulteriori modifiche/integrazioni al progetto sperimentale su esplicita indicazione del Comitato Scientifico sotto indicato che saranno eventualmente recepite con apposita Determinazione Dirigenziale.

Come da D.G.R. n. 16-6182 del 29.07.2013 sono stati altresì individuati i componenti del Comitato Scientifico del progetto in questione, in considerazione delle specifiche professionalità coinvolte, come di seguito specificato:

- Dott. Armenio Renato (Soc. Coop. Sociale Centro Torinese di Solidarietà ONLUS);
- Dott.ssa Borsatti Tiziana (Ordine Provinciale dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri di Torino);
- Dott. Consoli Augusto (ASL TO2);
- Dott. Diecidue Roberto (ASL TO 3);
- Dott.ssa Di Marco Lia (A.O. Città della Salute e della Scienza di Torino);
- Dott. Fini Paolo (Soc. Coop. Sociale Centro Torinese di Solidarietà ONLUS);
- Dott.ssa Fortin Lorena (Soc. Coop. Sociale Centro Torinese di Solidarietà ONLUS);

- Dott. Manna Gaetano (Regione Piemonte – Direzione Regionale Sanità);
- Dott.ssa Paola Mora (Centro di Formazione Albert Schweitzer);
- Dott. Picci Rocco Luigi (A.O.U. S. Luigi Gonzaga di Orbassano);
- Dott. Scarzella Giuseppe (Soc. Coop. Sociale Centro Torinese di Solidarietà ONLUS);
- Dott. Schinco Patrizio (A.O. Città della Salute e della Scienza di Torino);

Il Coordinamento del Comitato Scientifico è assegnato al Dott. Manna Gaetano, Funzionario responsabile dell'area inerente le Patologia delle Dipendenze, Settore Organizzazione dei Servizi Sanitari Ospedalieri e Territoriali - Direzione Regionale Sanità.

Tutto ciò premesso,

IL DIRETTORE

Visto il Testo aggiornato del TU 309 del 1990 pubblicato sul Supplemento Ordinario

Vista la Legge 125/2001

Visto il D.Lgs 81/2008 e s.m.i.

Vista la D.G.R. n. 61-12251 del 28.09.2009

Vista la D.C.R. n. 167-14087 del 03.04.2012

Vista la D.G.R. n. 27-4183 del 23.07.12

Vista la D.G.R. n. 2-4474 del 6.08.2012

Vista la D.G.R. n. 21-4814 del 22.10.2012

Vista la D.G.R. n. 12 – 5525 del 14.3.2013

Vista la D.G.R. n. 16-6182 del 29.07.2013

Vista la D.G.R. n. 36-6239 del 2.08.2013

determina

di approvare:

- quanto dettagliatamente descritto nelle premesse del presente atto;
- il progetto definitivo, di cui all'allegato "1" - parte integrante e sostanziale del presente atto - inerente la realizzazione di un programma terapeutico ambulatoriale, semiresidenziale e residenziale, denominato "Progetto Helper" e indirizzato al personale medico e sanitario affetto da uso problematico di sostanze e dipendenza patologica, anche connessa a quadri di burn-out, disturbi del comportamento e altre forme di comorbidità;
- di approvare il quadro economico dei costi di cui all'allegato "2" - parte integrante e sostanziale del presente atto;
- che il progetto "Helper", al momento unica esperienza a livello nazionale con queste peculiarità, rientra nell'alveo delle "Sperimentazioni", così come normate dalla D.G.R. n. 61-12251 del 28.09.2009 e dalla D.G.R. n. 36-6239 del 2.08.2013. La Commissione di Vigilanza territorialmente competente, all'atto dell'avvio delle attività, dovrà effettuare i controlli di competenza per l'autorizzazione al funzionamento e inviare l'apposito verbale alla Direzione Regionale Sanità. La struttura specialistica ove si effettua il percorso residenziale è da intendersi provvisoriamente accreditata;
- che in questa fase iniziale si stabilisce un costo di €. 150,00 per giornata, in analogia al costo individuato per le strutture specialistiche di "Comorbidità" di cui all'ex art. 13-E della D.G.R. n. 4-13454 del 8.03.2010. Il costo di €. 150,00 per giornata comprende altresì i costi di presa in carico del paziente, di accoglienza e di after-care. La struttura può ospitare un massimo di n. 8 pazienti;
- che Il progetto "Helper", essendo un progetto sperimentale, sarà oggetto di apposito monitoraggio e valutazione, sia in corso d'opera che nella fase conclusiva della sperimentazione,

della durata di 36 mesi dall'avvio effettivo delle attività. In questo periodo è possibile apportare ulteriori modifiche/integrazioni al progetto sperimentale su esplicita indicazione del Comitato Scientifico sotto indicato che saranno eventualmente recepite con apposita Determinazione Dirigenziale.

- l'individuazione dei componenti del Gruppo di lavoro come di seguito specificato:
- Dott. Armenio Renato (Soc. Coop. Sociale Centro Torinese di Solidarietà ONLUS);
- Dott.ssa Borsatti Tiziana (Ordine Provinciale dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri di Torino);
- Dott. Consoli Augusto (ASL TO2);
- Dott. Diecidue Roberto (ASL TO 3);
- Dott.ssa Di Marco Lia (A.O. Città della Salute e della Scienza di Torino);
- Dott. Fini Paolo (Soc. Coop. Sociale Centro Torinese di Solidarietà ONLUS);
- Dott.ssa Fortin Lorena (Soc. Coop. Sociale Centro Torinese di Solidarietà ONLUS);
- Dott. Manna Gaetano (Regione Piemonte – Direzione Regionale Sanità);
- Dott.ssa Paola Mora (Centro di Formazione Albert Schweitzer);
- Dott. Picci Rocco Luigi (A.O.U. S. Luigi Gonzaga di Orbassano);
- Dott. Scarzella Giuseppe (Soc. Coop. Sociale Centro Torinese di Solidarietà ONLUS);
- Dott. Schinco Patrizio (A.O. Città della Salute e della Scienza di Torino);

Il Coordinamento del Comitato Scientifico è assegnato al Dott. Manna Gaetano, Funzionario responsabile dell'area inerente le Patologia delle Dipendenze, Settore Organizzazione dei Servizi Sanitari Ospedalieri e Territoriali - Direzione Regionale Sanità.

- che le attività del gruppo non comportano oneri a carico del Bilancio regionale

Avverso la presente determinazione è ammesso ricorso al TAR entro il termine di 60 giorni dalla data di comunicazione o piena conoscenza dell'atto, ovvero ricorso straordinario al Capo dello Stato entro 120 giorni dalla suddetta data, ovvero l'azione innanzi al Giudice Ordinario, per tutelare un diritto soggettivo, entro il termine di prescrizione previsto dal Codice Civile.

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.

La presente determinazione non è soggetta a pubblicazione ai sensi del D.Lgs. n. 33 del 14.03.2013.

Il Direttore
Sergio Morgagni

Allegato

Allegato "1"





Progetto Helper è un programma terapeutico ambulatoriale, semiresidenziale, residenziale, indirizzato al personale medico e al personale sanitario affetto da dipendenza patologica, anche connessa a quadri di burnout, disturbi del comportamento e altre forme di comorbidità

INDICE

ENTI COMMITTENTI E SOGGETTI PROPONENTI

PARTE PRIMA DIPENDENZA DA SOSTANZE E/O DA COMPORTAMENTI E ALTRI POSSIBILI DISTURBI NELL'AMBITO DELLE PROFESSIONI SANITARIE

- PREMESSA
- AREA PROBLEMATICA, DATI EPIDEMIOLOGICI E PROPOSTA DEL PROGETTO HELPER
- INCIDENZA E PREVALENZA
- FATTORI DI DISAGIO CARATTERISTICI DEI FENOMENI SUI QUALI SI INTENDE INTERVENIRE
- LE RAGIONI DI UN SERVIZIO INNOVATIVO E SPECIFICO IN ITALIA

PARTE SECONDA PROGETTO HELPER

- IL PROGETTO HELPER
- OBIETTIVI
- ORGANIZZAZIONE DEL PROGETTO HELPER
- AREA EPIDEMIOLOGIA E RICERCA
- AREA COMUNICAZIONE/PREVENZIONE
- SUB AREA PRIVACY/GESTIONE TRATTAMENTO DATI SENSIBILI
- AREA CLINICA
- DIREZIONE, COORDINAMENTO E INTEGRAZIONE DEI DIVERSI AMBITI DI TRATTAMENTO
- PERCORSO AMBULATORIALE
- PERCORSO E STRUTTURA RESIDENZIALE
- TRATTAMENTO: FASI, OBIETTIVI, ATTIVITÀ

PARTE TERZA START-UP

- FORMAZIONE
- SPERIMENTAZIONE, VERIFICA IN ITINERE
- VALUTAZIONE, AZIONI CORRETTIVE, PROGETTO DEFINITIVO
- CRONOPROGRAMMA GENERALE
- CRONOPROGRAMMA PERCORSO RESIDENZIALE
- CRONOPROGRAMMA PERCORSO SPERIMENTAZIONE E VALUTAZIONE

PARTE QUARTA BOARD E SOGGETTI PROPONENTI

- IL PERCORSO CULTURALE, SCIENTIFICO E ISTITUZIONALE PROPEDEUTICO AL PROGETTO
- REGIONE PIEMONTE
- ORDINE DEI MEDICI CHIRURGHI E ODONTOIATRI DELLA PROVINCIA DI TORINO
- AZIENDA OSPEDALIERO-UNIVERSITARIA S. LUIGI GONZAGA ORBASSANO
- AZIENDA OSPEDALIERO-UNIVERSITARIA CITTÀ DELLA SALUTE E DELLA SCIENZA DI TORINO
- A.S.L. TO 2 DIPARTIMENTO DELLE PATOLOGIE DELLE DIPENDENZE "C. OLIEVENSTEIN"
- CENTRO DI FORMAZIONE "A. SCHWEITZER"
- SOC. COOPERATIVA SOCIALE CENTRO TORINESE DI SOLIDARIETÀ
- ASSOCIAZIONE FAMIGLIE "LA SOLIDARIETÀ"

BIBLIOGRAFIA

ALLEGATI

- DETERMINAZIONE N. 28 DEL 15.01.2013
- NOTA ORDINE DEI MEDICI CHIRURGHI E ODONTOIATRI DELLA PROVINCIA DI TORINO DEL 10.06.2013
- D.G.R. N. 16-6182 DEL 29.07.2013

ENTI COMMITTENTI

Regione Piemonte - Direzione Regionale Sanità

Corso Regina Margherita, 153 bis - 10152 Torino
Tel. 011.4321529 Fax 011.432.4110
e-mail: direzioneB20@regione.piemonte.it

Ordine dei Medici Chirurghi e Odontoiatri della Provincia di Torino

Corso Francia, 8 – 10143 Torino
Tel. 011-5815111 Fax 011 – 585323
e-mail: presidenza@omceo.to.it

SOGGETTI PROPONENTI

A.O.U. Azienda Ospedaliero-Universitaria San Luigi Gonzaga Orbassano

Regione Gonzole, 10 - 10043 - Orbassano (To)
Tel. 0119026200 – 0119026210 Fax 011 - 9026602
e-mail: direzione.generale@sanluigi.piemonte.it

A.O.U Azienda Ospedaliera- Universitaria Città della Salute e della Scienza di Torino

Corso Bramante,88 – 10126 Torino
Tel. 011 633 5200 - 011 633 5721 Fax. 011 633 6675
e-mail dg@molinette.piemonte.it

A.S.L. Torino 2, Dipartimento Patologia delle Dipendenze “C. Olievenstein”

Corso Vercelli,15 10152 –Torino
Tel. 011- 2484508
e-mail:

Soc. Cooperativa Sociale Centro Torinese di Solidarietà

Corso Casale, 396 – 10132 Torino
Tel. 011/8126618 Fax 011/8127053
e-mail: info@ctstorino.it

Centro di Formazione A. Schweitzer

Via Baretto, 29 D – 10125 Torino
Tel. 011/5702754 Fax 011- 6594470
e – mail: info@cfschweitzer.org

Associazione Famiglie “La Solidarietà” – Torino

Corso Casale, 396 – 10132 Torino
Tel. 011/8126618 Fax 011/8127053
e-mail: info@ctstorino.it

PARTE PRIMA

DIPENDENZA DA SOSTANZE E/O DA COMPORTAMENTI E
ALTRI POSSIBILI DISTURBI NELL'AMBITO DELLE
PROFESSIONI SANITARIE

PREMESSA

Le problematiche legate al consumo di sostanze psicoattive, così come quelle legate ad intensi fenomeni di demotivazione nel proprio percorso evolutivo o in ambito lavorativo, così come l'insorgenza di forme di disagio o di disturbi psichici, hanno avuto nel corso degli ultimi decenni un'ampia diffusione sia in relazione alla popolazione generale sia a specifiche popolazioni caratterizzate da particolari fattori di rischio.

Un'opinione comune è che le popolazioni più vulnerabili per questi tipi di problematiche siano quelle adolescenziali e giovanili da un lato o quelle costituite da soggetti svantaggiati caratterizzati da privazione di carattere relazionale e socio-culturale o che abbiano avuto percorsi biografici particolarmente critici o che siano stati oggetto di eventi traumatici. E' interessante però osservare che anche soggetti che non presentino i tratti sopra accennati possono sviluppare la sintomatologia e i problemi ai quali ci si riferisce come nel caso di professionisti, appartenenti a diversi profili, dotati di buona cultura, che rivestono ruoli sociali e responsabilità rilevanti, con capacità e competenze che gli permettono spesso di sviluppare analisi e processi di programmazione, sia a livello personale sia nell'ambito lavorativo di appartenenza, di buon livello. Tra i diversi professionisti una particolare attenzione va ai medici. Infatti quando si trovano in tale tipo di difficoltà questi professionisti possono riconoscere in sé, con gradi variabili di consapevolezza, la presenza di disturbi che sono connessi ad un elevato stigma sociale per la cura dei quali il soggetto si vede costretto a rivolgersi allo stesso mondo sanitario al quale appartiene con probabili ricadute negative relative all'immagine di sé ma anche al concreto svolgimento del proprio lavoro e del proprio percorso professionale. Queste dinamiche possono rendere più laboriosa per i sanitari la già difficile presa di coscienza delle proprie difficoltà, la conseguente assunzione di responsabilità e le decisioni orientate alla richiesta di aiuto e alla cura.

Le possibili conseguenze di un elevato tempo di latenza tra l'insorgenza dei comportamenti problematici o dei disturbi e l'avvio di un trattamento efficace sono costituite, oltre ad un aggravio della sofferenza personale e dei familiari, da un possibili processi di cronicizzazione dei disturbi e di incremento di inefficienza o di errore professionale.

La consistenza del fenomeno, che nel nostro paese non è ancora diventato un vero e proprio oggetto di studio dal punto di vista sociale e clinico-epidemiologico, può essere ipotizzata attraverso stime e traslazioni derivate da studi epidemiologici realizzati in altri paesi. Le indicazioni che emergono da questi dati fanno ipotizzare una certa ponderosità e specificità della problematica la cui natura, patogenesi ed evoluzione sono al momento attuale da approfondire.

