

Deliberazione della Giunta Regionale 29 marzo 2019, n. 47-8658

D.G.R. n. 48-9094 del 1.7.2008 - Discipline dell'organizzazione dei Dipartimenti di Patologie delle Dipendenze (DPD) - Approvazione Linee di indirizzo per le attività dei Dipartimenti di Patologia delle Dipendenze (DPD) e conferma stanziamento annuale Budget regionale area dipendenze anni 2019-2021 con relativo riparto tra le AASSLL.

A relazione dell'Assessore Saitta:

Premesso che:

la D.G.R. n. 48-9094 del 1.7.2008, ad integrazione della D.G.R. n. 28-5020 del 28.12.2006, stabilisce l'organizzazione dei Dipartimenti "Patologia delle Dipendenze" (D.P.D.), riconoscendo che per l'espletamento delle loro attività di diagnosi e cura dei comportamenti da dipendenza, si avvalgono di:

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

la D.G.R. n. 61-12251 del 28.09.2009 ha individuato i nuovi standard (organizzativi e strutturali) delle strutture private di assistenza alle persone con problemi di dipendenza.

la D.G.R. n. 63-12253 del 28.09.2009 ha approvato i requisiti e procedure per l'accreditamento istituzionale delle strutture residenziali e semiresidenziali socio-sanitarie per le dipendenze patologiche.

la D.G.R. n. 4-13454 del 8.03.2010 ha approvato l'Accordo generale per l'anno 2010, con indicazioni riguardanti il successivo biennio (2011-2012), tra la Regione Piemonte e il CEAPI (Coordinamento Enti Ausiliari del Piemonte), in materia di prestazioni erogate a favore di soggetti affetti da uso problematico, abuso e dipendenza da sostanze psicoattive, legali e illegali, e/o da comportamenti additivi, e di soggetti affetti da HIV-AIDS. Col medesimo provvedimento è stata approvata la revisione tariffaria a decorrere dal 1.1.2010.

la D.G.R. n. 13-629 del 20.09.2010 ha approvato l'accreditamento definitivo delle strutture già attive nell'area delle dipendenze.

la D.G.R. n. 4-2205 del 22.06.2011 ha approvato le disposizioni in ordine alla stesura del Piano di Azione Regionale delle Dipendenze (PAR) anni 2011-2013.

la D.G.R. n. 4-2250 del 27.6.2011 ha approvato l'avvio delle procedure atte all'individuazione del fabbisogno/budget regionale di posti letto su tutte le tipologie di strutture nell'area delle dipendenze.

la D.G.R. n. 27-4183 del 23.7.2012 ha approvato il Piano di Azione Regionale sulle Dipendenze - PAR. Il provvedimento ribadisce l'importanza dell'organizzazione dipartimentale dei servizi per le dipendenze, individua gli obiettivi strategici regionali dei diversi Servizi per le Dipendenze (di seguito SS.CC. Ser.D.) rispetto ai quali si dovranno gradualmente orientare la programmazione e le azioni per il triennio 2012-2015, conferma il Piano Locale delle Dipendenze (PLD) come strumento atto alle politiche di programmazione aziendale e territoriale per le dipendenze.

la D.G.R. n. 12-5525 del 14.03.2013 ha individuato e approvato:

- l'Accordo generale per il biennio 2013-2014, tra la Regione Piemonte - Direzione Regionale Sanità e il CEAPI (Coordinamento Enti Ausiliari del Piemonte) - Allegato "1";
- lo schema di "Accordo contrattuale" tipo - Allegato "2";
- il budget annuo pari a Euro 31.069.052,54 per l'area delle Dipendenze patologiche per il biennio 2013-2014, da destinare annualmente ai diversi servizi dei Dipartimenti di Patologia delle Dipendenze (DPD) delle AA.SS.LL. - Allegato "3".

la D.G.R. n. 36-6239 del 2.08.2013 ha individuato e approvato il Fabbisogno regionale delle prestazioni residenziali e dei percorsi riabilitativi, ovvero l'insieme delle attività caratterizzate da prestazioni erogate dagli Enti Accreditati dell'area delle Dipendenze Patologiche, corrispondente al 70% circa delle risorse complessive potenzialmente disponibili offerte dal sistema regionale degli Enti Accreditati di cui sopra che, di fatto, garantiscono un'adeguata diversificazione delle attività caratterizzate da prestazioni da impiegare in funzione degli obiettivi strategici regionali. La restante parte delle prestazioni erogabili dagli enti accreditati consente di accogliere richieste provenienti da fuori Regione.

la D.G.R. n. 25-6992 del 30.12.2013 ha approvato i Programmi Operativi per il triennio 2013-2015. Con la nota del 20.10.2014 n. 0000186-P la Direzione Generale Programmazione Sanitaria prende atto dei contenuti di cui alla D.G.R. n. 36/2013 sopra indicata, dell'utilizzo integrale del budget regionale assegnato nel cui ambito sono previsti i Piani locali delle dipendenze, e della contestuale attività di valutazione e verifica effettuata dalla Direzione Regionale Sanità.

la D.G.R. n. 47-1700 del 06.07.2015 ha individuato il budget regionale per le attività dell'area delle Dipendenze Patologiche, da destinare ai DPD delle AA.SS.LL per il triennio 2015-2017, il cui importo complessivo vincolato ammonta a Euro 31.069.052,54 annuo confermando i criteri di utilizzo coma da precedente D.G.R. n. 36/2013.

la D.G.R. n. 29-4074 del 17.10.2016 approva, in attuazione alla D.G.R. n. 47-1700 del 06.07.2015:

- l'individuazione del Fabbisogno regionale per le attività dell'area delle Dipendenze Patologiche e l'assegnazione delle risorse per gli anni 2015-2017;
- lo schema di Accordo generale 2015-2017 tra Regione Piemonte - Direzione Regionale Sanità - e CEAPI (Coordinamento Enti Accreditati del Piemonte).

la D.G.R. 28-4199 del 14.11.2016 individua gli Enti accreditati e il fabbisogno di giornate potenzialmente erogabili per l'area delle dipendenze, con revoca e sostituzione degli Allegati 4A e 4B della pregressa D.G.R. n. 36-6239 del 2.08.2013

Tenuto conto che:

- dai dati della Relazione al Parlamento del 2016 si evidenzia come il fenomeno delle dipendenze ha assunto una complessità crescente per la popolazione, sia rispetto alla quantità, pericolosità e modalità di diffusione delle sostanze sia a fronte dell'incremento di problematiche emergenti come le dipendenze senza sostanza tra cui, in particolare, il gioco d'azzardo, il cui trattamento è riconosciuto negli attuali Livelli Essenziali di Assistenza.

- la complessità e mutevolezza del fenomeno ha determinato una domanda di trattamento che si è profondamente modificata negli anni, anche con riferimento all'ampliamento delle fasce di età, delle tipologie dei consumatori e dei comportamenti a rischio, nonché delle molteplici ricadute sul piano clinico e sociale in primis, ma anche su quello medico-legale, amministrativo, giudiziario, ecc.