Sarebbe infatti semplicistico ipotizzare che sul versante eziopatogenetico si possa parlare di una specificità di questi disturbi come esito di un'evoluzione di una sequenza causale unica e lineare e quasi alla stregua di una malattia professionale. Tuttavia l'elevata frequenza delle patologie presenti nelle rilevazioni degli studi esistenti fanno ipotizzare che il profilo e l'identità professionale possa giocare un ruolo significativo come cofattore sul piano causale o come elemento che può determinare un supplemento di problematicità per il soggetto nello sviluppo del disturbo. Il soggetto si può in effetti trovare vincolato in una condizione, spesso paralizzante, costituita dalla presenza di una patologia con un elevato potenziale di vulnus sulla propria salute, dalla difficoltà a chiedere aiuto alimentata da aspetti normativi e dallo

stigma sociale, dalla mancanza di servizi con profili di elevata adeguatezza alla problematica e, per contro, da livelli di responsabilità di grado elevato, sia ideali sia concreti, verso il contesto sociale. Tale situazione può spingere i sanitari interessati a produrre meccanismi difensivi di sottovalutazione, di negazione delle problematiche e di improduttiva autocura.

Si tratterà quindi, in prospettiva, di introdursi ad una visuale più ampia per comprendere come riconoscere quegli aspetti psicologici, biologici, culturali e ambientali che talora possono sommarsi, con un reciproco potenziamento negativo, ad alcuni processi connessi all'individuazione del proprio status professionale, per potere progettare e offrire interventi di promozione della salute e di maggior benessere lavorativo.

Il progetto Helper si occupa di questo ambito sia dal versante preventivo che rispetto all'offerta dei più adeguati interventi di cura e di riabilitazione attraverso la realizzazione di un programma terapeutico ambulatoriale, semiresidenziale, residenziale, indirizzato al personale medico e al personale sanitario affetto da dipendenza patologica, anche connessa a quadri di burnout, disturbi del comportamento e altre forme di comorbidità. Il progetto offre anche un percorso di aiuto ai familiari, ai partner e alle persone significative per l'utente.

Il presente documento riassume una descrizione delle problematiche individuate, alcuni riferimenti epidemiologici e una descrizione degli obiettivi, degli aspetti metodologici e delle risorse che costituiscono il progetto Helper.

AREA PROBLEMATICA E ASPETTI EPIDEMIOLOGICI

La letteratura scientifica, relativa alle problematiche di uso di sostanze e disturbi psichiatrici che incidono sui sanitari, è stata sviluppata principalmente negli Stati Uniti. e ci offre una casistica rilevante sui gravi problemi emozionali riscontrati nelle professioni sanitarie e numerosi dati epidemiologici da declinare eventualmente in altra sede; qui può tuttavia essere utile far cenno alle correlazioni esistenti tra alcuni eventi - suicidi, depressioni, abuso di sostanze, divorzi - e i soggetti impegnati nelle professioni sanitarie:

- **Suicidi:** in media i medici hanno una probabilità di suicidarsi più che doppia rispetto alla popolazione generale. Questa frequenza è più alta rispetto alla frequenza delle altre professioni. La frequenza di suicidio delle donne medico è approssimativamente 4 volte superiore a quella delle donne nella popolazione generale.
- La frequenza di **depressione** clinica tra gli specializzandi è stata valutata tra il 27% e il 30%. Il 25% di questi, intervistato, ha ammesso di aver pensato al suicidio. Uno studio ha valutato la prevalenza di depressione e di tentativi di suicidio tra 4.501 donne medico americane che ha risposto al Women Physician' Health Study, un questionario distribuito a livello nazionale. In questo studio il 19,5% delle donne medico ha riferito un episodio di depressione e l'1,5% ha riferito tentativi di suicidio.
- Tra i medici gli psichiatri presentano le percentuali più alte: infatti il 73% riferisce di aver sofferto di un episodio depressivo nella vita.
- **L'abuso di sostanze** nella professione medica è stato preso in considerazione già a partire dal 1973 dalla American Medical Association. Basandosi sui dati della ECA si può stimare che una quota tra l'8% e il 12% presenterà una patologia da abuso di alcool nel corso della vita e l'8% una patologia correlata all'uso di sostanze.

L'esperienza e i dati del Talbott Recovery Campus sosteneva già 25 anni fa che la dipendenza da alcol o da droghe è, tra i medici, la malattia più inabilitante.

Tra gli eventi biografici più significativi va sottolineata la frequenza di divorzi tra i medici americani che risulta del 10-20 % più alta rispetto a quella della popolazione generale.

Alla luce di questi dati si rischia di alimentare un'accezione riduttiva del tema "salute" almeno fino a quando i processi di umanizzazione della cura non riusciranno ad assumere più compiutamente alcune specifiche problematiche di salute dei "curanti" e di sviluppare anche in questo ambito un importante processo di "umanizzazione".

A partire dal 1960 si sono sviluppati diversi fenomeni complementari: da un lato la comunità medico-scientifica internazionale ha riconosciuto che i disturbi comportamentali e le dipendenze patologiche sono un disturbo complesso, superando, almeno sul piano tecnico, la concezione della dipendenza come vizio o deficienza morale, dall'altro si sono sviluppati diversi tipi di terapie che hanno dimostrato la loro efficacia. Tali cambiamenti si inquadrano nel progressivo cambiamento di atteggiamento e di approccio nei confronti di gran parte delle malattie psichiatriche e dei disturbi del comportamento.

Definire i disturbi psicologici, psichiatrici, comportamentali e le dipendenze patologiche come malattie e disporre di trattamenti efficaci ha permesso dei cambiamenti sensibili nel loro approccio terapeutico. Pertanto si è passati negli USA, in Canada, Australia, Nuova Zelanda e Spagna da strategie strettamente repressivo-punitive a un approccio clinico basato sulla diagnosi il più precoce possibile dei problemi e sul loro trattamento con strategie di carattere riabilitativo.

Questo approccio offre importanti vantaggi in quanto permette benefici per entrambe le parti: la diagnosi precoce dei problemi fa sì che i costi personali, sociali ed economici generati da queste problematiche si riducano e si faciliti il loro recupero. Paradossalmente in questo processo di cambiamento i medici rimangono penalizzati rispetto agli altri cittadini. Tutte le strutture assistenziali pubbliche create negli ultimi quindici anni per far fronte ai problemi di dipendenza patologica e di salute mentale sono, per le loro caratteristiche, realtà alle quali il medico non si rivolge, soprattutto nelle fasi iniziali del suo disturbo, nel timore di essere riconosciuto come professionista della salute e di incorrere in possibili ripercussioni lavorative e di immagine. Così attualmente i medici il più delle volte sono indotti a seguire il cammino dell'automedicazione, che può determinare un'evoluzione clinica negativa.

I problemi che questi professionisti generano o possono generare nell'esercizio della medicina sono evidenti: tra gli altri, il rischio diretto per la popolazione che curano e un incremento del contenzioso.

I NCIDENZA E PREVALENZA

In Italia non disponiamo di informazioni specifiche sulla complessa problematica sopra esposta, né di natura epidemiologica né di esperienze e progetti di carattere clinico; pertanto è necessario lavorare con stime di morbilità sulla popolazione italiana generate a partire dai dati disponibili in altri Paesi.

L'assenza di dati relativi alla situazione concreta obbliga a una certa prudenza e flessibilità nell'interpretazione dei dati indiretti disponibili.

Alcuni autori segnalano che non vi sono differenze significative tra la popolazione generale e i medici; altri sostengono che vi siano differenze di morbilità tra le diverse professioni tra cui quella del medico; altri ancora hanno rilevato una chiara differenza tra i professionisti della medicina e gli altri. Secondo i calcoli effettuati dall'Ordine dei Medici di Barcellona per la creazione del programma di assistenza per medici malati (PAIME), diffuso ormai capillarmente nelle principali città della Catalogna, si considera che il 12% dei circa 30.000 medici della regione durante la propria vita professionale, calcolata in quarant'anni di attività, soffrirà delle patologie descritte (8% di alcolismo, di un 2% di altre tossicodipendenze e 2% di disturbi mentali di natura psicotica). In Italia – rispetto ai circa 370.000 medici attivi - il 12 % consisterebbe in 43.000 casi.

Bisogna tener presente che molti di questi problemi si presentano associati come nel caso del *gambling*.

I programmi clinici di assistenza medica PAIME e Helper si ispirano a quelli applicati in Canada e negli USA da più di trent'anni. Nella Catalogna l'aderenza a questo tipo di programma si consegue nel 75% dei casi.

La problematica della relazione *dipendenze-lavoro* è nota agli Ordini dei Medici, alle Amministrazioni Sanitarie e alle associazioni mediche di tutto il mondo, ma la complessità e peculiarità del tema che quest'istituzione intervengano solo nel caso degli atti più gravi e noti.

FATTORI DI DISAGIO CARATTERISTICI DEI FENOMENI SUI QUALI SI VUOLE INTERVENIRE

Le problematiche sopra descritte sono connesse ad una serie di fattori che possono essere alla base o concorrere in modo consistente con la generazione o il mantenimento del disturbo. Tra questi segnaliamo alcune tra le più importanti criticità:

1. Carezza di informazione e rilevazione del problema dei disagi connessi con la professione medica e sanitaria.
2. Carezza nelle istituzioni preposte di cultura della prevenzione dei rischi professionali e tutela delle risorse umane nell'ambito della professione medica e sanitaria.
3. Negazione e/o sottovalutazione della presenza di fattori cogenti del disagio personale e sociale provenienti dalle condizioni e dagli ambienti di lavoro (stress, burn-out, demotivazione).
4. Difficoltà inerenti il riconoscimento, accettazione del problema da parte del medico (negazione, rimozione della dipendenza e tentativi di autocura).
5. Difficoltà nella richiesta di aiuto da parte del medico e familiari (personale sanitario).
6. Isolamento, solitudine dei medici rispetto a famiglia, colleghi, aziende sanitarie, istituzioni.
7. Difficoltà dei familiari nella gestione delle problematiche derivanti dalle dipendenze del loro congiunto (violenze, situazioni finanziarie critiche, problemi di reputazione con i pazienti, difficoltà di relazioni familiari, ecc...).
8. Difficoltà personali, familiari e sociali provenienti da problemi legali (denunce civili e penali).
9. Difficoltà personali e sociali ad accedere a servizi sanitari pubblici e necessità di privacy.

10. Mancanza di servizi residenziali e programmi specifici per medici e personale sanitario sul territorio nazionale.
11. Mancanza di programma di After-care coordinato con altre fasi del trattamento.

LE RAGIONI DI UN SERVIZIO INNOVATIVO E SPECIFICO IN ITALIA

Il sistema attuale dei servizi per le dipendenze patologiche previsto dal Sistema Sanitario Nazionale risponde a molteplici bisogni con metodologie e tipologie di intervento efficaci, ma non è ancora strutturato per una specifica offerta al mondo delle professioni sanitarie.

Tale sistema si articola sinteticamente in:

<i>Ser.T.</i>	➔	Offrono prevalentemente trattamento ambulatoriale individuale e grupale
<i>Comunità terapeutiche</i>	➔	offrono trattamento residenziale con programma strutturato anche per l'after-care non residenziale e/o semiresidenziale
<i>Comunità di accoglienza</i>	➔	offrono trattamento residenziale di tipo assistenziale – lavorativo
<i>Ospedali/cliniche</i>	➔	offrono prevalentemente un trattamento con ricovero per disintossicazione farmacologica
<i>Gruppi self-help</i>	➔	offrono trattamento di gruppo di tipo non residenziale con/senza coinvolgimento della famiglia

all'interno di questo sistema il sanitario che presentasse la necessità di un trattamento per i propri disturbi può incontrare una serie di ostacoli, alcuni specifici altri comuni ad altre tipologie di clienti. Tra questi segnaliamo:

1. problema della tutela della privacy del medico e della sua reputazione rispetto ai colleghi, al personale sanitario, ai pazienti e clienti e del governo del trattamento dei dati sensibili
2. difficoltà di frequentare programmi di comunità terapeutiche o di Accoglienza per la diversità di utenza a cui esse si indirizzano (ex detenuti, età media inferiore, diverse compromissioni della vita sociale, differenze culturali e lavorative) e per l'assenza di piani strutturati clinici e psicosociali articolati
3. Lunga durata dei trattamenti delle comunità pensate per altre tipologie di utenti (da due a tre anni)
4. la disintossicazione per alcol o altre sostanze nei reparti e/o cliniche convenzionate rischia di essere inefficace se non seguita da successivo programma psico-riabilitativo. Ripetute disintossicazioni inoltre hanno un costo alto per il sistema sanitario. Il carico sulla famiglia del periodo successivo alla disintossicazione è notevole e non sempre sostenibile
5. gruppi di self-help misti tra familiari e utenti vengono visti come "rischiosi" per la tutela della reputazione e nelle situazioni di forte compromissione con le dipendenze non rispondono alle varie esigenze delle famiglie e degli utenti che solo un programma residenziale e un collegato After-care può soddisfare a fronte di conflitti familiari, problemi economici, violenze, isolamento, rifiuto di cure e problemi sanitari.

A differenza di quanto avviene in Europa e in USA, non esistono in Italia programmi di prevenzione, cura, riabilitazione e reinserimento specifici per il personale sanitario affetto dalle diverse dipendenze patologiche e non esiste tuttora una ricerca epidemiologica di settore anche se la necessità di un servizio specificatamente dedicato a questa utenza è considerata sempre più urgente da varie organizzazioni e istituzioni.

Come già accennato, in altri paesi europei e negli U.S.A. operano già da tempo organizzazioni e programmi che rispondono alle specifiche esigenze del personale sanitario e che prendono in considerazione le difficoltà personali dei diretti interessati, le difficoltà familiari, quelle sociali e lavorative. Il PAIME ad esempio – Programa de Atencion Integral al Médico Enfermo - coordinato dall'Ordine dei Medici di Barcellona e ormai diffuso nei grandi centri della Catalogna, va considerata un'esperienza interessante non solo sotto il profilo organizzativo e operativo ma anche e soprattutto per la responsabilità e la visione integrata che i diversi attori istituzionali hanno messo in campo, declinando il tema della salute in un'accezione ampia, attuale e realistica, come salute e tutela di tutti i cittadini, ma in particolare dei professionisti e del personale impegnato in ambito sanitario.

Questa capacità di presa in carico si verifica anche in altri ambiti e in altre professioni: si pensi ai programmi specifici e dedicati per sacerdoti in difficoltà presenti in Germania, Italia, Inghilterra, USA, organizzati da ordini religiosi in accordo con le Conferenze Episcopali, enti e fondazioni benefiche. Analogie vi sono ancora con i programmi in USA per diverse categorie professionali, ad esempio medici e piloti.

In tali contesti terapeutici non ci si rivolge unicamente alle persone principalmente coinvolte nel problema - medici e personale sanitario nel nostro caso - ma vengono coinvolti anche altri stakeholders, come i familiari, le istituzioni, le organizzazioni sanitarie di appartenenza o quelle che offrono servizi di cura.

Un ulteriore aspetto riguarda la promozione di una rinnovata cultura della formazione universitaria e professionale che risulta ancora oggi carente per ciò che concerne la prevenzione dei rischi professionali e la tutela delle risorse umane.

Agli aspetti normativi si è già accennato: le misure ad oggi adottate, come ad esempio alla L. 30 marzo 2001 n. 135, mirano ad escludere l'uso di sostanze stupefacenti e di alcol per alcune categorie professionali, tra le quali anche quella dei medici. Il più recente D.Lgs. n. 81/08 prevede visite mediche preventive e periodiche finalizzate alla verifica di assenza di condizioni di alcol-dipendenza nei casi ed alle condizioni previsti dall'ordinamento.