Constatato altresì che:

- l'organizzazione dei servizi per le dipendenze è ancorata ad un sistema di funzionamento multidisciplinare, dai contenuti di elevata competenza e professionalità, dalla capacità di lavorare in équipe trattamentali multiprofessionali ed in reti intersistemiche, nonché dalla capacità di un continuo aggiornamento e rimodulazione dell'agire professionale.

- la necessità di avviare percorsi terapeutici e profili di cura, incardinati al modello dell'intensità di cure e complessità assistenziale, con la contestuale rivisitazione delle tipologie prestazionali di cui alla D.G.R. n. 61-12251 del 28.09.2009 e s.m.i. e che gli obiettivi prioritari dei percorsi di cura sono:

- coordinare e integrare i professionisti e i servizi nella risposta ai bisogni di assistenza;
- identificare correttamente le risorse necessarie per ottenere specifici risultati;
- consentire la valutazione professionale e la misurabilità dell'offerta di assistenza;

- aumentare la visibilità e la qualità della rendicontazione verso l'esterno (altri servizi, acquirenti, cittadini stessi) delle scelte, dei processi e degli esiti del lavoro svolto.
- Ritenuto opportuno procedere alla stesura di Linee di indirizzo per i Dipartimenti di Patologia delle Dipendenze finalizzate ad ottimizzare le risorse disponibili, adeguando la capacità di risposte assistenziali ai complessi e mutevoli bisogni presenti nel settore delle dipendenze, anche attraverso una significativa trasformazione ed innovazione delle tipologie di servizi attualmente esistenti nel sistema regionale delle Dipendenze patologiche onde permettere:
- maggiore appropriatezza degli interventi;
 - maggiore contenimento dei costi in rapporto ad un incremento dell'offerta di servizi e delle attività terapeutico-riabilitative;
 - maggiore differenziazione delle tipologie di prestazioni e di articolazioni per intensità assistenziale.

Quanto sopra menzionato è necessario per:

- ottimizzare risorse (che si sono negli anni progressivamente ridotte) per fronteggiare compiutamente un fenomeno crescente, sempre più complesso e diversificato ("new drugs", dipendenze senza sostanze, ecc.), in un contesto normativo con varie criticità e con una molteplicità di attori coinvolti. Si segnalano, tra le altre, le aree del gioco d'azzardo patologico, dell'alcol e patologie alcol-correlate, dell'Aids e delle patologie infettive correlate e del tabagismo;
- migliorare la rete dei servizi per far sì che l'utente sia inteso sempre più come elemento centrale all'interno di un percorso assistenziale che prevede la stretta collaborazione di servizi diversi;
- favorire una maggiore integrazione con DSM, NPI, Servizi autonomi di Psicologia e altri servizi ospedalieri e territoriali (es. MMG);
- valorizzare le professionalità presenti investendo sul piano culturale e metodologico in un contesto che mostra varie criticità, anche perché ancorato a modelli in parte superati;
- ridurre, attraverso una migliore sinergia tra servizi, le difficoltà degli stessi nell'intercettare i soggetti problematici;
- investire maggiormente su politiche di prevenzione, di riduzione del danno e di inclusione sociale;
- offrire nuove opportunità per la formazione continua degli operatori specie attraverso l'implementazione di un sistema formativo regionale;
- strutturare, con riguardo alla recente riforma in materia di responsabilità professionale degli esercenti le professioni sanitarie, percorsi di prevenzione e gestione del rischio clinico contribuendo alla costruzione/diffusione di linee guida e buone pratiche clinico-assistenziali in una logica di appropriatezza e sicurezza delle cure come parte costitutiva del diritto alla salute da perseguire nell'interesse del singolo e della collettività;
- ridefinire gli standard strutturali ed organizzativi dei servizi residenziali, semiresidenziali, domiciliari, ambulatoriali e il sistema di tariffazione;
- realizzare l'obiettivo dell'accreditamento dei Ser.D;
- perfezionare, entro il corrente anno, il nuovo sistema informativo regionale.

Vista altresì l'esigenza di garantire una più omogenea governabilità dei servizi nei diversi territori, ridefinendo un' adeguata conformazione e operatività degli stessi per fare fronte ai bisogni diversificati ed emergenti della popolazione e per accrescere l'efficienza, il loro maggior coordinamento e integrazione, tenuto conto che tale sinergia tra le diverse e complesse realtà territoriali può essere realizzata anche attraverso l'istituzione, ove utili ma non già costituiti, di Dipartimenti interaziendali.

Analizzata la composizione dei territori che presentano al momento attuale un' elevata difformità nel rapporto tra i principali parametri (popolazione residente, estensione e complessità territoriale, numero di operatori, numero di sedi operative sul territorio, complessità del fenomeno, incidenza e numero di utenti in carico, forte disomogeneità nel rapporto utenti/operatori) da tenere in conto per

dimensionare il numero di Strutture e di Dipartimenti necessari per una corretta gestione dei Servizi.

Visto che, sulla base di questi parametri, è possibile per le varie AA.SS.LL. modulare/rafforzare il numero di Strutture e di Dipartimenti attraverso la verifica delle necessità intercorrenti e delle complessità locali per singole ASL.

Tenuto conto che nella definizione delle funzioni delle Strutture complesse il compito principale di presidiare e governare le esigenze territoriali di offerta di servizi può essere integrato, all'interno del Dipartimento, con lo svolgimento di alcune funzioni differenziate, offrendo interventi specialistici elettivi anche di carattere dipartimentale e interaziendale, ove le condizioni e la complessità del territorio lo consentano.

Preso atto della Deliberazione del Direttore Generale dell'ASL di Novara n. 447 del 27.12.2016 che stabilisce, in attuazione dell'atto aziendale, l'attivazione del Dipartimento "Patologia delle Dipendenze" - Interaziendale Strutturale - comprendente le AA.SS.LL. NO-BI-VC-VCO.

Preso altresì atto della Deliberazione del Direttore Generale dell'ASL di Asti n. 105 del 05/09/2017 e della Delibera del Direttore Generale dell'ASL di Alessandria n. 897 del 12/12/2017 propedeutiche al costituendo D.P.D. Interaziendale AL-AT

Ritenuto opportuno mantenere inalterato il budget di Euro 31.069.052,54, approvato con D.G.R. n. 47-1700 del 06.07.2015 e D.G.R. n. 29-4074 del 17.10.2016, anche per il triennio 2019, 2020 e 2021, finalizzato a diversificare e migliorare ulteriormente l'appropriatezza degli interventi verso le persone con problemi di dipendenza patologica.