Di fatto questi provvedimenti, per quanto complessivamente utili, si limitano ad affrontare una parte del problema. Rimane presente una certa ambivalenza nella scelta tra un orientamento preventivo, curativo e responsabile e un orientamento punitivo, mentre è necessaria una visione chiara, organica e innovativa sia dei problemi sia delle politiche e degli interventi praticabili.

PARTE SECONDA

PROGETTO HELPER

IL PROGETTO HELPER

Il progetto Helper nasce con l'intento di affrontare le principali difficoltà sopra esposte all'interno di una partnership interistituzionale tra diverse realtà interessate da diversi punti di vista a tutelare la salute dei professionisti sanitari.

Il Progetto Helper è un programma terapeutico ambulatoriale, semiresidenziale, residenziale indirizzato al personale medico e al personale sanitario affetto da dipendenza patologica, anche connessa a quadri di burn-out, disturbi del comportamento e altre forme di comorbidità.

Si rivolge inoltre a familiari e/o persone significative legate agli utenti, ai quali offre uno specifico percorso di sostegno.

Il programma si realizza in ottemperanza delle normative vigenti in materia di tutela della privacy e introduce strumenti di particolare tutela della riservatezza individuale.

OBIETTIVI

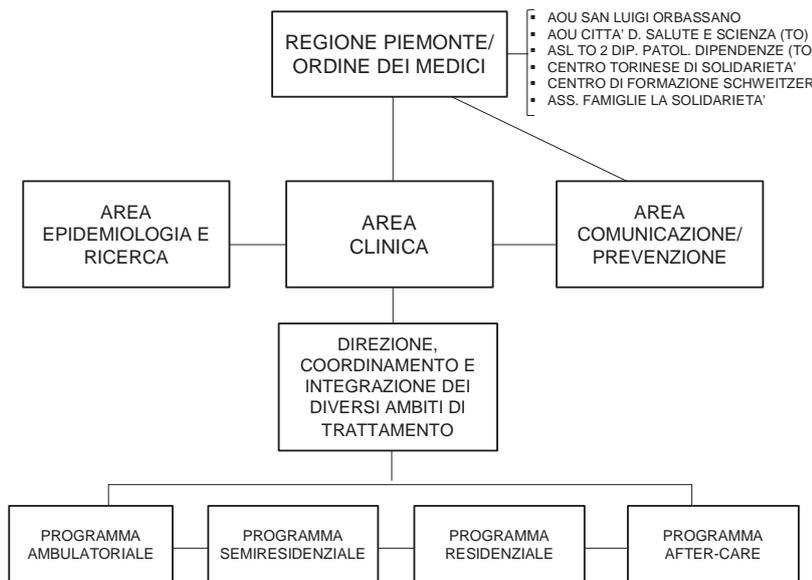
Il progetto Helper si pone i seguenti obiettivi:

1. Promuovere la prevenzione e l'informazione sul disagio e i problemi umani connessi all'attività sanitaria.
2. Sensibilizzare il personale sanitario, le istituzioni, le organizzazioni pubbliche e private e le aziende sanitarie circa i problemi delle professioni sanitarie.
3. Realizzare un completo percorso riabilitativo di prevenzione, cura e reinserimento per persone affette da dipendenze patologiche.
4. Realizzare un programma di informazione, aiuto, sostegno e accompagnamento per i familiari del personale sanitario.
5. Promuovere attività di informazione e formazione per gli studenti di medicina.
6. Fornire consulenza e aiuto a ordini professionali, istituzioni, aziende e organizzazioni sanitarie.
7. Promuovere indagini epidemiologiche e ricerche sulle tematiche oggetto del progetto in collaborazione con istituzioni e istituti di ricerca.
8. Promuovere e sostenere la realizzazione di percorsi di aiuto per i medici in difficoltà su tutto il territorio nazionale.

ORGANIZZAZIONE DEL PROGETTO HELPER

Il progetto Helper è un programma terapeutico ambulatoriale, semiresidenziale, residenziale, indirizzato al personale medico e al personale sanitario affetto da dipendenza patologica, che prevede vari segmenti.

ORGANIGRAMMA



AREA EPIDEMIOLOGIA E RICERCA

- Promuove e sviluppa la ricerca epidemiologica e clinica nell'ambito di interesse
- Collabora con le istituzioni per lo sviluppo di una cultura attenta alla prevenzione dei rischi e delle forme di disagio personale presenti nelle professioni sanitarie.
- Collabora con la Direzione Clinica per l'ambito formativo.
- Collabora con la Direzione Clinica sull'individuazione dei riferimenti teorici e i modelli di intervento adottati dal Programma Helper.
- Collabora con l'Area comunicazione e prevenzione su contenuti e produzione di iniziative orientate ad opinione pubblica e a specifici target e ambiti.

AREA COMUNICAZIONE/PREVENZIONE

Prevenzione /Informazione

- Elabora e realizza materiali informativi sui temi del disagio nelle professioni sanitarie e sul P.H.
- Organizza piani di sensibilizzazione con Istituzioni e i diversi soggetti sociali interessati.
- Organizza piani informativi e di prevenzione rivolti al personale sanitario della Città della Salute e al personale sanitario operante in Regione Piemonte.
- Organizza e gestisce il call-center che fornisce informazioni per utenti, familiari, agenzie e operatori, raccoglie e indirizza le richieste di aiuto.

Comunicazione

- Organizza e gestisce l'informazione relativa a P.H. su riviste, bollettini, newsletter.
- Organizza e gestisce sito web, relativi contenuti e contatti.

A supporto delle attività di prevenzione, accoglienza e presa in carico dei pazienti è individuata la **SUB AREA PRIVACY/GESTIONE TRATTAMENTO DATI SENSIBILI**.

Per quanto attiene all'argomento si fa riferimento a quanto sotto riportato, ovvero:

- Codice deontologia medica (2006): artt. 10 (segreto professionale), 11 (riservatezza dei dati personali), 12 (trattamento dei dati sensibili);
- Codice deontologico IPASVI (2009): artt. 26 e 28;
- Codice deontologia Psicologi (2013): artt. 4, 11, 12, 13, 15, 17;
- Segreto professionale - art. 200 c.p.p.;
- Doveri di esibizione e segreti - art. 256 c.p.p.;
- Rivelazione di segreto professionale - art. 622 c.p.;
- Codice in materia di protezione dei dati personali - D.Lgs. n. 196/2003;

Sono state recentemente pubblicate in gazzetta ufficiale (g.u. 27/12/2013, n. 302) le nuove autorizzazioni al trattamento dei dati sensibili e giudiziari, rilasciate dal garante per la protezione dei dati personali, con validità dall'1/1/2014 al 31/12/2014.

Sono coperti dall'autorizzazione generale anche i medici competenti per la gestione dei dati relativi alla salute e alla sicurezza sul lavoro dei lavoratori.

Con riferimento all'art. 7 (diritto di accesso ai dati personali ed altri diritti) del D.Lgs. n. 196/2003 all'interessato sono riconosciuti più diritti quali:

- il diritto di ottenere la conferma dell'esistenza o meno di dati personali che lo riguardano e la loro comunicazione (comma 1);
- il diritto di ottenere informativa sui dati e sul loro trattamento (origine, finalità, modalità e logica del trattamento, identificazione del titolare, del responsabile del trattamento e dei soggetti cui possono essere comunicati i dati (comma 2);
- il diritto di ottenere modificazioni di quanto trattato (aggiornamento, rettificazione, integrazione dei dati) nonché la cancellazione, la trasformazione in forma anonima o il blocco dei dati trattati in violazione di legge (comma 3);
- il diritto di opposizione, in tutto o in parte, al trattamento di dati (comma 4).

AREA CLINICA

In quest'area vengono svolte diverse funzioni sia di supporto metodologico sia di coordinamento e gestione. E' condotta collegialmente da un direttore e dai responsabili dei diversi settori e percorsi previsti nel Programma Helper. In particolare si occupa di:

Formazione

- Supervisiona la selezione degli operatori e volontari.
- Predisporre accordi e contratti di collaborazione e/o consulenza per realizzare percorsi di tirocinio e di formazione del personale presso enti esterni.
- Supervisiona l'elaborazione del piano di formazione iniziale e permanente destinato al personale coinvolto (operatori dell'Area Osservazione Diagnostica, operatori della Struttura residenziale, professionisti dell'Area Sanitaria).
- Promuove e collabora con enti pubblici e privati per la formazione di operatori e professionisti del sistema di after-care di Programma Helper.

Metodologia e monitoraggio attività clinica

- Promuove e realizza l'aggiornamento clinico del programma, in conformità alle evidenze scientifiche e alle buone pratiche emergenti.
- Fornisce dati (out-put, out-come, ecc..) per la valutazione del programma e per finalità di ricerca.

DIREZIONE, COORDINAMENTO E INTEGRAZIONE DEI DIVERSI AMBITI DI TRATTAMENTO

- Sovrintende alla realizzazione del piano di trattamento complessivo, ne individua le principali problematiche e soluzioni di concerto con la Direzione del Programma.
- Cura l'organizzazione e gestione del personale impegnato in tutte le fasi del trattamento.
- Coordina il trattamento in tutte le sue fasi per gli aspetti legati alle diverse componenti da quella ambulatoriale alla residenzialità, semiresidenzialità e reinserimento, per i contenuti sanitari che per quelli dell'area educativa ed assistenziale riguardanti sia gli utenti sia i loro familiari coinvolti attivamente nelle attività riabilitative.
- Cura l'integrazione tra percorso di sostegno rivolto ai familiari e P.H.

PERCORSO AMBULATORIALE

Il percorso ambulatoriale del Programma Helper viene realizzato presso i locali di Villa Pellizzari in Corso Casale n. 396 a Torino, di proprietà dell'AUCO Città della Salute di Torino.

Esso comprende:

- una fase di contatto/accoglienza.
- una fase di assessment preliminare, con colloqui e intervista motivazionale.
- eventuale ricovero ospedaliero.
- una fase di osservazione diagnostica.
- trattamento clinico (colloqui/gruppi).

Il programma si realizza in forma ambulatoriale in presenza di particolari condizioni professionali, personali e/o familiari che rendono difficoltoso l'allontanamento dell'utente dal suo domicilio abituale, oppure quando ricorrono condizioni e/o risorse sufficienti per un intervento breve.

Anche il percorso ambulatoriale si pone obiettivi che sintetizziamo di seguito:

- Stabilizzare sulla sostanza o sul comportamento.
- Accompagnare ad una situazione drug-free o somministrazione di agonista.
- Realizzare una diagnosi.
- Coinvolgere la famiglia e/o persone significative per il paziente.
- Articolare un progetto terapeutico personalizzato.
- Parziale definizione del progetto di after-care.

Quando l'utente necessita di un percorso di media intensità tratta mentale e presenta buone risorse personali e/o familiari, si può progettare un intervento di tipo semiresidenziale.

ÉQUIPE DI TRATTAMENTO

e' coordinata con gli altri settori del programma e riferisce alla direzione clinica del programma.

L'equipe ha un suo responsabile ed è così composta:

Figura
1 psicologo
1 medico
1 infermiere
1 psichiatra
1 internista

PERCORSO E STRUTTURA RESIDENZIALE

Struttura residenziale

Il Programma Helper viene realizzato presso i locali di Villa Pellizzari in Corso Casale n. 396 a Torino, di proprietà dell'AUO Città della Salute di Torino.

L'ubicazione nell'area della precollina torinese rende tale sede particolarmente idonea a percorsi di tipo clinico e garantisce la necessaria riservatezza a utenti e operatori.

La proprietà li affida in comodato gratuito alla Società Cooperativa Sociale Centro Torinese di Solidarietà come sede del Programma (esclusi eventuali ricoveri) e degli Uffici Amministrativi.

La struttura ospita fino ad un massimo di 7 utenti in regime residenziale.

Servizio di foresteria

La Soc. Coop. Centro Torinese di Solidarietà adibisce una villetta nella collina torinese come servizio di foresteria per familiari al seguito di utenti del programma.

ÉQUIPE DELLA STRUTTURA

Le figure che compongono l'equipe sono dipendenti diretti della Società Cooperativa Sociale Centro Torinese di Solidarietà o professionisti consulenti delle varie agenzie del progetto cui spettano la gestione dell'area assistenziale e – sotto la direzione e coordinamento del Direttore clinico di progetto - l'area educativa del Programma terapeutico-riabilitativo.

La composizione numerica risponde ai criteri previsti dalla D.G.R. 28.09.2009 n.61-12251 per le Strutture residenziali di cura riabilitazione e reinserimento per le dipendenze patologiche.

Le professionalità operanti sono scelte tra i seguenti profili: Educatore professionale, OSS, Psicologo, Psicoterapeuta, Psichiatra, Medico, Infermiere.

L'equipe è così composta:

Figura	Ruolo e funzione
Direttore di Struttura	<ul style="list-style-type: none">• Coordinamento organizzativo e gestione del Percorso Residenziale Helper
3 Operatori dipendenze	<ul style="list-style-type: none">• Gestione Piano Assistenziale ed Educativo
1 Psicologo/psicoterapeuta	<ul style="list-style-type: none">• Gestione Piano Assistenziale ed Educativo
Servizio notturno passivo	<ul style="list-style-type: none">• Gestione Piano Assistenziale esclusiva durante il 1° turno (00.00 – 07.00)
1 Psichiatra	<ul style="list-style-type: none">• Impostazione e Monitoraggio del protocollo farmacologico
1 psicologo clinico	<ul style="list-style-type: none">• Gestione Piano ricerca
1 Infermiere	<ul style="list-style-type: none">• Gestione/somministrazione farmaci
1 Medico alcolologo	<ul style="list-style-type: none">• Monitoraggio e cura
1 Amm.vo	<ul style="list-style-type: none">• Gestione Area Amministrativa, operatore sito web

PERCORSO E STRUTTURA SEMIRESIDENZIALE: (VEDERE TABELLE DI SEGUITO RIPORTATE)

PERCORSO E AFTERCARE: (VEDERE TABELLE DI SEGUITO RIPORTATE)

TRATTAMENTO: FASI, OBIETTIVI, ATTIVITÀ

Tipologia utente	Fase	Obiettivi	Strumenti/Attività	Caratteristiche	Figure professionali									
<ul style="list-style-type: none"> ▪ medico/sanitario ▪ problematiche alcol correlate ▪ uso problematico e dipendenza da sostanze ▪ dipendenze comportamentali ▪ eventuale presenza di quadri di comorbidità psichiatrici o organici 	ACCOGLIENZA	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Fornire informazioni su articolazione del percorso e garantire privacy ▪ Raccogliere i bisogni ▪ Supportare le persone che chiedono aiuto ▪ Motivare al trattamento ▪ Promuovere strategie di aiuto alla persona e familiari ▪ Fornire le informazioni necessarie 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Colloqui ▪ Materiale informativo 		<ul style="list-style-type: none"> ▪ Medico ▪ Operatori 									
	ASSESSMENT PRELIMINARE (15gg-30gg)	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Valutazione iniziale delle domande di inserimento in programma ▪ Pianificazione della fase successiva 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Colloqui ▪ Intervista motivazionale ▪ Contatti con sup. gerarchico dell'utente per le tutele necessarie 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Presa in carico sanitaria per altre patologie rimane in capo a SSR ▪ Supporto a paziente e famiglia per tutte le problematiche bio-psico-sociali emergenti 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Medico ▪ Psicologo 									
	OSSERVAZIONE DIAGNOSTICA-PROGETTUALE + TRATTAMENTO PRELIMINARE (60gg)	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Stabilizzare sulla sostanza o sul comportamento ▪ Accompagnare ad una situazione drug-free o somministrazione di agonista ▪ Realizzare una diagnosi ▪ Coinvolgere la famiglia e/o persone significative per il paziente ▪ Articolare un progetto terapeutico personalizzato ▪ Parziale definizione del progetto di after-care 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Colloqui ▪ Visita medica ▪ Esami di laboratorio ▪ Eventuale terapia farmacologica ▪ Eventuale ricovero ospedaliero ▪ Testistica ▪ Colloqui familiari 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ È un luogo di "protezione" e riservatezza ▪ Prevalentemente ambulatoriale ▪ Offre un servizio foresteria <table border="1" data-bbox="1451 927 1688 1158" style="margin-top: 10px;"> <thead> <tr> <th colspan="2">Eventuale ricovero presso</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Az. S. Luigi Gonzaga</td> <td>2 p.l.</td> </tr> <tr> <td>Az. C. Salute Torino</td> <td>2 p.l.</td> </tr> <tr> <td>C. Cura Giorgio Viverone</td> <td>2 p.l.</td> </tr> <tr> <td>Centro Riabilitazione Ferrero - ALba</td> <td>2 p.l.</td> </tr> </tbody> </table>	Eventuale ricovero presso		Az. S. Luigi Gonzaga	2 p.l.	Az. C. Salute Torino	2 p.l.	C. Cura Giorgio Viverone	2 p.l.	Centro Riabilitazione Ferrero - ALba	2 p.l.
Eventuale ricovero presso														
Az. S. Luigi Gonzaga	2 p.l.													
Az. C. Salute Torino	2 p.l.													
C. Cura Giorgio Viverone	2 p.l.													
Centro Riabilitazione Ferrero - ALba	2 p.l.													