Considerato che la D.G.R. n. 47-1700 del 6.7.2015 ha individuato e approvato il budget regionale per le attività dell'area delle Dipendenze Patologiche pari a Euro 31.069.052,54 annuo, per il triennio 2015-2017. Nel medesimo provvedimento sono ricomprese le risorse facenti parte del cosiddetto "fondo perequativo" pari a euro 266.035,79 finalizzate ad incrementare il budget dei DPD delle ASL TO3 (Collegno e Pinerolo), AT (Asti), VC (Vercelli) e NO (Novara), come di seguito riportato:

- DPD ASL TO3: per un importo pari a € 143.978,84
- DPD ASL VC: per un importo pari a € 41.932,62
- DPD ASL AT: per un importo pari a € 50.124,33
- DPD ASL NO: per un importo pari a € 30.000,00

L'analisi e la susseguente valutazione delle somme da destinare per il triennio 2019-21 stabilisce lo stesso incremento delle risorse da stanziare ai DPD sopra menzionati. L'incremento quantificato pari a euro 266.035,79 conferma che alcuni DPD siano tutt'ora penalizzati dal punto di vista del budget assegnato loro storicamente. Detto incremento verte sui seguenti fattori analizzati:

- rapporto spesa pro-capite e popolazione residente 15-64 anni;
- rapporto spesa pro-capite e pazienti in carico;
- effettive capacità di spesa aggiuntiva dei singoli DPD destinatari delle risorse.

Le analisi e le valutazioni sono state effettuate dagli uffici della Direzione Regionale Sanità con il supporto dell'Osservatorio Epidemiologico delle Dipendenze dell'ASL TO3. Le risultanze di queste valutazioni, da applicare in questa fase per il triennio 2019-21, sono state discusse e condivise con i Direttori dei summenzionati DPD all'interno del Gruppo Tecnico Regionale delle Dipendenze, istituito con DD n. 413 del 22.6.2017. I documenti che contengono le analisi e le valutazioni di cui sopra sono agli atti presso gli uffici della Direzione Regionale Sanità.

Constatata l'esigenza di contrastare, con nuove modalità di intervento per le quali saranno destinati fondi aggiuntivi le problematiche inerenti il fenomeno del Disturbo da Gioco d'Azzardo (DGA), così come specificato dalla Legge 23 dicembre 2014, n. 190 (Legge di Stabilità per il 2015) e s.m.i., dalla Legge regionale n. 9 del 2 maggio 2016 e dal DPCM del 12 gennaio 2017 (Definizione e aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza);

Appurato che con il DPCM del 2017 sopra menzionato sono stati individuati gli interventi di riduzione del danno, interventi ampiamente utilizzati nell'ambito della prevenzione e contrasto ai fenomeni di dipendenza per i quali sarà adottato specifico provvedimento.

Considerato altresì opportuno consolidare la riqualificazione e la riorganizzazione dei Servizi residenziali e semiresidenziali prevista dai summenzionati atti della programmazione sanitaria regionale, anche attraverso lo schema di Accordo generale 2015-2017 tra Regione Piemonte - Direzione Regionale Sanità - e CEAPI (Coordinamento Enti Accreditati del Piemonte) in materia di prestazioni erogate a favore di soggetti affetti da uso problematico, abuso e dipendenza da sostanze psicoattive, legali e illegali, e/o da comportamenti additivi, nonché di soggetti affetti da HIV-AIDS (con problemi di dipendenza attiva) approvato con la D.G.R. n. 29-4074 del 17.10.2016. Constatato che con D.G.R. n. 23-8257 del 27.12.2018 di assegnazione delle risorse al S.S.R., Tabella B/2 – 2° livello: Assistenza Distrettuale sono stanziare risorse per le dipendenze patologiche (euro 84.500.000) e per la dipendenza gioco d'azzardo (euro 3.701.686) per un importo complessivo pari a euro 88.201.686. Il budget annuale di cui all'Allegato "2" è quota parte dello stanziamento della D.G.R. n. 23-8257 sopra menzionata in quanto attività previste dai LEA.

Alla luce di quanto sopra menzionato, si propone l'approvazione delle Linee di indirizzo delle attività dei Dipartimenti di Patologia delle Dipendenze Allegato "1" e con relativo riparto di cui all'Allegato "2" l'individuazione del budget regionale annuale per il periodo 2019-2020-2021, quali parti integranti e sostanziali del presente provvedimento.

Attestata la regolarità amministrativa del presente provvedimento ai sensi della DGR 1-4046 del 17 ottobre 2016.

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

delibera

- di approvare, in continuità con la D.G.R. n. 47-1700 del 06.07.2015, il budget annuale di euro 31.069.052,54 per l'area delle Dipendenze patologiche per il triennio 2019, 2020 e 2021, in coerenza con le Linee di indirizzo per le attività dei Dipartimenti di Patologia delle Dipendenze contenute nell'Allegato "1" da ripartirsi tra le Aziende Sanitarie Locali secondo quanto indicato nell'Allegato "2", parti integranti e sostanziali della presente deliberazione;
- di dare atto che il budget regionale di euro 31.069.052,54 trova copertura economica nella quota di finanziamento annualmente attribuito alle ASL e non comporta oneri aggiuntivi 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)

Allegato

Linee di indirizzo per le attività dei Dipartimenti di "Patologia delle Dipendenze"

La definizione di "Dipartimento"

Come premessa indispensabile ricordiamo che con il termine "dipartimento" si deve intendere una particolare forma di organizzazione costituita da unità operative che perseguono comuni finalità e sono quindi tra loro interdipendenti, pur mantenendo la propria autonomia e responsabilità tecnico-funzionale e gestionale. Si connota quindi con il termine dipartimento una rivisitazione dell'organizzazione del sistema assistenziale per le dipendenze finalizzato a ottenere un'operatività maggiormente coordinata e contemporaneamente decentrata, promossa e perseguita da varie unità operative con proprie responsabilità, funzioni, complessità, competenze e diritti/doveri professionali.

Il Dipartimento ha come finalità generale quella di sviluppare una serie di azioni concertate e coordinate nell'area a elevata integrazione socio-sanitaria delle dipendenze da sostanze psicoattive e da comportamenti addittivi, tendenti a perseguire gli obiettivi della politica socio-sanitaria regionale ed aziendale.

La forma organizzativa di dipartimento individuata e approvata con i vari provvedimenti regionali è dotata di propria identità e autonomia tecnico-funzionale e di proprio budget.

Per rafforzare ulteriormente tale forma organizzativa e ripensarla in funzione evolutiva occorre perfezionare una forma organizzativa *integrata* (mista), elastica e propensa al cambiamento, che preveda un rapporto *strutturale* tra le unità operative appartenenti all'Azienda Sanitaria Locale e contemporaneamente un rapporto *funzionale* nei confronti del privato sociale accreditato. Tale modello di Dipartimento integrato (misto: strutturale/funzionale) permetterà di sviluppare una serie di azioni concertate e coordinate nell'area a elevata integrazione socio-sanitaria delle dipendenze, tendenti a mantenere l'autonomia e la responsabilizzazione delle singole unità operative e, nel contempo, in considerazione del fatto che gli scenari delle dipendenze patologiche sono in continua evoluzione e necessitano di risposte sempre più tempestive, variegata ed efficaci, di incentivare l'integrazione del privato sociale al fine di assicurare un'assistenza di qualità e continuativa che permetta di mantenere interventi a diversa soglia e di diversa complessità, perseguendo l'allineamento con gli obiettivi della politica sociale e sanitaria regionale e aziendale.

Il concetto di "sistema integrato"

Per quanto sopra espresso, nessuna organizzazione sanitaria complessa può prescindere dall'essere quanto più possibile integrata nelle varie componenti operative interne oltre che esterne. L'integrazione, nel caso delle dipendenze, comporta la messa in rete delle unità operative del Servizio pubblico, del privato sociale e del volontariato. A prescindere dalla scelta strategica, non si può fare a meno di perseguire un'alta integrazione tra queste componenti.

L'integrazione comporta il passaggio da un insieme di realtà operative non interrelate che si autogovernano secondo regole interne, spesso autoreferenziali, a un sistema di rete che:

- si struttura secondo le indicazioni di programmazione strategica istituzionale (Regione – ASL);
- definisce e condivide la propria mission in funzione della programmazione regionale e aziendale e sulla base della domanda di trattamento evidenziata e dei bisogni;
- definisce chiaramente compiti e responsabilità in relazione alle evidenze scientifiche e all'analisi;
- fornisce sostenibilità e fattibilità organizzativa, etica e finanziaria che ne giustificano la realizzazione;

- stabilisce rapporti formalizzati fra tutte le strutture della rete;
- definisce quali dati ogni unità operativa si impegna a raccogliere per documentare il livello raggiunto di prestazioni erogate (output) e di risultati (outcome);
- condivide e applica un sistema per l'analisi sistematica dei costi e il controllo del budget (obiettivi e risorse);
- predispone un feed back sul grado di attuazione della programmazione locale raggiunta a fine anno.

Il concetto di “continuità assistenziale”

Nella definizione di un'organizzazione dipartimentale è necessario soffermarsi in particolare sullo studio e sulla definizione delle interdipendenze organizzative tra le varie unità appartenenti e facenti parte della “filiera produttiva socio-sanitaria”, che ricordiamo essere orientata e finalizzata alla prevenzione, cura e riabilitazione di persone con una patologia, per definizione complessa, che impone la presenza e il coinvolgimento di una pluralità di soggetti (Regione, ASL, Enti Locali, Enti Accreditati, Consorzi socio-assistenziali, Autorità Giudiziaria, Istituti Penitenziari, Associazioni di volontariato, ecc.).

La continuità assistenziale riguarda sia il prosieguo delle azioni terapeutico-riabilitative nel tempo, sia la possibilità che un paziente in uscita da una unità operativa o da un ambiente protetto trovi immediatamente supporto in un'altra unità operativa del dipartimento a diversa complessità di intervento. L'esempio tipico è quello della persona che esce dal carcere e continua il suo percorso presso il Ser.D. o la Comunità Terapeutica o con il supporto delle unità di prevenzione in strada. Il principio di base è quello di adattare l'offerta terapeutica alla fase del cambiamento in atto nella persona, ma soprattutto di mantenere un costante contatto con lei, pur non rinunciando mai a incentivarla e spronarla a proseguire su fasi di cambiamento più avanzate verso la “possibile autonomizzazione” dalle sostanze e/o dai comportamenti da dipendenza.

Il concetto di “flessibilità e riadattamento organizzativo”

Come tutte le strutture organizzative dedicate a un fenomeno in costante evoluzione e rimodellamento, è necessario che i dipartimenti mettano in conto fin da subito la necessità di avere assetti flessibili e facilmente riadattabili nel tempo. Basti pensare alla rapidità con cui si è assistito allo sviluppo dell'offerta di sostanze in Internet, al forte policonsumo intrecciato con farmaci illegali, alcol, anabolizzanti, anoressizzanti, ecc., alla forte espansione del gambling patologico, alle nuove forme di alcoldipendenza, alla necessità di soddisfare richieste di drug testing per lavoratori con mansioni a rischio o per accertamenti delle Forze dell'Ordine, ecc.

Oltre alla necessità di tenere in conto questa variabilità, è opportuno avere la consapevolezza del fatto che a fronte di un'utenza “storica”, ormai fortemente persistente all'interno dei servizi e con andamento di malattia cronica, si sta aggiungendo una serie di altri utenti che devono trovare risposte diverse e necessariamente differenziate da quelle classiche, elaborate negli ultimi 15 anni per i soggetti dediti soprattutto all'uso di eroina.

Va sottolineato che i concetti di base sopra esposti sono ben conosciuti dagli operatori e dai professionisti dei servizi e delle Comunità, ed essi non avranno alcuna difficoltà a comprenderne il significato e a trasformarlo in operatività e organizzazione.

Tuttavia, mentre la parte di organizzazione che riguarda i processi e le procedure sta nella sfera di competenza e di decisione degli operatori, non altrettanto accade per la definizione della struttura organizzativa e gerarchica, della dotazione organica e delle risorse necessarie. Questa importante parte risiede nella particolare “cultura” del contrasto alle forme di dipendenza che da decenni contraddistingue il Piemonte.

L'organizzazione dipartimentale, che in diverse aree è strutturata come dipartimento interaziendale, dovrà prestare particolare attenzione all'investimento sulle risorse umane che svolgono la loro attività in contesti che, spesso, mettono a dura prova la tenuta psichica e il livello motivazionale individuale. L'organizzazione dei dipartimenti dovrà tenere in considerazione questi aspetti, così come quelli formativi e informativi e di confronto fra operatori, indipendentemente dal

contesto di provenienza.

Dipartimento delle Dipendenze come “snodo” centrale territoriale

Sempre di più si riconosce la necessità di integrare le politiche e gli interventi (nonché le strutture) relative alle problematiche derivanti dall'uso di droghe, alcol, fumo, farmaci non prescritti e comportamenti compulsivi patologici quali, ad esempio, il “gambling patologico”. L'approccio globale e integrato verso tutte queste forme di dipendenza comporta nuove strategie e organizzazioni orientate a fronteggiare sia comportamenti sia (in termini preventivi, terapeutici e riabilitativi) tutte le varie forme di dipendenza che spesso presentano percorsi evolutivi contemporanei. Risulta pertanto fondamentale disporre di organizzazioni specializzate nell'ambito dell'addiction, quali i Dipartimenti delle Dipendenze (distinte da quelle dedicate alla psichiatria), in grado di affrontare congiuntamente tali patologie.

Il fenomeno delle dipendenze in questi anni è diventato sempre più articolato e complesso e necessita quindi, oltre che di specializzazione e di un'organizzazione adattata alle varie forme di dipendenza (non solo da sostanze), di poter produrre risposte unitarie sia per il consumo di sostanze stupefacenti, sia per l'abuso alcolico, il tabagismo, l'abuso di farmaci non prescritti e i comportamenti compulsivi. L'attuale organizzazione, infatti, ha generato talvolta risposte non sempre ben coordinate, a cui provvedono spesso strutture sia del pubblico che del privato sociale e del volontariato che hanno necessità di essere inserite in un'organizzazione che permetta loro di essere meglio orientate, valorizzate, ma nello stesso tempo rese più integrate sia da un punto di vista strategico che da un punto di vista operativo.