Tipologia utente	Fase	Obiettivi	Strumenti/Attività	Caratteristiche	Figure professionali
<ul style="list-style-type: none"> ▪ medico/sanitario ▪ problematiche alcol correlate ▪ uso problematico e dipendenza da sostanze ▪ dipendenze comportamentali ▪ eventuale presenza di quadri di comorbilità psichiatrici o organici 	<p align="center">PROGETTO TERAPEUTICO RESIDENZIALE (3-6 mesi)</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Migliorare lo stato di salute complessivo ▪ Recupero di capacità professionali ▪ Sostenere la persona nella comprensione e nell'accettazione delle proprie difficoltà e promuovere ed accompagnare una graduale rielaborazione di vissuti, atteggiamenti, stile di vita e rapporti familiari ▪ Fornire strumenti e strategie idonei per realizzare e mantenere condizioni di pieno reinserimento sotto il profilo familiare, sociale e professionale ▪ Definire in modo strutturato il progetto di after-care 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Colloqui ▪ Gruppi motivazionali ▪ Gruppi su abilità e check professionale ▪ Gruppi e seminari di prevenzione del burn-out ▪ Gruppi logoterapeutici ▪ Psicoterapia individuale ▪ Trattamenti farmacologici ▪ Esami di Laboratorio ▪ Eventuali gruppi familiari ▪ Counseling e supporto ai familiari ▪ Uscite di socializzazione con amici e persone significative 	<p>Opzioni</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Breve/media/lunga durata ▪ Ambulatoriale ▪ Residenziale <p>Flessibilità nella modalità, durata e intensità in base alle necessità e agli obiettivi</p>	<p>Equipe</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Direttore ▪ 3 operatori ▪ 1 psicoterapeuta <p>Consulenti</p> <ul style="list-style-type: none"> • Medico alcolologo • Infermiere • Psichiatra
	<p align="center">PROGETTO AFTER-CARE</p>	<p>La fase di reinserimento è estremamente importante ai fini di una prevenzione delle ricadute ed una significativa rivalorizzazione della persona nelle dimensioni professionale, relazionale, familiare e sociale.</p> <p>La provenienza degli utenti da varie regioni induce il nostro progetto ad allestire una "rete" di psicoterapeuti in grado di fornire un sostegno "in loco", cioè nel luogo in cui la persona vive ed è inserita.</p> <p>Gli obiettivi in sintesi:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Attuazione di strategie di prevenzione della ricaduta ▪ Sostenere livelli di salute psicofisica ▪ Monitorare mantenimento dell'adeguatezza della capacità al lavoro ▪ Momenti informativi /e formativi con psicoterapeuti del territorio ▪ Compromissione sul posto di lavoro / percorso di consapevolezza del problema ▪ Rete di psicoterapeuti ▪ Impostazione psicodinamica, lavoro sul focus 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Seminari di prevenzione della ricaduta ▪ Colloqui diretti e telefonici ▪ Week-end di richiamo ▪ Supporto di gruppo ▪ Laboratori 		

Destinatari	Fase	Obiettivi	Strumenti/Attività
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Familiari ▪ Persone significative per l'utente 	<p style="text-align: center;">PERCORSO DI SOSTEGNO ALLE FAMIGLIE</p>	<p>I familiari sono una risorsa importante per il buon esito del programma. Essi necessitano di sostegno e il loro ruolo va valorizzato:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ per accettare la persona con i suoi problemi, ▪ sostenerla nell'accettazione delle difficoltà e della necessità di effettuare un percorso di cura e riabilitazione ▪ perché contribuisce a rielaborare le relazioni familiari ▪ perché contribuisce al benessere, alla riconciliazione e presa in carico reciproca ▪ perché è centrale nel superamento di risentimenti e/o vicende conflittuali, pregiudizi, diffidenze ▪ perché concorre a riorganizzare un sistema di relazioni funzionali e costruttive 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Colloqui Nella fase iniziale permettono ai familiari di avere informazioni sui problemi delle dipendenze, e sempre durante il percorso permettono di poter esprimere disagi e difficoltà ed organizzare una strategia di aiuto). ▪ Gruppi di auto-aiuto Accompagnano i familiari nel sostegno alla persona, nella condivisione di vissuti e attese, nell'acquisizione di atteggiamenti educativi, nel superamento di conflittualità e risentimenti e nella chiarificazione di ruoli e sentimenti. ▪ Gruppi durante after-care La fase di reinserimento è delicata per l'utente e per la sua famiglia: tutti sono protagonisti di una relazione più funzionale ed efficace rispetto al passato. Durante tutto il percorso, ma in particolare in questa fase, sono previsti momenti strutturati di monitoraggio, colloqui e gruppi di condivisione a beneficio dei familiari.

PARTE TERZA

START-UP

FORMAZIONE

Il Programma considera centrale la formazione di base e formazione permanente per il proprio staff.

La formazione di base sarà orientata a realizzare le condizioni per una reale integrazione di competenze all'interno dell'equipe e ad abilitare gli operatori a sviluppare il trattamento. Essa sarà oggetto di valutazione ed eventuale rimodulazione nel corso della sperimentazione.

Le Direzioni dei diversi settori predispongono anche un piano di formazione permanente.

I contenuti formativi riguardano:

- le problematiche individuali, i disturbi da uso di sostanze, le patologie correlate
- la persona
- le relazioni e il lavoro di équipe
- l'ambiente e le persone cui il programma si rivolge
- le dimensioni di disagio connesse con l'attività medica (stress, burn-out, superlavoro, rischi, ecc.)
- percorsi residenziali nella cura delle dipendenze patologiche e trattamento di Progetto Helper: esperienze, teoria e metodo
- conoscenza di organizzazioni, servizi di tutela e sostegno professionale (in generale e specifiche per il personale sanitario)
- conoscenza e confronto con altre esperienze straniere di aiuto e trattamento esistenti per medici e personale sanitario.

Formazione di base

La formazione si articola in 2 diverse fasi, una precedente all'assunzione e una successiva.

Pre-assunzione: lo start-up prevede una fase di selezione iniziale, una serie di attività volte alla valutazione di idoneità del personale allo svolgimento dell'attività trattamentale.

Periodo	Tipologia	Luogo	Ore
Mesi 1-5	Parte teorica	Torino, sede P.H.	240
	Parte pratica	▪ Strutture pubbliche ▪ Ser.T. ▪ Strutture private ▪ Strutture specialistiche	400
			640

Assunzione: Alla valutazione positiva segue l'assunzione di n. 2 figure professionali con un progetto a tempo determinato di durata pari alla sperimentazione.

L'equipe si completa con altri 2 operatori distaccati da altre comunità terapeutiche del Centro Torinese di Solidarietà.

Post-assunzione: l'approfondimento riguarda la conoscenza diretta delle principali esperienze internazionali attraverso l'intervento di docenti esperti provenienti da quei programmi (Talbot Recovery Campus e PAIMM).

La parte pratica consiste in un tirocinio presso comunità del Centro Torinese di Solidarietà e del territorio, e momenti di verifica e di gruppo in aula.

Periodo	Tipologia	Luogo	Ore
Mesi 6-8	Parte teorica: Docenza Talbot Recovery Campus	Torino, sede P.H.	36
	Parte teorica: Docenza PAIMM	Torino, sede P.H.	36
	Parte teorica: Aula, gruppi di verifica, visite a programmi	Torino, sede P.H.	28
	Parte pratica: Tirocinio	Strutture CTS	380
			480

SPERIMENTAZIONE, VERIFICA IN ITINERE

Da una parte la complessità dei livelli, degli ambiti e delle agenzie coinvolti nel progetto da un parte, e dall'altra le aspettative e sfide che si profilano sul piano culturale e istituzionale richiedono per il Programma Helper uno start-up graduale e un percorso di sperimentazione per realizzare l'intero impianto secondo le seguenti direttrici:

- sensibilizzazione/coinvolgimento di istituzioni, ambito sanitario, territorio
- ampliamento culturale del concetto di prevenzione dei rischi delle professioni sanitarie
- avvio di una selezione/formazione iniziale del personale
- avvio delle fasi di P.H. (ambulatoriale; semiresidenziale; after-care)
- formazione in itinere (ri-modulazione dei contenuti sulla base dell'esperienza)
- valutazione degli esiti dal punto di vista clinico
- valutazione del progetto in termini epidemiologici, di efficacia, di efficienza organizzativa.

VALUTAZIONE, AZIONI CORRETTIVE, PROGETTO DEFINITIVO

All'Area Ricerca a Direzione Scientifica è demandata la realizzazione di un progetto di valutazione (output, out-come, ecc...) finalizzato a:

- verificare l'adeguatezza del Programma Helper agli obiettivi prefissati
- individuare eventuali aree "critiche" di progetto
- ritrarre obiettivi e azioni correttive
- rimodulare il progetto definitivo.

La Valutazione riguarda il processo e l'esito della sperimentazione nei seguenti ambiti:

- comunicazione e prevenzione (capacità di diffusione informativa verso persone, familiari, colleghi, istituzioni ed organizzazioni; capacità di promuovere cultura sul tema; capacità di suscitare ed accogliere richieste di consulenza ed informazione/formazione da organismi, enti, istituzioni; capacità di suscitare ed accogliere richieste di aiuto, esplicitazione di bisogni, contatti di utenti, richieste da medici in difficoltà, da familiari ed organizzazioni; capacità di sviluppare contatti e scambi con istituzioni ed organizzazioni di aiuto ai medici in difficoltà italiane ed estere)
- clinica (dati epidemiologici; aspetti clinici, assistenziali, terapeutici ed educativi del progetto)
- ricerca e formazione (sviluppo di un sistema di ricerca epidemiologica; promozione di azioni informative e formative; attivazione di corsi, incontri, scambi di formazione; sviluppo di una cultura delle risorse umane in campo sanitario).

CRONOPROGRAMMA PERCORSO RESIDENZIALE

Obiettivi	Azioni	1° anno												2° anno												3° anno											
		G	F	M	A	M	G	L	A	S	O	N	D	G	F	M	A	M	G	L	A	S	O	N	D	G	F	M	A	M	G	L	A	S	O	N	D
PERCORSO RESIDEN.	Contatti																																				
	Valutaz. Domande inserimento																																				
	Inserimento 2 ut.																																				
	Colloqui con ut./fam.																																				
	Colloqui con sup. gerachico																																				
	Intervista motivaz.																																				
	Visite mediche/esami																																				
	Prot. farmacologico																																				
	Stabilizz. Su sostanza																																				
	Diagnosi																																				
	Sviluppo percorso																																				
	Avvio Progetto After-care																																				
	Contatti con rete psicoterapeutica su territorio																																				
	Contatto con sup. gerarchico utente																																				
	Dimissioni																																				
	Inserimento 2 utenti																																				
	Inserimento 2 utenti																																				
	Contatti con psicoterapeuti sul territorio																																				
	Contatti con ambiente lavorativo utente																																				
	Contatti con familiari																																				

CRONOPROGRAMMA PERCORSO SPERIMENTAZIONE E VALUTAZIONE

Obiettivi	Azioni	1° anno												2° anno												3° anno											
		G	F	M	A	M	G	L	A	S	O	N	D	G	F	M	A	M	G	L	A	S	O	N	D	G	F	M	A	M	G	L	A	S	O	N	D
SPERIMENTAZIONE E VALUTAZIONE	Stesura Protocollo																																				
	Predisposizione strumenti di rilevazione																																				
	Rilevazione																																				
	Report																																				

PARTE QUARTA

BOARD E SOGGETTI PROPONENTI

IL PERCORSO CULTURALE, SCIENTIFICO E ISTITUZIONALE PROPEDEUTICO AL PROGETTO HELPER

L'iniziativa progettuale è maturata su un territorio in grado di esprimere negli ultimi quindici anni una ricchezza di esperienze e di spunti, in ambito scientifico, clinico e assistenziale, che i diversi attori hanno potuto integrare e scambiare tra loro, dando vita di fatto a un primo schema generale di progetto.

Gli enti promotori

- Centro di Formazione " A. Schweitzer " (C.F.S.)
- Associazione per la difesa del medico (Adimed)
- Centro Torinese di Solidarietà (C.T.S.)

in collaborazione con enti pubblici quali:

- Azienda Ospedaliero-Universitaria Città della Salute e della Scienza di Torino
- Azienda Ospedaliero-Universitaria S. Luigi Gonzaga

La definizione di uno strumento complessivo, articolato e innovativo in grado di comprendere e affrontare il tema del disagio nelle professioni sanitarie nelle sue diverse dimensioni, accezioni e prospettive è scaturita in realtà da questo insieme di sensibilità complementari, qualificate e capaci di una reale integrazione. Essi hanno dato vita a numerose occasioni di confronto con il mondo accademico e scientifico, di cui elenchiamo le principali e più significative tappe:

Convegni

- 07 Dicembre 2000 - ERRORE UMANO E MEDICINA. Aula Magna A. Dogliotti Osp. Maggiore San Giovanni Battista Torino
- 24 aprile 2001 - I SISTEMI ASSICURATIVI NELLA TUTELA E NELL'EVOLUZIONE DELLE PROFESSIONI SANITARIE. Aula Magna A. Dogliotti Osp. Maggiore S. Giovanni Battista Torino
- 11 gennaio 2002 - DIRITTO ALLA SALUTE E COMPATIBILITÀ ECONOMICA. Aula Magna A. Dogliotti Osp. Maggiore S. Giovanni Battista Torino
- 9 aprile 2002 -MUSICA EMOZIONE E COSCIENZA. Centro Congressi Torino Incontra - Sala Cavour Via N. Costa 8 Torino
- 19/11/2002 - MEDICI: PROFILO PSICOLOGICO DI UNA PROFESSIONE. Aula Magna A. Dogliotti Osp. Maggiore S. Giovanni Battista Torino
- 12 dicembre 2003 - BURNOUT E MANAGEMENT SANITARIO. Hotel Concord, Via Lagrange 47 Torino
- 31 gennaio 2004 - LE PROFESSIONI SANITARIE COME RISCHIO SOCIALE. Palazzo di Giustizia, C.so Vittorio Emanuele 130- Torino
- 1° luglio 2004 - L'ERRORE, LA MEDICINA, LA LEGGE. Aula Magna A. Dogliotti Osp. Maggiore S. Giovanni Battista Torino

- 25 ottobre 2008 - SE QUESTO È UN MEDICO. Aula Magna A. Dogliotti Osp. Maggiore S. Giovanni Battista Torino
- 20/06/2009 - ARDERE, NON BRUCIARSI. Aula Magna A. Dogliotti Osp. Maggiore S. Giovanni Battista Torino
- 6-7 maggio 2011 - LA CIVILTÀ DEL DISAGIO. Sala Conferenze A.U.O.Osp. San Luigi Gonzaga – Orbassano To

Molti esperti e docenti si sono confrontati con questo tema e su questo progetto, con contributi notevoli nell'ambito dei sopraelencati convegni:

- | | |
|-----------------------------|--|
| • Dott. O. ADAMS | O.M.S. Ginevra Svizzera |
| • Dott. A. ARTMAN JANE' | El Paimè Barcellona Spagna |
| • Dott. A. BIANCO | Ordine Nazionale dei Medici Roma |
| • Prof. I. CAVICCHI | Università La Sapienza Roma Italia |
| • Prof. F. CLERGUE | Ginevra Svizzera |
| • Dott. A. CONSOLI | Dir. Dip. Pat. Dipendenze "C. Olievenstein" ASL To 2 |
| • Dott. O. DODERO | Proc. della Repubblica Torino Italia |
| • Prof. P.H. EARLY | Talbott Recovery Campus - Atlanta USA |
| • Prof. H.T. ENGELHARDT JR. | Baylor College Houston USA |
| • Prof. D. EVANS | O.M.S. Ginevra Svizzera |
| • Prof. S. FASSINO | Università Torino Italia |
| • Prof. E. FIZZOTTI | Università Pontificia Salesiana - Roma Italia |
| • Prof. D. GALATI | Università di Torino Italia |
| • Prof. G. GALLETTO | Psicoterapeuta Torino |
| • Prof. L. GRANDI | Istituto di Psicologia Individuale "A. Adler" Torino |
| • Prof. M. LEITER | Nova Scotia University - Canada |
| • Prof. G. LOZZI | Università La Sapienza - Roma Italia |
| • Prof.ssa C. MASLACH | Berkeley University - California USA |
| • Prof. S. MORGAGNI | Università di Siena |
| • Dott. J. PADROS SELMA | El Paimè Barcellona Spagna |
| • Dott. J. PRONCZUK | O.M.S. Ginevra Svizzera |
| • Prof. J. REASON | Manchester University UK |
| • Prof. R. RIGARDETTO | Università di Torino Italia |
| • Prof. O. SAKS | New York School of Medicine USA |
| • Dott. G. SCARZELLA | Ospedale Evangelico Valdese Torino |
| • Dott. P. TAMPONI | Proc. della Repubblica Vercelli |
| • Dott. R. TESTI | Medicina legale Torino |
| • Prof.ssa R. URCIUOLI | Università di Torino Italia |
| • Prof. L. YABLONSKY | California University - San Diego USA |

REGIONE PIEMONTE

L'ente Regione Piemonte ha adempiuto ai compiti istituzionali in materia di politica sanitaria e di contrasto delle dipendenze patologiche stimolando dapprima la nascita e lo sviluppo di una rete dei Servizi pubblici Ser.T., seguiti poi da un'azione di coordinamento dell'intero Sistema dei Servizi che andava consolidandosi nel tempo, comprendendo oltre alle attività degli enti pubblici anche le numerose esperienze di comunità terapeutiche e programmi del privato sociale.

L'ente ha continuato a guidare il processo evolutivo del privato sociale, definendo a partire dal 2009 il Sistema di Accreditamento istituzionale per le strutture private di assistenza alle persone con problemi di dipendenza patologica.

L'attenzione a trattamenti sempre più qualificati nel campo delle dipendenze è stata peraltro ribadita in occasione dell'approvazione del P.A.R.D. 2012-2015 (Piano di Azione Regionale per le Dipendenze) con la D.G.R. 27-4183 del 23.07.2012 in cui l'ente ha messo in evidenza l'importanza della diagnosi e dell'intervento precoce nell'ambito delle patologie da dipendenza, mostrando di prediligere strategie di carattere riabilitativo rispetto a quelle di tipo repressivo-punitive.

Dai provvedimenti citati si evince la capacità e la volontà della Regione Piemonte di governare, sostenere e valorizzare un patrimonio culturale assai composito in tema di clinica dell'addiction, comprendente diverse componenti quali area accademica, sanità territoriale, comunità terapeutiche ed esperienze di residenzialità.

Ruolo

Considerata l'incidenza di tale problematica sulla popolazione degli operatori sanitari in Italia, in analogia a quanto si verifica e si registra in altri paesi occidentali come USA e Spagna, la Regione Piemonte ha assunto un ruolo di sponsor e committente, individuando alcune tra le eccellenze esistenti nel proprio Sistema dei Servizi quali attori privilegiati cui demandare l'approfondimento del fenomeno e la realizzazione di interventi clinici a carattere riabilitativo. Nel perseguire tale interesse l'ente ha dato mandato ai soggetti proponenti di definire e realizzare un progetto a carattere sperimentale attraverso cui verificare e mettere a punto un progetto definitivo.

Tale programma di lavoro ha previsto:

- Adozione della D.D. n. 28 del 15.01.2013, con cui si è formalizzata l'istituzione del Gruppo di lavoro con membri designati dai soggetti proponenti, cui affidare la ricognizione delle evidenze scientifiche raccolte nel tempo, l'esame delle buone pratiche di cliniche e l'approfondimento delle esperienze in atto all'estero.
- Redazione del progetto di massima.
- Approvazione del progetto di massima con la D.G.R. 29.07.2013 n. 16 – 6182.
- Redazione e approvazione del progetto definitivo.
- Elaborazione, realizzazione e pubblicazione materiali informativi.

ORDINE DEI MEDICI CHIRURGI E ODONTOIATRI DELLA PROVINCIA DI TORINO

L'Ordine dei Medici Chirurghi e Odontoiatri della Provincia di Torino ha in evidenza questa problematica da tempo e ritiene utile esplorare tutte le tipologie di intervento atte a prevenire, contenere e contrastare forme di disagio quali dipendenza da sostanze e/o da comportamenti che interessino il personale medico.

Ruolo

L'Ordine, unitamente a Regione Piemonte, è committente del progetto e lo ha concretamente manifestato pronunciandosi favorevolmente all'iniziativa, alla quale intende prendere parte con il fattivo contributo di un proprio delegato.

Promuove la diffusione del progetto:

- attraverso i propri media (sito web omceo Torino , rivista Torino Medica , portale "TorinoMedica.com");
- Mettendo a disposizione la propria sede per corsi formativi ECM , conferenze stampa e altre iniziative di comunicazione;
- Collaborando alla realizzazione di percorsi diagnostico terapeutici che permettano l'individuazione e il trattamento delle dipendenze dei medici con particolare riferimento al sostegno e alla non emarginazione;
- Curando e collaborando alla formazione del medico al fine di diffondere una cultura di prevenzione del disagio legato alla professione: carichi di lavoro eccessivi (turni prolungati , mancati recuperi), aggressioni verbali o fisiche da parte degli utenti , etc.;
- Monitorando risultati del progetto con gli altri Enti e diffondendoli periodicamente.

AZIENDA OSPEDALIERO-UNIVERSITARIA S. LUIGI GONZAGA DI ORBASSANO

L'azienda ospedaliera universitaria ha sempre evidenziato una particolare attenzione al benessere psicofisico del proprio personale.

Da alcuni anni è attivo lo Sportello di Ascolto per la prevenzione di situazioni di grave disagio in termini di stress, burnout, ansia tali da pregiudicare la salute psicofisica e influenzare in modo rilevante la qualità della vita del personale. E' inoltre operativo un servizio di consulenza alle équipes su tematiche relative all'ambito comunicativo e relazionale, finalizzato alla gestione della relazione con i pazienti e/o familiari, alla prevenzione del disagio e dei conflitti all'interno dei gruppi. E' riconosciuta infine la figura del Consigliere di Fiducia con il compito di fornire consulenze ed assistenza ai dipendenti oggetto di molestie sessuali e/o mobbing.

Sul versante universitario, nell'ambito dei tre corsi di studio afferenti al Polo San Luigi Gonzaga della Scuola di Medicina dell'Università degli Studi di Torino (corso di studi Magistrale a ciclo unico in Medicina e Chirurgia, corso di studi magistrale in Scienze Riabilitative, corso di studi in Tecnica della Riabilitazione Psichiatrica) già da anni sono attivati specifici corsi di insegnamento sull'alcolologia e le dipendenze patologiche.

Grazie alla partecipazione al Progetto Helper, l'azienda intende cooperare fattivamente ad un percorso rivolto al sistema sanitario nazionale, cooperando con le altre aziende sanitarie coinvolte nella diffusione e realizzazione del progetto stesso.

Ruolo

- partecipa all'Area Comunicazione/Prevenzione del Programma
- elabora, realizza e pubblica materiali informativi
- organizza momenti di incontro e di sensibilizzazione con Istituzioni
- organizza e gestisce campagne e piani informativi a beneficio del proprio personale sanitario
- collabora a campagne e piani informativi a livello sanitario regionale e nazionale
- raccoglie richieste di aiuto e consulenza e definisce specifici progetti terapeutici
- porta avanti specifica formazione rivolta agli studenti delle professioni sanitarie
- programma e realizza ricerche sugli stili di vita della popolazione sanitaria in formazione e già occupata
- realizza programmi di peer education nelle scuole secondarie
- intende riservare n. 2 p.l. per osservazione diagnostica e programma di disintossicazione ed iniziale disassuefazione.

AZIENDA OSPEDALIERO-UNIVERSITARIA CITTÀ DELLA SALUTE E DELLA SCIENZA TORINO

L'azienda ospedaliera, già Ospedale S. Giovanni Battista, ha manifestato nel tempo una particolare sensibilità ad accogliere e ascoltare le problematiche professionali e umane del proprio personale, contribuendo in qualche misura al suo benessere psicofisico.

Oltre ad ospitare negli anni diverse iniziative di studio sul tema, l'ospedale ha formalizzato nel 2008 il proprio impegno per la creazione di un servizio psicologico a beneficio dei dipendenti denominato "Progetto counseling, psicologia clinica e rete di supporto ai dipendenti delle Molinette".

Oggi, nel confermare tale impegno di tutela e sostegno del tessuto umano come elemento fondamentale delle professioni e dei professionisti in Sanità, l'azienda intende partecipare fattivamente ad un processo più ampio, che travalichi i confini aziendali, rivolto al mondo sanitario nazionale.

In concreto mette a disposizione una propria sede immobiliare e la propria competenza in tema di strategie comunicative quale contributo alla diffusione e realizzazione del Programma Helper.

Ruolo

Sede di programma

- Mette a disposizione il bene immobile di proprietà "Villa Pellizzari" di Corso casale, 396 a Torino quale sede del Programma Helper (Accoglienza-Struttura residenziale-Uffici Amministrativi).

Prevenzione /Informazione presso le proprie sedi istituzionali

- Assume la responsabilità dell'Area Comunicazione/Prevenzione del Programma e ne designa il responsabile.
- Elabora, realizza e pubblica materiali informativi.
- Organizza e gestisce momenti di incontro e di sensibilizzazione con Istituzioni.
- Organizza e gestisce campagne e piani informativi a beneficio del proprio personale sanitario, utilizzando anche collaudati strumenti aziendali (bollettini, newsletter, sportello psicologico).
- Organizza e gestisce campagne e piani informativi a livello sanitario regionale e nazionale.

Comunicazione

- Organizza e gestisce un servizio di call-center per fornire informazioni a utenti, familiari, operatori e agenzie.
- Raccoglie richieste di aiuto e consulenza.
- Pianifica colloqui.
- Elabora i contenuti per sito web.

Disintossicazione

- Riserva n. 2 p.l.

AREA PRIVACY

Fare riferimento a quanto riportato nel paragrafo "**SUB AREA PRIVACY/GESTIONE TRATTAMENTO DATI SENSIBILI**".

ASL TO 2 – DIPARTIMENTO PATOLOGIA DELLE DIPENDENZE “C. OLIEVENSTEIN”

Il Dipartimento di Patologia delle dipendenze C. Olievenstein dell'Asl TO2 è una struttura organizzativa del servizio sanitario nazionale istituita ai sensi della normativa di settore con compiti di prevenzione cura e riabilitazione nell'ambito del consumo problematico di sostanze e delle dipendenze patologiche. Svolge molteplici attività di seguito sintetizzate.

Attività clinica di diagnosi, trattamento e riabilitazione

L'accoglienza e la presa in carico di domande, dirette e indirette, relative a problematiche connesse con il consumo di sostanze e la dipendenza rappresentano l'attività centrale del Dipartimento, che è finalizzata a proporre programmi terapeutico-riabilitativi individualizzati e centrati sui bisogni dei pazienti e del loro sistema di riferimento allargato. I programmi possono includere diverse prestazioni erogate sia a livello ambulatoriale sia attraverso il ricorso a strutture residenziali o semiresidenziali e la collaborazione con Enti Accreditati del Privato Sociale. Tali prestazioni sono così schematizzabili:

- Accoglienza e analisi della domanda;
- Formulazione di una diagnosi medica, psicologica e sociale;
- Definizione di un programma terapeutico condiviso (obiettivi e tempi);
- Trattamento farmacologico e disintossicazione;
- Consulenza medico-sanitaria;
- Interventi socio-educativi;
- Consulenza e sostegno psicologico;
- Psicoterapia (individuale, familiare e di gruppo);
- Interventi domiciliari;
- Reinserimento socio-lavorativo;
- Monitoraggio e valutazione degli esiti.

La progressiva evoluzione e diversificazione delle domande di intervento ha portato alla strutturazione di interventi specialistici, che si affiancano a quello tradizionale per i consumatori di oppiacei e che sono caratterizzati da proprie metodologie, strumenti e contesti di intervento. Questi sono:

- Servizio di Alcolologia,
- Servizio Webcocare, per consumatori di cocaina
- Progetto THC-WHY, per giovani consumatori di cannabinoidi (in collaborazione con la Prefettura di Torino)
- Sportello Tabagismo
- Servizio Gambling, per la patologia da gioco d'azzardo.