La necessità di creare e sostenere quindi assetti dipartimentali strutturati, stabili, autonomi e con una propria e precisa identità nasce, oltre che dal bisogno di creare un miglior utilizzo delle risorse umane, finanziarie e tecnologiche, anche dalla necessità di assicurare interventi omogenei su tutto il territorio che possano garantire continuità assistenziale, l'erogazione omogenea dei LEA, l'adeguatezza dei trattamenti e nel contempo un buon livello di sicurezza di tali terapie.

La creazione di dipartimenti fortemente integrati ha consentito il superamento dell'annosa diafrasi tra pubblico e privato.

Nel considerare l'argomento in questione, è necessario chiarire che il modello organizzativo delineato a livello regionale tiene conto di orientamenti, espressi anche a livello europeo, rivolti alla necessità di creare e mantenere un'area organizzativa specifica per questo campo all'interno delle aziende sanitarie.

In questa logica è stata valorizzata l'autonomia dei Dipartimenti delle Dipendenze con la relativa differenziazione dai Dipartimenti di Salute Mentale. E' fondamentale però ribadire la necessaria ricerca di collaborazione e di forte sinergia con i DSM, ma all'interno di uno sviluppo delle attività nell'ambito dell'addiction sempre più specialistico, data l'alta complessità della materia sia da un punto di vista diagnostico, terapeutico, riabilitativo e delle gravose responsabilità derivanti anche dagli aspetti medicolegali correlati, sia dal punto di vista degli accertamenti tossicologici, sia relativamente all'attività in carcere e per i tribunali.

Il Dipartimento delle Dipendenze è stato considerato come snodo centrale e specialistico della rete territoriale di settore, al fine di poter espletare la funzione di coordinamento tra tutte le varie componenti che a vario titolo interagiscono nella promozione e nell'attivazione degli interventi in materia di dipendenze. Il dipartimento, quindi, deve rappresentare il punto di riferimento intra ed extra aziendale per lo sviluppo e il mantenimento sia dei programmi generali di intervento (Piani di Zona, Piani Locali delle Dipendenze, programmi specifici, ecc.) sia dei progetti soprattutto nell'area preventiva indirizzati ai genitori, agli adolescenti e ai giovani consumatori di sostanze psicoattive, legali o illegali, e/o da comportamenti addittivi. Il dipartimento diventa quindi risorsa territoriale competente di riferimento per gli aspetti sociali e sanitari correlati al problema droga, con forti finalità di integrazione anche con le attività di contrasto da parte delle autorità competenti al fine di poter integrare e bilanciare le politiche di riduzione della domanda e dell'offerta.

Il dipartimento dovrà ricercare un'integrazione maggiore con il mondo della scuola ma anche con il mondo della società civile e delle proprie associazioni al fine di attuare un intervento quanto più possibile di tipo comunitario e ambientale, trasversale a tutti i settori della società che coinvolga in prima persona i cittadini, in particolare le fasce più giovani. I principali settori saranno quelli della comunicazione mediatica e dell'informazione a scopo preventivo e dissuasivo nell'ambito delle dipendenze con programmi permanenti di prevenzione, in particolare contro l'uso di tutte le droghe, i rischi da uso di alcol, il tabagismo, il gambling patologico e l'abuso di farmaci non prescritti.

Al fine di migliorare la qualità dei servizi, è necessario perseguire attività per ridefinire, aggiornare e diffondere una modalità di intervento preventivo, terapeutico e riabilitativo che sia scientificamente e pragmaticamente orientato, con particolare attenzione anche alla prevenzione delle patologie correlate ad alta letalità (overdose e malattie diffuse), alla fase del reinserimento sociale e alla verifica quantitativa dei risultati.

E' necessario, pertanto, operare promuovendo una logica di "Sistema preventivo-assistenziale, fortemente orientato alla riabilitazione per le dipendenze". Si tratta di un sistema formato da varie componenti coordinate e integrate per creare una continuità assistenziale che passi attraverso il primo e precoce contatto, l'offerta di programmi a bassa soglia di accesso, l'inserimento in programmi terapeutici ambulatoriali, l'inserimento in programmi residenziali, l'attivazione di specifici programmi di riabilitazione, reinserimento e prevenzione delle ricadute fin dall'inizio della presa in carico. Questo sistema ha come base organizzativa il Dipartimento delle Dipendenze.

I Dipartimenti di patologia delle Dipendenze (DPD) in Piemonte

Come dettagliatamente descritto nei precedenti paragrafi, da oltre un decennio il Piemonte ha investito nella riorganizzazione dei Servizi dell'area delle dipendenze con una serie di provvedimenti che ne hanno, gradualmente, definito l'architettura attuale, configurandoli all'interno di un'organizzazione Dipartimentale, anche con carattere interaziendale. Questa organizzazione è stata ritenuta quella ottimale per continuare a promuovere la prevenzione, cura, riabilitazione ed il reinserimento dei soggetti dipendenti da sostanze psicoattive, legali o illegali, e/o da comportamenti addittivi, così come delle malattie sessualmente trasmissibili (ad esempio l'HIV-AIDS) correlate all'uso di sostanze, considerando queste azioni prioritarie, soprattutto nell'ambito della tutela delle fasce deboli della popolazione.

Con la D.G.R. n. 48-9094 del 1.07.2008, la Regione Piemonte impartiva le disposizioni necessarie per la realizzazione dei Dipartimenti di Patologia delle Dipendenze (DPD) su tutto il proprio territorio, e forniva le indicazioni utili alla predisposizione dei "Piani Locali delle Dipendenze" (PLD). L'iter di tale istituzione era partito formalmente nel 2006 con la D.G.R. n. 28-5020 del 28.12.2006, la quale ribadiva che l'organizzazione dipartimentale dei servizi per le dipendenze era quella ottimale in quanto luogo privilegiato di incontro/confronto tra i servizi pubblici e privati.

La D.G.R. n. 59-6349 del 5.07.2007 - "Piani di riqualificazione dell'assistenza e di riequilibrio economico-finanziario 2007-2010. Direttive alle Aziende sanitarie regionali", aveva poi stabilito che "... considerando che al raggiungimento degli obiettivi propri dell'area delle dipendenze concorrono molteplici unità operative e servizi appartenenti a tutte le strutture primarie, nonché altri soggetti ed enti pubblici e privati che operano sul territorio, viene indicato nel modello organizzativo dipartimentale la modalità organizzativa per affrontare tutti gli aspetti connessi all'abuso di sostanze". Inoltre, la D.C.R. n. 137-40212 del 24.10.2007 che approvava il PSSR 2007-2010, per quanto riguarda l'area delle "Patologie delle Dipendenze" confermava quanto approvato a suo tempo nella proposta di PSSR, ovvero che "... in ogni ASL le attività per la Patologia delle Dipendenze dovrà essere configurata in forma dipartimentale, con un saldo legame all'ambito distrettuale ove si attua l'integrazione socio-sanitaria; si dovranno integrare tutte le realtà pubbliche e private di settore del territorio di riferimento, con un Comitato partecipato pubblico-privato, coinvolto nei processi decisionali, e con una forma di partecipazione dell'utenza".

Durante il 2009 tutte le ASL hanno istituito al proprio interno i DPD secondo le indicazioni regionali;

nell'ambito dei singoli Dipartimenti si è quindi provveduto a costituire gli organi necessari al loro funzionamento: il Comitato di Dipartimento Aziendale (CDA), composto dai responsabili di struttura complessa e semplice che entrano a far parte del Dipartimento e da rappresentanti delle figure professionali e di funzioni considerate importanti in ogni ASL ai fini dell'adempimento dei compiti inerenti la programmazione e la gestione dei servizi per la patologia da dipendenza; e il Comitato Partecipato di Dipartimento (CPD), che è composto dai membri del CDA, da un rappresentante per ognuno degli Enti Accreditati con una o più sedi operative nel territorio del DPD, da un rappresentante delle associazioni di volontariato operanti nel settore della patologia delle dipendenze, da uno o più rappresentanti degli Enti Locali (fino ad un massimo di un rappresentante per ogni distretto), e da un rappresentante dell'utenza.

Nell'ambito dei DPD sono stati elaborati dai Comitati Partecipati di Dipartimento i Piani Locali delle Dipendenze (PLD), di durata triennale, che nell'intento delle disposizioni regionali devono riportare, previa sintetica analisi della realtà locale che giustifichi l'assunzione di obiettivi specifici, il dettaglio degli obiettivi stessi, i progetti di intervento implementati per il loro raggiungimento, gli indicatori e metodi di valutazione del processo. Il PLD, nella fase iniziale, è stato finanziato con il Fondo Nazionale per le politiche sociali finalizzato alla lotta alle dipendenze. Da quando è stato individuato e concordato un budget regionale, esso è finanziato attraverso una quota parte del predetto budget (quota non inferiore al 5% del budget locale assegnato ad ogni DPD).

Al termine di ogni tornata di elaborazione dei piani, la Regione effettua una valutazione di risultato: saranno elaborati gli obiettivi di salute e gli indicatori di risultato relativi agli obiettivi assegnati ad ogni Azienda, e se ne valuterà il raggiungimento.

Le diverse realtà dipartimentali impongono sfide altrettanto impegnative a livello regionale: non è possibile usare strumenti uguali per tutte le realtà in quanto esse sono significativamente diverse per storie e culture sanitarie e socio-sanitarie nell'approccio ai bisogni di salute, per caratteristiche socioeconomiche e geomorfologiche dei vari territori, etc.

La costituzione del DPD ha rappresentato un'occasione straordinaria di integrazione di servizi preesistenti, permettendo agli operatori di confrontarsi con sensibilità diverse e approcci ed esperienze in parte differenti che hanno sicuramente arricchito il bagaglio culturale di ciascuno. Da questa conoscenza sono derivate in modo naturale iniziative comuni, per esempio nell'ambito della prevenzione, degli inserimenti lavorativi, degli interventi di bassa soglia e di riduzione del danno, che rappresentano un buon modo di vivere l'integrazione, innanzitutto come opportunità.

Importante è stato dare risposte a un bisogno di coordinamento riguardante, anche, i metodi e i luoghi di cura extra-aziendali, lo stimolo a una maggiore integrazione operativa, il miglioramento dell'attitudine al lavoro in rete con gli altri agenti, pubblici e privati, presenti nel territorio, che a vario titolo affrontano le problematiche correlate alle dipendenze patologiche", confermando la visione olistica delle dipendenze.

Gli Enti accreditati per l'area delle Dipendenze hanno acquisito un ruolo principale all'interno del Dipartimento, rappresentando concretamente una delle "colonne portanti" delle attività di prevenzione e contrasto alle patologie da dipendenza, avendo l'opportunità, inoltre, di accedere ai processi decisionali attraverso l'istituzione di tavoli tecnici sul metodo. Ciò costituisce una potente sollecitazione a "un'assunzione più marcata di responsabilità al fine di interpretare una funzione effettivamente più strategica con obiettivi a medio e lungo raggio" e il riconoscimento di un ruolo non solo funzionale, ma anche istituzionale, nella progettazione e gestione delle strategie all'interno dei DPD.

Il coinvolgimento proattivo degli Enti Locali ha potuto essere favorito anche dal confronto con le eccellenze altrui, soprattutto in quelle ASL che si estendono sul territorio di più Comuni, e maggiormente dove si sono attivati i Tavoli Distrettuali delle Dipendenze.

Alcune criticità evidenziano come in alcune aree del Piemonte esiste ancora una certa esitazione da parte degli enti territoriali (ConSORZI socio assistenziali e Comuni) ad entrare a far parte, in modo effettivo e concreto, del Comitato Partecipato di Dipartimento(CPD).

Il Piano Locale delle Dipendenze è stato, dappertutto, espressione di un grande sforzo di confronto e collaborazione fra tutti i soggetti coinvolti e impegnati nella sua realizzazione, sforzo che ha cercato di valorizzare tutte le possibili sinergie costruendo nuove forme di interazione.

I punti di forza vengono individuati nella stretta interazione e collaborazione di tutti i soggetti coinvolti, intra ed extra –aziendali, nella stesura e nella successiva realizzazione, mirata a valorizzare tutte le sinergie disponibili tese alla costruzione di possibili nuove forme di soddisfacimento dei bisogni territoriali rispetto al fenomeno delle dipendenze patologiche.

Tra i punti di debolezza vengono evidenziati la relativa “incertezza” sulla potenziale prosecuzione delle attività progettuali in essere senza la garanzia di una assegnazione di risorse economiche specifiche e continuative nel tempo.

Criteri generali per il funzionamento dei DPD

I criteri generali da perseguire, nel rispetto della normativa nazionale e regionale attualmente vigente sono i seguenti:

- incentivare e premiare soprattutto lo sviluppo di sistemi di lavoro organizzati in maniera tale da essere intelligibili e quindi verificabili nelle risorse impiegate, nei processi utilizzati, nella loro struttura e nei risultati prodotti;
- introdurre e rispettare permanentemente la “logica dell’empowerment”, e cioè della piena assunzione delle responsabilità delle risorse assegnate e dei risultati da conseguire attraverso l’adozione di sistemi di budget aziendali e intra-dipartimentali;
- attuare il principio della “responsabilizzazione diffusa” nella definizione delle forme organizzative dei centri di responsabilità e di costo, con valutazione permanente dei risultati prodotti (sia in termini di output che di outcome) e dei costi generati sulla base dei quali riconfermare gli incarichi;
- introdurre sistemi di valutazione e comparazione esplicita e quali-quantitativa delle competenze del personale a cui attribuire incarichi di responsabilità, incentivando di conseguenza l’uso di meccanismi premianti e incentivanti basati sul merito;
- introdurre e incentivare modalità operative, organizzative e decisionali basate sull’utilizzo di criteri e logiche scientifiche, con forte orientamento all’adozione di sistemi e processi di dimostrata efficacia e “cost based”, cioè verificabili nei costi generati e nei risultati, non basati quindi sulle sole opinioni.