Esistono inoltre specifici protocolli di intervento per categorie "a rischio": minori, donne gravide, soggetti con comorbilità psichiatrica, carcerati, migranti. L'ampiezza del raggio di intervento implica, oltre alla già citata collaborazione con gli Enti Accreditati del Privato Sociale, quelle con la Prefettura, con i Tribunali, con gli Istituti Penitenziari e con tutti gli altri Servizi di cura e assistenza per i cittadini presenti sul territorio.

Attività di prevenzione e interventi rivolti alla popolazione giovanile

Il Dipartimento dispone di un gruppo di lavoro specificamente dedicato agli interventi di prevenzione rivolti alla popolazione giovanile, alle famiglie, agli insegnanti e a coloro che, a

diverso titolo, con i giovani lavorano. Il suo compito è quello di programmare, in accordo con gli Istituti Scolastici e con le altre Agenzie del territorio, azioni orientate al contrasto dei consumi di alcol e droghe, in una prospettiva generale di tutela della salute della popolazione giovanile. Per ridurre i rischi di estemporaneità, frammentarietà e ridondanza, tutti gli interventi a carattere informativo e preventivo sono stati inseriti in cornici progettuali che ne hanno permesso una chiara esplicitazione degli obiettivi, delle metodologie e delle procedure di valutazione. Proprio la valutazione degli esiti ha orientato negli anni la selezione degli interventi ritenuti più efficaci, garantendo continuità ad azioni rivolte a:

- Scuole Medie Inferiori (Progetto di Educazione alla Salute ad Alta Versatilità - PESAV)
- Scuole Medie Superiori:
 - o Progetto Tutor - intervento di peer-education sui comportamenti a rischio presso le Scuole Superiori dei Distretti Circoscrizioni 6 e 7 di Torino
 - o Progetto Alcol e Guida - attività informativa sui rischi connessi all'uso di alcol realizzata presso due Scuole Superiori

E' inoltre realizzata una sistematica azione preventiva rispetto all'uso di sostanze in ambito ricreativo. L'utilità di questo servizio, che si è manifestata anche nelle sue funzioni di osservatorio privilegiato sul fenomeno, è stata riconosciuta non solo in ambito circoscrizionale ma a livello cittadino. Il progetto attivo da diversi anni è denominato PIN (Progetto Itinerante Notturmo), e contempla interventi effettuati in orari serali in diversi contesti territoriali e rivolti a giovani frequentatori di locali notturni.

Attività di prossimità e di prevenzione delle patologie correlate

L'estrema criticità della situazione sanitaria e ambientale che da diversi anni caratterizza alcune aree della zona nord di Torino, continua a rendere assolutamente necessarie le azioni volte a ridurre i rischi per la salute dei consumatori di sostanze e dell'intera collettività. In quest'ottica è attivo da diversi anni il servizio itinerante Can-GO rivolto soprattutto alle fasce più marginali di tossicodipendenti.

Queste attività si sostanziano, da un lato, nelle funzioni di ascolto, informazione, sostegno e orientamento verso i servizi di cura, dall'altro, di interventi di profilassi delle malattie infettive e di altre patologie correlate all'uso di sostanze.

Attività di ricerca e formazione

La progressiva evoluzione del fenomeno dei consumi di sostanze e la continua emersione di nuove forme di dipendenza ha portato alla già citata attivazione di servizi specialistici rivolti a specifiche categorie di consumatori. Le importanti ricadute che tali trasformazioni sociali hanno avuto in termini organizzativi e clinici, hanno reso ineludibile l'attivazione di specifici percorsi di ricerca e formazione, volti a approfondire la comprensione dei fenomeni oggetto dei nostri interventi, l'efficacia di tali interventi rispetto a specifiche tipologie di utenza e le novità in termini di approcci e strategie terapeutiche. Di seguito, e a fini esemplificativi, alcuni titoli delle ricerche realizzate o alle quali si partecipa, relativamente all'ultimo biennio:

Aree di studio, aggiornamento e formazione

Sono presenti state nell'ultimo triennio diverse aree di approfondimento, formazione e sperimentazione. Tra queste si segnalano:

- La diagnosi nei servizi per le Dipendenze: funzioni e strumenti innovativi
- Internet addiction? L'uso del web tra interdipendenza e dipendenza
- Binge eating, work addiction, sex addiction e shopping compulsivo
- Giovani e nuovi stili di consumo, il consumo socialmente integrato

- Consumo problematico di cannabis. Strategie di intervento
- I nuovi orizzonti dell'alcolologia: prevenzione, innovazione e politiche organizzative di rete
- Aspetti psicopatologici e comunicazione verbale e infraverbale nelle relazioni familiari
- Migranti e bisogni di cura

Attività di ricerca

Tra le molteplici attività di studio e sperimentazione si segnalano le linee di ricerca attive negli ultimi 3 anni:

- Validazione della versione italiana del Teen Addiction Severity Index.
- Validazione della versione italiana del Test di Leeds.
- I consumi di alcol e le relative percezioni nei pazienti in trattamento sostitutivo degli oppiacei.
- I fattori predittivi di efficacia della psicoterapia cognitivo-comportamentale in pazienti con dipendenza da cocaina.
- Analisi dei percorsi comunitari dei pazienti tossicodipendenti ed alcolodipendenti con comorbilità psichiatrica.

Ruolo

All'interno del progetto Helper il dipartimento potrà svolgere le seguenti funzioni correlate con l'individuazione delle relative risorse:

- Direzione clinica complessiva del progetto Helper in collaborazione con le aree responsabili del sistema informativo e di epidemiologia clinica, del settore della comunicazione e dei responsabili dei settori clinici ambulatoriali, residenziali e semiresidenziali e delle fasi di accoglimento, trattamento e aftercare. La direzione clinica sviluppa i profili di offerta delle attività trattamentali su mandato della committenza attraverso la direzione strategica del progetto.
- Attività cliniche dirette alle diverse fasi del percorso diagnostico e di trattamento riabilitativo fornite attraverso l'impegno part-time di 5 unità di personale professionale di elevato livello ed esperienza clinica.
- Partecipazione in forma coordinata ai momenti e fasi di progettazione, realizzazione, formazione e valutazione periodica sia delle attività cliniche sia del progetto Helper nel suo complesso.

CENTRO DI FORMAZIONE "A. SCHWEITZER"

Associazione senza fini di lucro nata grazie alla collaborazione del Centro Torinese di Solidarietà e di ADIMED (Associazione per la Difesa delle Professionalità Mediche), si ispira ad Albert Schweitzer quale modello sempre più attuale di «uomo e medico» che ha dedicato la sua vita all'assistenza dei più deboli seguendo i dettami dell'etica e della sensibilità umana. Il presupposto dell'azione di Centro Schweitzer è il SAPER ESSERE come condizione necessaria e indispensabile al SAPER FARE: gli obiettivi del Centro sono mirati a promuovere l'informazione e la formazione per coloro che operano nell'ambito delle professioni sanitarie e sociosanitarie, a elaborare e a realizzare sistemi formativi per la cura dell'operatore nella dimensione etica, a favorire lo scambio tra operatori, organizzazioni dei malati e dei familiari, a prevenire e a curare il «burn-out» in ambito professionale, a sviluppare l'attenzione alla persona nei sistemi organizzativi e, infine, a promuovere la conoscenza e lo scambio tra operatori, istituzioni italiane ed estere.

Dal 2001 il Centro di Formazione Albert Schweitzer si è accreditato presso il Ministero della Salute quale Ente Erogatore di Formazione, nell'ambito del Progetto Educazione Continua in Medicina; inizialmente in fase sperimentale e a pieno regime a partire dall'aprile 2002. La varietà e la qualità dei corsi proposti offrono possibilità di ampia scelta ai medici che hanno la necessità di acquisire i crediti formativi necessari per il prossimo quinquennio, secondo la normativa resa nota dal programma ministeriale.

Ruolo

- Esplica la funzione di segreteria organizzativa per la realizzazione di convegni, momenti informativi/formativi in collaborazione con l'Area Comunicazione/Prevenzione.
- Contribuisce alla diffusione del programma presso agenzie sanitarie sul territorio
- Gestisce rapporti professionali con consulenti esterni su indicazione della Direzione Clinica.
- Collabora all'organizzazione e gestione del call-center e sito web del Programma Helper, concordando contenuti e modalità con Area Prevenzione/Comunicazione e Direzione Clinica.

SOCIETÀ COOPERATIVA SOCIALE CENTRO TORINESE DI SOLIDARIETÀ

Nel 1986 nasce l'Associazione Centro Torinese di Solidarietà, seguita pochi anni dopo dalla Cooperativa Centro Torinese di Solidarietà con lo scopo di sviluppare percorsi di trattamento semiresidenziali e residenziali per persone con problemi di dipendenza patologica sul modello della comunità terapeutica e di offrire un significativo sostegno alle famiglie.

Le strutture afferenti al Centro, un tempo Enti Ausiliari della Regione Piemonte, sono riconosciute come Strutture private accreditate per l'assistenza alle persone con problemi di dipendenza da sostanze e/o da comportamenti.

Da oltre vent'anni realizza programmi di trattamento orientati principalmente al modello di intervento della comunità terapeutica, formando i propri operatori presso agenzie specializzate e consulenti di rilevanza internazionale in questo ambito tra cui F.I.C.T. Federazione Italiana delle Comunità Terapeutiche, Scuola di Formazione "Casa del Sole" Ce.I.S. Centro Italiano di Solidarietà, Daytop Village (New York-USA), Stayn' Out Program (New York-USA).

I dati più significativi riguardanti l'attività sviluppata in oltre 20 anni sono:

- 5.000 utenti inseriti nei circuiti di comunità terapeutica e programmi specialistici;
- 2.600 utenti con programmi di trattamento ultimati;
- 600 utenti graduati;
- 10.000 familiari inseriti nei circuiti di sostegno.

Il Presidente don Paolo FINI è

- membro della Consulta Nazionale istituita presso la Presidenza del Consiglio dei Ministri Dipartimento per le Politiche Antidroga.

Il C.T.S. è:

- membro della World Federation Therapeutic Communities (W.F.T.C.)
- membro della Federazione Italiana delle Comunità Terapeutiche (F.I.C.T.)
- membro del Coordinamento Regionale Area Nord Ovest della F.I.C.T.
- membro del Coordinamento degli Enti Ausiliari della Regione Piemonte (Ce.A.Pi)
- già membro della Commissione Pubblico - Privato Sociale della Regione Piemonte Assessorato Sanità per gestione per la Valutazione dei progetti speciali sulle tossico/alcoldipendenze previsti Fondo Nazionale Lotta alla Droga D.P.R. 309/90
- membro della commissione Pubblico – Privato della Regione Piemonte per le problematiche HIV – AIDS
- promotore della nascita di programmi terapeutico – riabilitativi della Federazione F.I.C.T. per la cura, la riabilitazione ed il reinserimento di soggetti tossicodipendenti presso le città di Asti (Centro di Solidarietà L'Approdo), di Ivrea (Centro di Solidarietà L'Orizzonte) e di Aosta (Centro di Solidarietà Le Virage).
- già consulente della Casa Circondariale Lorusso e Cutugno di Torino, per la realizzazione del Programma Arcobaleno, primo programma terapeutico riabilitativo italiano per la cura, la riabilitazione ed il reinserimento sociale di soggetti tossicodipendenti detenuti.

Ruolo

Assume la Direzione del Programma e ne gestisce direttamente la fase residenziale.

Prevenzione

- Collabora all'elaborazione e realizzazione di Progetti e Piani di Prevenzione.

Formazione

- Partecipa all'elaborazione del piano di formazione con le direzioni del Programma.
- Cura la selezione del personale su indicazione della Direzione Clinica.
- Coordina i tirocini degli operatori.

Personale

- Cura l'organizzazione e gestione del personale impegnato nel programma di trattamento.
- Assume direttamente i componenti dell'equipe impegnati nella conduzione della Struttura residenziale di Programma Helper.

Amministrazione, Servizi, utenze

- Cura la gestione logistica della struttura residenziale.

Trattamento

- Realizza il piano di trattamento terapeutico, con particolare riguardo alle dimensioni educativa e assistenziale e alla gestione della residenzialità, coordinandosi con la Direzione Clinica per tutte le altre dimensioni cliniche del programma (psicoterapia, protocolli farmacologici).

ASSOCIAZIONE FAMIGLIE "LA SOLIDARIETÀ"

L'associazione Famiglie "La Solidarietà" è nata nel 1983 sull'esperienza di incontri e gruppi di aiuto tra genitori, familiari e persone significative di giovani in difficoltà per problemi di dipendenza da sostanze e/o da comportamenti.

L'associazione aderisce al Registro regionale delle Organizzazioni di Volontariato del Piemonte e al Registro delle Associazioni del Comune di Torino.

Con la costituzione in associazione l'ente ha realizzato un servizio di agevolatori-facilitatori di gruppo e un nucleo di volontari formandoli su tematiche legate al disagio e alle dipendenze.

Realizza in modo strutturato colloqui, gruppi di ascolto, e gestisce un servizio di volontariato per lo più a supporto delle comunità terapeutiche del Centro Torinese di Solidarietà.

Ruolo

- Accoglie e sostiene familiari e persone significative degli utenti.
- Reperisce i facilitatori dei gruppi di aiuto.
- Organizza i contenuti e il piano formativo per i facilitatori.
- Organizza e gestisce seminari informativi ed educativi sulla relazione di aiuto.
- Organizza e gestisce gruppi di auto-aiuto aperti ai familiari.
- Organizza il servizio di volontariato operante nelle varie fasi del Programma Helper.
- Partecipa alla formazione dei volontari, ai tirocini e alla formazione degli operatori.

Bibliografia

- Blachly PH, Disher W, Roduner G: Suicide by physicians. *Bull Suicidology* December 1968, pp 1-18
- Carmel S, Glick CS: Compassionate-emphatic physicians: personality traits and social-organizational factors that enhance or inhibit this behaviour pattern. *Soc Sci Med* 1996;43: 1253-1261
- Christensen JF, Levinson W, Dunn PM: Heart of darkness: the impact of perceived mistakes on physicians. *J Gen Intern Med* 1992; 7:424-431
- Clark DC, Salazar-Grueso E, Grabler P, et al: Predictions of depression during the first six months of internship. *Am J Psychiatry* 1984; 141:1905-1908
- Council on Scientific Affairs: Results and implications of the AMA-APA Physician Mortality Project, Stage II. *JAMA* 1987 ; 257:2949-2953
- Duffy JC: The emotional health of physicians. *Ann Intern Med* 1968; 69:1319-1322
- Everson RB, Fraumeni JF: Mortality among medical students and young physicians. *J Med Educ* 1975; 50: 809-811
- Frank E, Dingle AD: Self-reported depression and suicide attempts among U.S. women physicians. *Am J Psychiatry* 1999; 156:1887-1894
- Gabbard GO, Menninger RW: The psychology of postponement in the medical marriage. *JAMA* 1989;261:2378-2381
- Johnson CA, Johnson BE, Liese BS: Dual doctor marriages: career development. *Fam Med* 1992; 24:205-208
- Kirsling RA, Kochar MS: Suicide and the stress of residency training: a case report and review of the literature. *Psychol Rep* 1989; 64:951-959
- Martin AR: Stress in residency: a challenge to personal growth. *J Gen Intern Med* 1986; 1:252-257
- McCue JD: The effects of stress on physicians and their medical practice. *N Engl J Med* 1982; 306:458-463
- Miller JB: *Toward a new Psychology of women*. Boston , Beacon Press, 1976
New York Carol Publishing, 1996
- Novack DH, Suchman AL, Clark M. et al: Calibrating the physicians: personal awareness and effective patient care. *JAMA* 1997;278:502-509
- Novack DK, Epstein RM, Paulsen RH: Toward creating physicians-healers: fostering medical students' self awareness, personal growth, and well-being. *Acad med* 1999; 74:516-520
- O'Connor PG, Spickard A: Physician impairment by substance abuse. *Med Clin North Am* 1997 ; 81:1037-1052
- Pitts FN, Schuller AB, Rich CL, et al: Suicide among U.S. women physicians 1967-1972. *Am J Psychiatry* 1979;136: 694-696
- Reuben DB: Psychologic effects of residency. *South Med J* 1983; 76:380-383
- Rich CL, Pitts FN: Suicide by psychiatrists: a study of medical specialists among 18, 730 consecutive physician deaths during a five-years period, 1967 -72. *J Clin Psychiatry* 1980; 41:261 -263

Rosemberg HM, Burnett C, Maurer J, et al: Mortality by occupation, industry and cause of death: 12 reporting states, 1984. Monthly vital Statistics Report, Centers for Disease control and Prevention 1993; 42: 1-64

Samkoff JS, Hockenberry S, Simon LJ, et al: Mortality of young physicians in the United States, 1980-1988. Acad Med 1995; 70:242-244

Sotile WM, Sotile MO: The medical Marriage: A Couple's Survival guide.