Criteri specifici per il funzionamento dei DPD Interaziendali

Ogni DPD Interaziendale, ove esistente in ambito regionale, dovrà essere dotato di regolamento interno che stabilisca l’articolazione, l’organizzazione e il funzionamento del Dipartimento medesimo. Il DPD interaziendale strutturale dovrà essere costituito dall’aggregazione delle Strutture interne aziendali che lo compongono, che perseguono comuni finalità e sono interdipendenti fra loro pur mantenendo la propria autonomia e responsabilità tecnico-funzionale e gestionale in ambito aziendale. Altresì, il DPD si rapporterà funzionalmente con le Strutture esterne individuate nel territorio di riferimento (Es.: Enti Gestori e Comunità Terapeutiche territoriali).

Le componenti del Dipartimento dovranno essere accomunate dalla stessa missione/visione e svilupperanno modelli organizzativi integrati e innovativi.

Per supportare i processi decisionali e la governance integrata del Dipartimento interaziendale dovrà essere prevista l’individuazione di Comitati [Es.: Comitato Partecipato di Dipartimento (C.P.D.); Comitato di Dipartimento Interaziendale(C.D.I.); Direttivo del C.P.D.], che dovranno essere organizzati con successive indicazioni regionali.

Obiettivi del Dipartimento per le Dipendenze

Ferma restando l'autonomia tecnico-funzionale delle unità operative che fanno parte del Dipartimento per le Dipendenze, il Dipartimento promuove il perseguimento dei seguenti principali obiettivi:

- attuare la direzione strategica e il coordinamento delle unità operative interessate verso obiettivi comuni;
- definire e attuare procedure operative basate su buone pratiche e/o da evidenze scientifiche, concordate e applicate da tutti, al fine di rendere omogenei e coordinati tutti i vari tipi di intervento sul territorio;
- coordinare e assicurare l'adozione di standard omogenei per le attività di raccolta, archiviazione, elaborazione, interpretazione, diffusione e la trasmissione dei dati alle amministrazioni regionali e centrali;
- promuovere l'allineamento con le indicazioni aziendali e regionali;
- controllare e verificare la qualità dell'assistenza fornita e lo sviluppo dei programmi comuni concordati;
- studiare e proporre soluzioni per ottimizzare le procedure, con particolare riguardo alla riduzione dei tempi di attesa per l'entrata in trattamento, dei trattamenti impropri e della riduzione del tasso di mancata presa in carico, in collaborazione con tutte le varie strutture della ASL coinvolte nell'assistenza alle persone dipendenti;
- individuare le soluzioni operative per l'ottimizzazione dell'accesso degli utenti alla rete dei servizi socio-sanitari pubblici e privati (Ser.D., reparti ospedalieri, Comunità, Cooperative sociali);
- incentivare l'umanizzazione dei rapporti tra le strutture sanitarie, i pazienti e le loro famiglie;
- promuovere le attività di aggiornamento e formazione degli operatori sulla base delle indicazioni delle diverse unità operative;
- garantire il raccordo nell'attuazione della programmazione nel settore delle dipendenze tra Aziende ASL e privato sociale, scuola, enti locali, Comunità terapeutiche, volontariato.

I livelli di intervento

I principi generali su cui fondare l'organizzazione dei Dipartimenti si basano sul coordinamento integrato tra vari ambienti che attuano azioni diversificate nel tempo con obiettivi multipli ed in vari ambiti di intervento. Il fine è quello di avere a disposizione ambienti diversi in base alle necessità dell'utenza, alle sue caratteristiche e, soprattutto, alle sue potenzialità terapeutiche e riabilitative, e quindi ai programmi di intervento attuabili.

In considerazione di ciò, vi è la necessità di strutturare l'operatività a diversi livelli. I livelli essenziali previsti sono quattro, ognuno dei quali con obiettivi, strategie e modalità operative diversificate ma integrate. La rete assistenziale per le persone con dipendenza, pertanto, si articola nei seguenti livelli.

Il primo livello (bassa soglia)

Il primo livello prevede la prima accoglienza, anche attraverso l'istituzione di unità mobili e interventi in strada là dove ritenuto opportuno, volta a raggiungere la fascia di persone con breve storia tossicomane, utilizzo di nuove sostanze, o all'opposto, tossicodipendenti refrattari ai trattamenti che si sono allontanati dai servizi.

Dovrebbero far parte di questo livello anche i medici di medicina generale che risultano essere un punto di notevole importanza sia per il primo contatto sia per la terapia farmacologica, la prevenzione e la cura, per esempio, delle patologie correlate alla dipendenza cronica.

Le funzioni principali di questo livello sono: il primo contatto, il primo soccorso, l'applicazione di tecniche per la riduzione del danno e del rischio delle patologie correlate, la distribuzione di materiali sterili, la terapia farmacologica (sostitutiva e non) su programmi a breve termine, l'informazione e la creazione di opportunità per interventi ad alta soglia, l'assistenza sociale, la prevenzione, una prima gestione medica delle patologie internistiche ed il supporto psicologico nel breve-medio termine, così come anche previsto dal DCPM del 12 gennaio 2017 (Definizione e aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza), che individua all'art. 28 comma "1" lett. "k" gli "interventi di riduzione del danno";

Questo livello prevede anche l'accoglienza e la selezione dei pazienti ed il loro smistamento nei livelli successivi di intervento. Inoltre, l'attuale spostamento della domanda verso droghe di tipo eccitante (cocaina, ecstasy, amfetamine, ecc.) i cui consumatori hanno un grado molto basso di consapevolezza del proprio problema, ha fatto emergere fortemente l'urgenza di una riorganizzazione ulteriore, contemplando particolari percorsi orientati verso questa utenza molto poco incline all'accesso alle strutture sanitarie.

Il secondo livello (media soglia)

Il secondo livello riguarda la gestione ambulatoriale di pazienti con problemi di dipendenza da sostanze illegali, o legali come l'alcol e il fumo di tabacco, o da comportamenti (es. GAP), che sono in grado di affrontare percorsi programmati e più impegnativi in termini farmacologici, psicoterapici, educativi e socio/riabilitativi.

Le funzioni principali di questo livello sono: la diagnosi specialistica (anche a fini medico-legali e giudiziari), gli interventi medici integrati, psico-sociali specialistici con programmi complessi e nel medio-lungo termine, il supporto alle famiglie, la eventuale preparazione per l'invio in Comunità, i rapporti con gli istituti scolastici, l'assistenza in carcere e in altri enti e istituzioni comunitarie.

Già a questo livello è necessario iniziare anche i percorsi di riabilitazione della persona attraverso specifici percorsi e programmi strutturali collaterali a quelli terapeutico-farmacologici volti alla riabilitazione e alla possibile autonomizzazione del soggetto.

Il terzo livello (alta soglia)

Il terzo livello riguarda i programmi da svolgersi in strutture terapeutiche residenziali o semiresidenziali. Tali programmi sono rivolti agli utenti per i quali si ritenga necessario, durante la gestione della presa in carico, un inserimento in Comunità per la sottoposizione a percorsi terapeutici e socioriabilitativi intensivi in regime protetto.

Fanno parte di questo livello anche il mantenimento delle attività di riabilitazione e preparazione delle condizioni di reinserimento degli utenti inseriti in Comunità e la gestione delle eventuali ospedalizzazioni finalizzate al trattamento della dipendenza, prevedendo un collegamento funzionale con i Ser.D.

In relazione al livello di intensità assistenziale (alta, media, bassa), l'assistenza residenziale si articola nelle seguenti tipologie di trattamento:

- a. trattamenti specialistici, destinati a persone con dipendenza patologica che, per la presenza concomitante di disturbi psichiatrici, o dello stato di gravidanza o di gravi patologie fisiche o psichiche necessitano di trattamenti terapeutici specifici, anche con ricorso a terapia farmacologica e relativo monitoraggio. I trattamenti della durata massima di 18 mesi sono erogati in strutture o moduli che garantiscono la presenza di personale socio-sanitario sulle 24 ore;
- b. trattamenti terapeutico-riabilitativi, destinati a persone con dipendenza patologica, finalizzati alla stabilizzazione o al superamento della dipendenza, al miglioramento della qualità della vita e al reinserimento sociale. I trattamenti, della durata massima di 18 mesi, eventualmente prorogabili a seguito di rivalutazione multidimensionale da parte dei servizi territoriali delle dipendenze patologiche, sono rivolti a persone che, anche in trattamento farmacologico sostitutivo, non assumono sostanze d'abuso, e sono erogati nell'ambito di strutture che garantiscono la presenza di personale sulle 24 ore;
- c. trattamenti pedagogico-riabilitativi, finalizzati al recupero dell'autonomia personale e alla integrazione sociale e lavorativa. I trattamenti, della durata massima di 30 mesi, sono rivolti a persone che non assumono sostanze d'abuso e non hanno in corso trattamenti con farmaci sostitutivi, e sono erogati in strutture che garantiscono la presenza di personale socio-sanitario nell'arco della giornata.

Fermo restando il livello di intensità assistenziale di cui sopra, l'assistenza semiresidenziale si articola nelle seguenti tipologie di trattamento:

- a. trattamenti terapeutico-riabilitativi, finalizzati alla stabilizzazione o al superamento della dipendenza patologica, al miglioramento della qualità della vita e al reinserimento sociale. I trattamenti, della durata massima di 18 mesi, eventualmente prorogabili a seguito di rivalutazione multidimensionale da parte dei servizi territoriali delle dipendenze patologiche, sono rivolti a persone che, anche in trattamento farmacologico sostitutivo, non assumono sostanze d'abuso, e sono erogati in strutture che garantiscono l'attività per 6 ore al giorno, per almeno cinque giorni la settimana;
- b. trattamenti pedagogico-riabilitativi finalizzati al recupero dell'autonomia personale e alla integrazione sociale e lavorativa. I trattamenti, della durata massima di 30 mesi, sono rivolti a persone che non assumono sostanze d'abuso e non hanno in corso trattamenti con farmaci sostitutivi, e sono erogati in strutture che garantiscono l'attività per 6 ore al giorno, per almeno cinque giorni la settimana.

I LEA stabiliscono che i trattamenti residenziali e semiresidenziali sono a totale carico del Servizio Sanitario.

Il quarto livello

Il quarto livello riguarda i settori specifici che curano i programmi di reinserimento sociale, lavorativo e di prevenzione delle ricadute.

La funzione principale è quella di stabilizzare le condizioni del paziente per un inserimento sociale e/o lavorativo.

Le attività di riabilitazione dovranno comunque avere inizio al secondo livello della rete assistenziale, personalizzando l'intervento sulla base delle caratteristiche dei soggetti e della loro condizione rispetto all'uso di sostanze. Il percorso culminerà nel quarto livello con la fase di reinserimento lavorativo. Nel contempo risulta indispensabile individuare ed erogare specifici programmi per ridurre la possibilità di riutilizzo delle sostanze stupefacenti.

Differenziazione degli ambienti e degli interventi in base a genere ed età

Nella definizione dell'organizzazione dei Dipartimenti delle Dipendenze dovranno essere tenute in forte considerazione la necessità di differenziare gli ambienti e gli interventi di cura in base al genere e all'età del paziente.

Per quanto riguarda la differenziazione in base al genere (gender oriented), sempre di più si è sottolineata la necessità di tenere conto delle peculiari esigenze del genere femminile all'interno delle unità operative dei Dipartimenti delle Dipendenze, strutturando percorsi ed accessi differenziati sia per i problemi sanitari (aspetti ginecologici, gravidanza e maternità, gestione dei figli, violenze sessuali, disturbi alimentari, incremento del rischio di infezioni sessuali, ecc.), sia per gli aspetti socio-comportamentali (prostituzione, sfruttamento, ecc.).

Pertanto andranno attivati specifici programmi per il genere femminile, rendendo accessibili offerte specialistiche in ambienti e tempi diversificati rispetto agli accessi dei pazienti maschi.

A tale riguardo, un altro problema da affrontare e governare è l'accesso sempre maggiore di pazienti minorenni presso i servizi. E' necessario che i dipartimenti tengano in forte considerazione la necessità di evitare quanto più possibile il contatto di questi giovani con l'utenza affetta da malattia cronica. Questo aspetto va preso in considerazione non solo per la necessità di non mettere a stretto contatto i minori con pazienti con dipendenza strutturata, ma anche per il fatto che è necessario definire percorsi diagnostici e assistenziali differenziati che, nel caso dei minori, possono e devono coinvolgere anche le loro famiglie.

Ciò comporta la necessità di differenziare gli ambienti di trattamento, o almeno gli orari di accesso alle strutture.

Per quanto riguarda gli interventi di prevenzione, i Dipartimenti delle Dipendenze saranno chiamati ad attivare collaborazioni con le scuole, gli ambienti di intrattenimento, le associazioni e i luoghi di aggregazione giovanile, le associazioni sportive, le parrocchie, le circoscrizioni e i raduni musicali.

Allegato "2"

Riparto annuale budget area Dipendenze triennio 2019-2020-2021	
ASL	totale
AL	1.528.748,82
AT	553.522,88
BI	939.786,19
CN1	1.681.408,79
CN2	696.048,80
NO	951.978,75
TO	14.024.085,12
TO3	1.865.578,21
TO4	3.558.635,41
TO5	3.787.917,71
VC	447.659,52
VCO	1.033.682,34
Totale	31.069.052,54

(*) lo 0,145% del budget di ogni dipartimento è assegnato alla TO4 come finanziamento per funzione, alle spese per l'individuazione l'acquisizione e la fornitura alle ASL piemontesi dell'applicativo che andrà a sostituire SPIDI. La cifra risultante è di **45.050,13** euro per anno.