Vaillant GE, Sobowale NC, McArthur C: Some psychological vulnerabilities of physicians. N Engl J Med 1972 ; 287 :372-375

Valko RJ, Clayton PJ,: Depression in the intership. Dis Nerv Syst 1975; 36:26-

Welner A, Marten S, Wochnick E, et al: Psychiatric disorders among professional women. Arch Gen Psychiatry 1979; 36:169-173

ALLEGATI

- **DETERMINAZIONE N. 28 DEL 15.01.2013**
- **NOTA ORDINE DEI MEDICI CHIRURGHI E ODONTOIATRI DELLA PROVINCIA DI TORINO DEL 10.06.2013**
- **D.G.R. N. 16-6182 DEL 29.07.2013**



Direzione SANITA'

DETERMINAZIONE NUMERO: 28

DEL: 15 GEN. 2013

Codice Direzione: DB2000

Codice Settore:

Legislatura: 9

Anno: 2013

Oggetto

Istituzione di un Gruppo di Lavoro per la stesura di una proposta progettuale da sottoporre alla Giunta Regionale inerente la realizzazione di una comunità terapeutica indirizzata al personale sanitario affetto da patologie quali burn-out, demotivazioni, dipendenze patologiche, disturbi del comportamento.

Premessa:

Nel Piano Socio Sanitario 2012-2015 della Regione Piemonte si individuano fra i maggiori problemi di salute la Salute mentale e le Dipendenze patologiche, ovvero l'abuso di alcol e le tossicodipendenze.

Infatti, da quanto si evince dal PSSR 2012-2015 depressione e schizofrenia, insieme al disturbo da abuso di alcol, sono le patologie a maggior impatto, a livello mondiale, sul piano del "Global Burden of Disease" in termini di anni vissuti con disabilità. Questo è ancora più evidente se si restringe l'analisi all'Europa.

Nello specifico, dai dati disponibili, risulta che ogni anno sono ricoverati in Piemonte con una diagnosi di disturbo psichico circa 8.500 soggetti, per un totale di oltre 20.000 ricoveri.

Nell'arco di un anno, più di 260.000 soggetti hanno avuto almeno una prescrizione di antidepressivi per un totale di circa 1.800.000 prescrizioni.

Per quanto riguarda i suicidi il Piemonte è una delle regioni italiane con i valori più elevati. Ogni anno si registrano circa 400 suicidi, con un rapporto uomini/donne di 3 a 1.

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).

Con la D.G.R. n. 27-4183 del 23.07.12 è stato approvato il Piano di Azione Regionale delle Dipendenze (P.A.R.D.) che mette in risalto la diagnosi e l'intervento precoce nell'ambito delle patologie da dipendenza, ponendo l'enfasi verso strategie a carattere riabilitativo anziché repressivo-punitivo.

Pertanto, la proposta progettuale da sviluppare attraverso il Gruppo di lavoro di seguito menzionato si basa su un programma di cura per il personale sanitario, affetto da patologie sviluppatesi soprattutto a causa della peculiarità della professione. Infatti dai dati della letteratura scientifica, soprattutto nordamericana, si evince che patologie di tipo psichiatrico e/o di dipendenza sono significativamente più alte rispetto ad altre professioni. La proposta progettuale è pertanto orientata a prendersi cura del curante che, paradossalmente, per come sono organizzati i servizi attuali, tende ad emarginare questi professionisti per almeno due ragioni:

- le strutture sanitarie attuali sono realtà alle quali il medico con questo tipo di patologie non osa rivolgersi, soprattutto all'esordio della malattia, nel timore di essere riconosciuto ed incorrere nelle prevedibili ripercussioni lavorative;
- in relazione alle dinamiche di cui al punto precedente i professionisti in questione intraprendono il cammino dell'automedicazione, determinando quasi inevitabilmente un'evoluzione clinica negativa.

Da un punto di vista di analisi di tipo epidemiologico nel nostro Paese non si dispone di dati specifici su questo tipo di problema. Secondo i dati dell'ordine dei Medici di Barcellona per la creazione del programma di assistenza per medici malati (PAIME), si considera che il 12% dei circa 30.000 medici della regione, durante tutta la sua vita professionale, soffrirà di questo tipo di malattie. In Italia, dove i medici sono circa 370.000 il 12% significherebbe oltre 40.000 casi. L'esperienza spagnola mette in risalto come la partecipazione ai programmi di recupero ottiene un successo superiore al 75% rispetto a quanto si ottiene con altre categorie trattate, dove il numero dei successi non supera il 50%. In Spagna, poi, il 72% dei medici che hanno usufruito del sostegno dopo 5 anni continua a esercitare la professione, con un sicuro vantaggio per la società e per i pazienti.

Recentemente, con la D.G.R. n. 21-4814 del 22.10.2012, sono state approvate le Linee di Indirizzo per la verifica del divieto di assunzione e di somministrazione di bevande alcoliche e superalcoliche e per la verifica di assenza di condizioni di alcol dipendenza nelle attività lavorative che comportano un elevato rischio di infortuni sul lavoro. Tra le mansioni a rischio di cui all'Allegato 1 dell'Intesa, approvata dalla Conferenza Permanente Stato-Regioni del 16 marzo 2006, ci sono le professioni sanitarie.

Accanto alle attuali normative, nazionali e regionali, orientate alla verifica/repressione dei comportamenti a rischio occorre avviare politiche di natura squisitamente terapeutico-riabilitative. La presente proposta progettuale si rivolge a medici generici, specialisti, liberi professionisti, infermieri e, più in generale, a dipendenti del S.S.R. affetti da quel tipo di patologie summenzionate. Si rivolge, inoltre, a familiari e/o persone significative legate ai pazienti verso le quali offrire uno specifico percorso di sostegno.

Per quanto sopraesposto viene istituito il Gruppo di lavoro regionale con l'obiettivo di predisporre la stesura di una proposta progettuale da sottoporre alla Giunta Regionale inerente la realizzazione di una comunità terapeutica indirizzata al personale sanitario affetto da patologie quali burn-out, demotivazioni, dipendenze patologiche, disturbi del comportamento.

I componenti del gruppo regionale individuati sono:

- Dott. Augusto Consoli (ASL TO2);
- Dott. Maurizio Dall'Acqua (ASL TO2);
- Dott. Silvio Falco (A.O. Città della Salute e della Scienza di Torino);
- Dott. Paolo Fini (Soc. Coop. Sociale Centro Torinese di Solidarietà ONLUS);
- Dott.ssa Lorena Fortin (Soc. Coop. Sociale Centro Torinese di Solidarietà ONLUS);
- Prof. Pier Maria Furlan (A.O.U. S. Luigi Gonzaga di Orbassano);
- Prof. Franco Merletti (A.O. Città della Salute e della Scienza di Torino);
- Dott.ssa Paola Mora (Centro di Formazione Albert Schweitzer);
- Dott. Rocco Luigi Picci (A.O.U. S. Luigi Gonzaga di Orbassano);
- Dott. Mario Rizzetto (A.O. Città della Salute e della Scienza di Torino);
- Dott. Scarzella Giuseppe (Soc. Coop. Sociale Centro Torinese di Solidarietà ONLUS);

Il Gruppo sarà coordinato e coadiuvato dal Dott. Gaetano Manna (Funzionario regionale referente dell'area delle dipendenze) del Settore Organizzazione dei Servizi Sanitari Ospedalieri e Territoriali.

Tutto ciò premesso,

IL DIRETTORE

Visto il Testo aggiornato del TU 309 del 1990 pubblicato sul Supplemento Ordinario

Vista la D.C.R. n. 167-14087 del 03.04.2012

Vista la D.G.R. n. 27-4183 del 23.07.12

Vista la D.G.R. n. 2-4474 del 6.08.2012

Vista la D.G.R. n. 21-4814 del 22.10.2012

DETERMINA

di approvare:

- l'individuazione dei componenti del Gruppo di lavoro e, nello specifico:

- Dott. Augusto Consoli (ASL TO2);
- Dott. Maurizio Dall'Acqua (ASL TO2);
- Dott. Silvio Falco (A.O. Città della Salute e della Scienza di Torino);
- Dott. Paolo Fini (Soc. Coop. Sociale Centro Torinese di Solidarietà ONLUS);
- Dott.ssa Lorena Fortin (Soc. Coop. Sociale Centro Torinese di Solidarietà ONLUS);
- Prof. Pier Maria Furlan (A.O.U. S. Luigi Gonzaga di Orbassano);
- Prof. Franco Merletti (A.O. Città della Salute e della Scienza di Torino);
- Dott.ssa Paola Mora (Centro di Formazione Albert Schweitzer);
- Dott. Rocco Luigi Picci (A.O.U. S. Luigi Gonzaga di Orbassano);
- Dott. Mario Rizzetto (A.O. Città della Salute e della Scienza di Torino);
- Dott. Scarzella Giuseppe (Soc. Coop. Sociale Centro Torinese di Solidarietà ONLUS);

- che il Gruppo sarà coordinato e coadiuvato dal Dott. Gaetano Manna (Funzionario regionale referente dell'area delle dipendenze) del Settore Organizzazione dei Servizi Sanitari Ospedalieri e Territoriali;

- che il Gruppo di lavoro summenzionato predisponga la stesura di una proposta progettuale da sottoporre alla Giunta Regionale inerente la realizzazione di una comunità terapeutica indirizzata al personale sanitario affetto da patologie quali burn-out, demotivazioni, dipendenze patologiche, disturbi del comportamento entro la data del 30 giugno 2013;

- che le attività del gruppo non comportano oneri a carico del Bilancio regionale.

Contro la presente Determinazione è ammesso il ricorso al T.A.R. entro 60 giorni, ovvero ricorso straordinario al Capo di Stato entro 120 giorni, dalla notificazione o dall'intervenuta piena conoscenza.

IL DIRETTORE REGIONALE
Dott. Sergio MORGAGNI



**ORDINE PROVINCIALE DEI MEDICI CHIRURGI
E DEGLI ODONTOIATRI DI TORINO**

C.so Francia 8 - 10143 Torino - Tel: 011.58.15.111 Fax: 011.50.53.23
Web: www.omceo.to.it
email: segreteria.amministrativa@omceo.to.it

Prot. n.424

Torino li, 10/6/2013

Ala
REGIONE PIEMONTE
Direzione Sanità

mariatrumbatore@regione.piemonte.it

Oggetto: Richiesta di parere per la realizzazione di un programma terapeutico ambulatoriale, semiresidenziale e residenziale, denominato "Progetto Helper".
Vs prot.14312/DB2016 del 31/05/2013.

In riscontro alla richiesta in oggetto, l'Ordine scrivente che da tempo ha in evidenza la problematica, condivide l'iniziativa promossa da codesta Direzione ringraziando per il coinvolgimento in un progetto condiviso.

Per consentire una più diretta presenza, è stata delegata a prendere parte al Tavolo di Lavoro Regionale la Consigliera dell'Ordine Dr.ssa Borsatti Tiziana.

Auspucando che la apprezzata iniziativa possa ottenere concreta realizzazione si rimane a disposizione.

Distinti saluti.

IL PRESIDENTE DELL'ORDINE
(Dott. Amedeo Bianco)
Firmata in originale

R.L.



GIUNTA REGIONALE

Verbale n. 211

Adunanza 29 luglio 2013

L'anno duemilatrecento il giorno 29 del mese di luglio alle ore 11:40 in Torino presso la Sede della Regione, Piazza Castello n.165, nella apposita sala delle adunanze di Giunta, si è riunita la Giunta Regionale con l'intervento di ~~Roberto COTA~~ Presidente, ~~Gilberto PICCHETTO FRATIN~~ Vicepresidente e degli Assessori ~~Barbara BONINO~~, ~~Ugo CAVALLERA~~, ~~Michele COPPOLA~~, ~~Riccardo MOLINARI~~, ~~Giovanna QUAGLIA~~, ~~Roberto RAVELLO~~, ~~Claudio SACCHETTO~~, ~~Alberto CIRIO~~, ~~Agostino GHIGLIA~~, ~~Claudia PORCHIETTO~~, ~~Gian Luca VIGNALE~~, con l'assistenza di ~~Guido ODICINO~~ nelle funzioni di Segretario Verbalizzante.

Sono assenti il Presidente ~~COTA~~ e gli Assessori: ~~CIRIO~~, ~~GHIGLIA~~, ~~PORCHIETTO~~, ~~VIGNALE~~

(Omissis)

D.G.R. n. 16 - 6182

OGGETTO:

Progetto inerente la realizzazione di un programma terapeutico ambulatoriale, semiresidenziale e residenziale, denominato "Progetto Helper" e indirizzato al personale medico e sanitario affetto da uso problematico di sostanze e dipendenza patologica, anche connessa a quadri di burn-out, disturbi del comportamento e altre forme di comorbidità.

A relazione dell' Assessore CAVALLERA:

Premessa:

Nel Piano Socio Sanitario 2012-2015 della Regione Piemonte si individuano fra i "Maggiori Problemi di Salute" la Dipendenza patologica e la Salute mentale.

Infatti, depressione e schizofrenia, insieme al disturbo da abuso di alcol, sono le patologie a maggior impatto, a livello mondiale, sul piano del "Global Burden of Disease" in termini di mortalità e anni vissuti con disabilità. Questo è ancora più evidente se si restringe l'analisi all'Europa.

Nel 2010 sono stati trattati presso i Dipartimenti per le Dipendenze piemontesi circa 16.000 soggetti per dipendenza da sostanze e da comportamenti (il 68% per eroina e il 13% per cocaina) e circa 7.000 per problemi alcol correlati.

La politica sanitaria della Regione Piemonte sulle dipendenze, che si riconosce nelle strategie generali definite dall'Unione Europea e nel Piano di Azione Nazionale sulla droga 2010-2013, contempla, tra i principi ispiratori, l'importanza della cura improntata al massimo recupero della persona verso una condizione libera dalle dipendenze. Tali strategie evidenziano sia la necessità che i trattamenti orientati alla stabilizzazione e prevenzione delle patologie correlate siano sempre collocati in un progetto terapeutico evolutivo sia l'importanza di 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 e l'Internet addiction.

Soprattutto nell'ultimo decennio, numerosi studi hanno sottolineato la significativa associazione tra abuso di sostanze e disturbi psichici. Si tratta di quadri caratterizzati, dal punto di vista clinico, da una più grave sintomatologia all'esordio, un decorso più grave, un più frequente ricorso ai servizi, ma con una elevata problematicità nell'adesione e nella risposta ai trattamenti e conseguenti maggiori costi assistenziali.

All'interno della più generale configurazione del fenomeno è importante rilevare come tale problematica si profila nella popolazione costituita da operatori sanitari. Infatti, dai dati della letteratura scientifica, soprattutto nordamericana, si evince che patologie di tipo psichiatrico e/o di dipendenza sono significativamente più frequenti nei sanitari rispetto ad altre professioni. Peraltro questi professionisti hanno spesso difficoltà a rivolgersi ai servizi all'esordio della malattia per scarsa o tardiva consapevolezza del problema, per il timore di essere riconosciuti e di incorrere in ripercussioni lavorative e intraprendono, non raramente, il cammino dell'automedicazione che può condizionare negativamente l'evoluzione clinica.

Dal punto di vista epidemiologico in Italia non si dispone di dati specifici su questo tipo di problema. L'Ordine dei Medici di Barcellona dove è attivo il Programma di Assistenza per Medici Malati (PAIME), considera che il 12% dei circa 30.000 medici della regione, durante la vita professionale, soffre di questo tipo di malattia. In Italia, dove i medici sono circa 370.000, il 12% corrisponderebbe a circa quarantaquattromila casi.

L'esperienza statunitense mette in risalto come la partecipazione ai programmi di recupero specifici (Talbot Recovery Campus) comporti un successo medio del 75% nelle professioni mediche rispetto al 50% delle altre categorie professionali trattate. In Spagna (PAIME), dopo 5 anni, il 72% dei medici che hanno usufruito del sostegno continua a esercitare la professione, con un sicuro vantaggio per la società e per i pazienti.

Recentemente in Italia, con la D.G.R. n. 21-4814 del 22.10.2012, sono state approvate le Linee di Indirizzo per la verifica del divieto di assunzione e di somministrazione di bevande alcoliche e superalcoliche e per la verifica di assenza di condizioni di alcol dipendenza nelle attività lavorative che comportano un elevato rischio di infortuni sul lavoro. Tra le mansioni a rischio di cui all'Allegato 1 dell'Intesa, approvata dalla Conferenza Permanente Stato-Regioni del 16 marzo 2006, ci sono le professioni sanitarie.

Dal punto di vista normativo, con la D.G.R. n. 27-4183 del 23.07.12 è stato approvato il Piano di Azione Regionale delle Dipendenze (P.A.R.D. 2012-2016) che mette in risalto l'importanza della diagnosi e dell'intervento precoce nell'ambito delle patologie da dipendenza, ponendo l'enfasi verso strategie a carattere riabilitativo anziché repressivo-punitivo.

Con la D.G.R. n. 12-5525 del 14.3.2013 è stata ribadita la necessità di avviare le "Sperimentazioni" di cui all'art. 9-quinquies della D.G.R. n. 81-12251 del 28.09.2009 e s.m.i. nell'area dei servizi delle Dipendenze. Il presente progetto, inizialmente studiato, elaborato e proposto dalla Società Cooperativa Sociale "Centro Torinese di Solidarietà" ONLUS (Ente Accreditato con D.G.R. n. 96-13036 del 30.12.2009 e s.m.i.), rientra nelle sperimentazioni di cui sopra per la peculiarità delle caratteristiche esplicitate nell'Allegato, parte integrante e sostanziale del presente provvedimento. Tuttavia detta sperimentazione non contempla l'utilizzo dei fondi di cui all'Allegato "3" della D.G.R. sopramenzionata.

Nello specifico la sperimentazione summenzionata, di cui all'art. 9-quinquies della D.G.R. n. 81-12251 del 28.09.2009, stabilisce che: "...Onde permettere maggiore flessibilità nell'autorizzare nuove strutture, per cercare di ridurre al minimo i tempi di realizzazione di quegli strumenti specifici, adatti di volta in volta a contrastare le varie e sempre mutevoli forme di dipendenza patologica, è prevista la sperimentazione di nuove tipologie di servizi, sia di tipo residenziale che semiresidenziale. ... La durata della sperimentazione sarà di anni uno. Tutti i soggetti contemplati dalla normativa, sia regionale che nazionale, possono richiedere l'avvio di un progetto sperimentale. La richiesta dovrà essere trasmessa alla Direzione Regionale Sanità e

al Presidente della Commissione di Vigilanza dell'ASL territorialmente competente. La valutazione di congruità alla programmazione regionale dovrà essere formalizzata con apposita determinazione dirigenziale, e si potrà avvalere del parere degli organismi tecnici competenti in materia di patologie della dipendenza. I pareri dei succitati Gruppi non sono vincolanti. La valutazione della sperimentazione sarà affidata agli Uffici regionali, supportati dall'Osservatorio Regionale delle Dipendenze ... La valutazione dovrà altresì verificare, prima dell'avvio della fase di sperimentazione, la copertura finanziaria dei costi inerenti il progetto. Solo i soggetti pubblici e/o i soggetti accreditati sono abilitati ad effettuare la sperimentazione".

Rispetto a quanto previsto dalla normativa sopra richiamata, considerato l'interesse regionale al "Progetto Helper", con D.D n. 28 del 15.1.2013 è stato istituito un Gruppo di Lavoro con l'obiettivo di redigere un progetto di massima ispirato alle motivazioni riportate in premessa. Datto progetto di massima sarà ulteriormente sviluppato e dettagliato in un progetto esecutivo, di seguito approvato con D.D. Il progetto esecutivo dovrà esplicitamente riportare il Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale (PDTA), le procedure di presa in carico dei pazienti e i relativi costi che i medesimi dovranno sostenere. Il "Progetto Helper" non prevede compartecipazione finanziaria da parte della Regione.

La struttura che ospiterà il programma riabilitativo, prima di avviare qualsivoglia attività, dovrà essere autorizzata al funzionamento così come previsto dal D.Lgs 502 del 1992 e s.m.i. e dall'art. 2 dell'Allegato alla D.G.R. n. 61-12251 del 28.09.2009.

Pertanto, all'interno delle suddette normative nazionali e regionali, orientate alla verifica/repressione dei comportamenti a rischio e alla estensione di interventi di prevenzione e cura, occorre sviluppare politiche di natura terapeutico-riabilitativa rivolte a specifiche problematiche e popolazioni a rischio. La presente proposta progettuale, perfezionata dal Gruppo regionale istituito con DD n. n. 28 del 15.1.2013 e denominata "Progetto Helper", parte integrante e sostanziale allegata al presente provvedimento, si rivolge al personale medico e sanitario affetto dalle patologie sopra menzionate. Il programma offre anche uno specifico percorso di sostegno ai familiari e alle persone significative per il paziente.

Per quanto sopra esposto, tenuto conto del parere favorevole dell'Ordine Provinciale dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri di Torino con nota prot. n. 424 del 10.06.2013, si ritiene necessario proporre di realizzare il progetto definitivo che sviluppi il programma terapeutico ambulatoriale, semiresidenziale e residenziale denominato "Progetto Helper".

I componenti del Gruppo regionale individuato con D.D n. 28 del 15.1.2013 avranno anche l'incarico di comitato scientifico del progetto, in considerazione della specifiche professionalità coinvolte.

Si propone pertanto di demandare alla Direzione Regionale Sanità il compito di realizzare, valutare e approvare il progetto definitivo con successiva Determinazione Direttoriale entro ottobre 2013 e di utilizzare, una volta approvato, i canali istituzionali, regionali e nazionali, attraverso i quali pubblicizzare e avviare il progetto medesimo. Con il medesimo atto si potranno eventualmente ridefinire i componenti del Gruppo regionale di cui sopra.

Visto il TU 309 del 1990 e s.m.i.;

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

vista la D.G.R. n. 27-4183 del 23.07.12;

vista la D.G.R. n. 2-4474 del 6.08.2012;

vista la D.G.R. n. 21-4814 del 22.10.2012;

vista la D.G.R. n. 12 - 5525 del 14.3.2013;

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

delibera

di approvare:

- il progetto di massima, redatto dal Gruppo regionale istituito con D.D n. 28 del 15.1.2013, inerente il programma terapeutico, ambulatoriale semiresidenziale e residenziale, denominato "Progetto Helper", parte integrante e sostanziale del presente provvedimento;

- che con successiva Determinazione Direttoriale Sanità, entro il mese di ottobre 2013, si potrà eventualmente ridefinire il Gruppo regionale di cui sopra e si provvederà a realizzare, valutare e approvare il progetto definitivo che, per la peculiarità delle caratteristiche, rientra nelle sperimentazioni di cui all'art. 9-quinquies della D.G.R. 61/09 e s.m.i., così come dettagliatamente indicato in premessa. Il "Progetto Helper" non prevede compartecipazione finanziaria da parte della Regione e la struttura che ospiterà il programma riabilitativo, prima di avviare qualsivoglia attività, dovrà essere autorizzata al funzionamento così come previsto dal D.Lgs 502 del 1992 e s.m.i. e dall'art. 2 dell'Allegato alla D.G.R. n. 61-12251 del 28.09.2009;

- che i componenti del Gruppo regionale individuato con D.D n. 28 del 15.1.2013 e s.m.i. avranno anche l'incarico di comitato scientifico del progetto, in considerazione delle specifiche professionalità coinvolte.

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)

Il Vicepresidente
della Giunta Regionale
Gilberto PICHETTO FRATIN

Direzione Affari Istituzionali
e Avvocatura
Il funzionario verbalizzante
Guido ODICINO

Estratto dal libro verbali delle deliberazioni assunte dalla Giunta Regionale in adunanza 29 luglio 2013.

cr EA

Allegato "2"

A. COSTI GIÀ SOSTENUTI

Nel corso degli anni e prima dello start-up il Centro Torinese di Solidarietà ha già cofinanziato il progetto realizzando quanto segue:

• Ristrutturazione	€ 213.340,00
• Arredi	€ 20.708,00
	<hr/>
	€ 234.048,00

B. COSTO COMPLESSIVO A REGIME

COSTI PERCORSO AMBULATORIALE

Costo del Personale su base annua

n. 1 psicologo	€ 9.000,00
n. 1 medico (5 ore /sett.)	€ 5.000,00
n. 1 infermiere (5 ore/sett.)	€ 5.000,00
Psichiatra consulente (3 ore /sett.)	€ 9.000,00
Internista consulente (3 ore /sett.)	€ 9.000,00

TOT. € 37.000,00

COSTI PERCORSO RESIDENZIALE

Costo del Personale (su base annua)

Direttore di programma e di Struttura. Esperto full-time area pedagogica trattamenti Dipendenze (*)	€ 45.000,00
n. 3 Operatori full-time esperti in trattamenti residenziali per le dipendenze (€ 29.000,00 per operatore)	€ 87.000,00
n. 1 amministrativo (Full-time)	€ 29.000,00
servizio notturno passivo (volontari)	€ 5.000,00
Psichiatra (Consulente) (34 min. sett. x paz.; tar. € 70,00; 52 settimane)	€ 13.450,00
Psicoterapeuta (4° operatore full-time) (90 min. sett. x paz.)	€ 33.000,00
Medico alcolologo (Consulente) (50 min. sett. x paz. ; tar. € 70,00; 52 settimane)	€ 20.160,00
Infermiere (Consulente) (68 min. sett. x paz.; tar. € 30,00; 52 settimane)	€ 8.640,00
Psicologo Area Ricerca	€ 9.000,00

Tot. € 250.250,00

(*) Il Direttore clinico e il direttore di programma struttura comuni a tutte e due le fasi ambulatoriale e residenziale.

Costo di Servizi e Utenze (su base annua)

Spese di riscaldamento	€ 18.000,00
Pasti	€ 30.000,00
Energia elettrica e acqua potabile	€ 10.000,00
Assicurazioni	€ 10.000,00
Gestione Autovetture	€ 2.000,00
Manutenzioni - Gestione aree verdi – Tassa rifiuti	€ 10.000,00
Telefono/Reti	€ 3.000,00
Pulizie	€ 3.000,00
Farmaci	€ 5.000,00
Aggiornamento (D.lgs.vo 81/2008 e s.m.i.) Piano Privacy / (D.lgs.vo 196/2003 e s.m.i.)	€ 3.000,00

Tot. € 96,000,00

Riepilogo Punto B

Percorso Ambulatoriale (Personale)	37.000,00
Percorso Residenziale (Personale)	250.250,00
Percorso Residenziale (Servizi e Utenze)	96.000,00

TOT. € 383.250,00

C. BUDGET PER LA FASE DI START-UP

Il budget necessario per la fase di formazione iniziale riguarda l'acquisto di alcuni arredi ancora mancanti, il costo del personale e il costo della formazione (docenze). Esso si compone delle seguenti voci:

Arredi e Attrezzature

€ 20.000,00

Formazione

Personale in pianta organica da selezionare/formare

Costo Dir. Struttura 10 mesi
(9 mesi) € 37.500,00

Costo 1 impiegato amm.vo
(9 mesi) € 24.000,00

n. 1 operatore Centro Torinese di Solidarietà
Liv. D2 con esperienza Contr. Coop. Soc.
(8 mesi) € 24.750,00

n. 1 operatore Centro Torinese di Solidarietà
Liv. D2 con anzianità Contr. Coop. Soc.
(9 mesi) € 21.750,00

n. 1 psicoterapeuta neoassunto
Liv. D2 Contr. Coop. Soc.
(3 mesi) € 8.250,00

n. 1 operatore neoassunto
Liv. C3 (3 mesi) € 7.250,00

Docenze

n. 2 docenti Talbott Recovery Campus
(Atlanta - USA)
— Viaggio and./ritorno
— Permanenza
— Docenza 36 ore
— Traduzione € 15.000,00

n. 2 docenti PAIME di Barcelona (Spagna)
— Viaggio and./ritorno
— Permanenza
— Docenza 36 ore
— traduzione € 15.000,00

Tot. € 173.500,00

RIEPILOGO

Lo Start-Up è un percorso di sperimentazione comprendente le seguenti fasi:

- Prevenzione e Comunicazione
- Selezione e Formazione del personale

9 mesi

- Avvio Trattamenti (Ambulatoriale, Residenziale, After-care)
- Ricerca

12 mesi

- Completamento Arredi e attrezzature
- Personale in fase di formazione
- Docenze

€ 173.500,00

- Percorso Ambulatoriale a regime per 1 anno (personale)
- Percorso Residenziale a regime per 1 anno (personale)
- Servizi e Utenze

€ 383.250,00

Tot. € 556.750,00

La pubblicazione dei materiali e la loro diffusione saranno realizzati a cura della Regione Piemonte, avvalendosi altresì del supporto dell'Osservatorio Epidemiologico regionale delle Dipendenze del Piemonte (OED Piemonte) presso l'ASL TO 3 di Collegno (TO) per le analisi e valutazioni di tipo epidemiologico specificatamente di competenza.